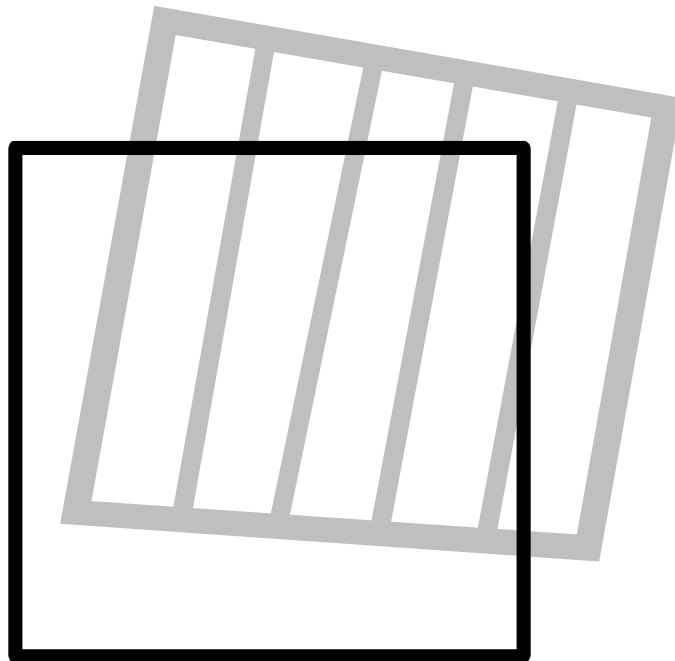


Informationen über den Straf- und Massnahmenvollzug

2/98



BUNDESAMT FUER JUSTIZ
Sektion Straf- und Massnahmenvollzug

IMPRESSUM

"Informationen über den Straf- und Massnahmenvollzug"

Vierteljahresschrift des Bundesamtes für Justiz

Sektion Straf- und Massnahmenvollzug

23. Jahrgang, 1998

ISSN 1420-2638

Internet: <http://www.admin.ch/bj/pub/infobul/ib9802d.pdf>

Redaktionsteam

Leiterin: Dr. Priska Schürmann, Sektionschefin

Redaktor: lic. iur. Franz Bloch, Wissenschaftlicher Adjunkt

Uebersetzer: Pierre Greiner, Wissenschaftlicher Beamter

Copyright / Abdruck

Bundesamt für Justiz

Abdruck unter Quellenangabe erwünscht mit der Bitte um Zustellung eines Belegexemplares.

Bestellung, Anfragen, Adressänderungen und andere Mitteilungen

Bundesamt für Justiz

Sektion Straf- und Massnahmenvollzug

3003 Bern

Tel. 031 / 322 41 28

Fax 031 / 322 78 73

e-mail: franz.bloch@bj.admin.ch

Informationen über den Straf- und Massnahmenvollzug

2/98

BERICHTE **3**

Polizeiliche Kriminalstatistik 1997 - Markante Zunahme der angezeigten Delikte 3

Zweite Zusammenkunft zwischen dem Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT) und den Verbindungsleuten (Agents de liaison) der Unterzeichnerstaaten der Europäischen Konvention zur Verhütung von Folter vom 13. März 1998 in Strassburg 6

Nachevaluation der Drogen- und HIV- Prävention in den Anstalten in Hindelbank - Schlussbericht 9

12. Konferenz der europäischen Direktoren der Strafvollzugsverwaltungen (CDAP in Strassburg - Schlussfolgerungen 15

GESETZGEBUNG, RECHTSPRECHUNG, VERWALTUNGSPRAXIS **20**

Empfehlung R(98)7 des Ministerkomitees des Europarates über ethische und organisatorische Aspekte der Gesundheitsversorgung im Gefängnisbereich 20

KURZINFORMATIONEN **31**

Postfachadressen von Strafvollzugsanstalten - Eine Empfehlung des Eidgenössischen Datenschutzbeauftragten 31

Anstalten des Straf- und Massnahmenvollzuges in der Schweiz - Neuauflage des Anstaltenkataloges 31

Das Europäische Komitee zur Verhütung von Folter (CPT) neu auch im Internet 32

Kinderschänder werden in den Untergrund getrieben - Neue Praxis der britischen Polizei 32

Menschenbilder in der Strafverfolgung und im Strafvollzug - Eine Publikation der Caritas 33

Spezialabteilung mit 16 Plätzen für Sexualtäter in der Zürcher Strafanstalt Pöschwies 33

Lernen + Feiern / 50 Jahre staatlich organisierte Schutzaufsicht und 25 Jahre durchgehende Betreuung - Eine Veranstaltung des Sozialdienstes der Justizdirektion des Kantons Zürich 34

BERICHTE

POLIZEILICHE KRIMINALSTATISTIK 1997 - MARKANTE ZUNAHME DER ANGEZEIG- TEN DELIKTE

Mit insgesamt 337'676 angezeigten Delikten hat die Kriminalität in der Schweiz gegenüber dem Vorjahr um 24'285 Straftaten bzw. 7,75% markant zugenommen. Die Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) 1997 weist insbesondere bei den Vermögensdelikten einen deutlichen Anstieg aus. Die Polizei ermittelte 58'238 Täterinnen und Täter, was im Jahresvergleich einer Erhöhung von 3,5% entspricht.

Die Gesamtzahl der Anzeigen, welche die kantonalen und z.T. städtischen Polizeikommandi in ausgewählten Deliktsbereichen meldeten, setzt sich aus 311'310 vollendeten und 26'366 versuchten Verbrechen oder Vergehen zusammen. Auf 100'000 Einwohner entfielen demnach 4'760 polizeiliche Anzeigen (337 mehr im Vergleich zum Vorjahr).

Im Straftatenkatalog der PKS dominieren markant die Diebstähle, die mit 91,9% den Hauptanteil der Verzeigungen ausmachen. Die übrigen Vergehen oder Verbrechen gegen das Eigentum und Vermögen belaufen sich auf 3,8%, die Delikte gegen Leib und Leben auf 1,3% und die strafbaren Handlungen gegen die sexuelle Integrität auf 1,1% der angezeigten Straftaten.

1. ANSTIEG DES AUSLÄNDERAN- TEILS

Die Kriminalitätsbelastungszahl beträgt 821 ermittelte Tatverdächtige pro 100'000 Einwohner. Die ermittelte Täterschaft setzt sich aus 85,9% männlichen und 14,1% weiblichen Rechtsbrecher/innen zusammen. Im Jahresvergleich hat die weibliche Delinquenz wiederum leicht abgenommen, nämlich um 0,3%. Mit 21,2% ist der Anteil der Minderjährigen ebenfalls erneut leicht rückläufig. Hingegen überstieg der Ausländeranteil - bei einer ausländischen Wohnbevölkerung von 19,4% - erstmals die 50-Prozent-Grenze und erreichte 51,5% (+1,7%), was jedoch nicht zu fremdenfeindlichen Pauschalverurteilungen verleiten darf. Von den insgesamt 29'785 angezeigten Ausländern hatten 80,4% in der Schweiz und 19,6% im Ausland ihren Wohnsitz. Viele Täter gehören professionell organisierten Banden an, sind Kriminaltouristen oder missbrauchen ihren Asylstatus. Der hohe Ausländeranteil ist insbesondere auch darauf zurückzuführen, dass die Ausländer in der kriminell aktivsten Altersgruppe der jungen Männer aus tiefen sozialen Schichten im Verhältnis zur schweizerischen Bevölkerung überproportional vertreten sind.

Hohe zahlenmässige Zunahmen sind insbesondere in den Deliktsbereichen Diebstahl, Einbruchdiebstahl, Fahrzeugdiebstahl (sämtliche Fahrzeugkategorien/inkl. Entwendung

zum Gebrauch), aber auch bei den strafbaren Handlungen gegen die sexuelle Integrität, der Drohung (ohne Bombendrohung), Veruntreuung, Körperverletzung und beim Raub auszumachen.

Rekordzahlen weist die PKS 1997 im 16-Jahresvergleich bei den Delikten Körperverletzung, Einbruchdiebstahl, Raub, Erpressung, Drohung, Freiheitsberaubung und Entführung, strafbare Handlungen gegen die sexuelle Integrität und Gewalt und Drohungen gegen Behörden und Beamte aus, was auf eine zunehmende Gewaltbereitschaft hindeutet.

Als Tatmittel wurden bei der Körperverletzung 73 Schusswaffen sowie 684 Hieb- und Stichwaffen registriert; beim Raub wurden 546 Schusswaffen sowie 468 Hieb- und Stichwaffen erfasst. 33,1% der Opfer von Körperverletzungen waren weiblich und 15,9% der Freiheit beraubten und entführten unter 16 Jahre alt. Die steigenden Erpressungsfälle lassen weiterhin zunehmende Schutzgelderpressungen vermuten. Die erneute Zunahme minderjähriger Opfer von Sexualdelikten dürfte auf ein aktiveres Anzeigeverhalten infolge der anhaltenden Sensibilisierung der Öffentlichkeit im Bereich des Kindsmisbrauchs zurückzuführen sein.

Überdurchschnittlich hohe prozentuale Anteile der ermittelten Ausländer fallen bei folgenden Delikten auf: Geldwäscherei 77,4%, Vergewaltigung 69,5%, Erpressung 61,8%, Raub 59,9%, Freiheitsberaubung und Entführung 58,6%, Diebstahl 55,5%, Körperverlet-

zung 55,5%, Einbruchdiebstahl 53,1%, Drohung (ohne Bombendrohung) 52,1% und strafbare Vorbereitungshandlungen 50,0%. Die höchsten Anteile der Täterinnen sind bei der Veruntreuung mit 23,1% und bei der Geldwäscherei mit 22,6% sowie beim Diebstahl (ohne Einbruch- und Entreissdiebstahl) mit 20,8% zu finden. Über dem mittleren Wert liegt die Beteiligung der Minderjährigen beim Raub und bei der Erpressung mit je 40,8%, beim Fahrzeugdiebstahl mit 34,9%, beim Einbruchdiebstahl mit 26,0% und beim Diebstahl (ohne Fahrzeug-, Entreiss- und Einbruchdiebstahl) mit 24,4%.

Trotz allgemein steigender Tendenz gab es bei einzelnen Delikten auch deutlich abnehmende Zahlen. Beim Betrug ist seit fünf Jahren ein ununterbrochen rückläufiger Trend festzustellen, und die Anzahl Bombendrohungen stellen einen Tiefststand seit Bestehen der PKS dar. Abnahmen waren aber auch bei der Nötigung, der Brandstiftung und bei den vorsätzlichen Tötungsdelikten zu beobachten. Es gilt aber generell zu berücksichtigen, dass Veränderungen bei kleinen Zahlen zu grossen Prozentschwankungen führen.

Höchstanteile der Straftäterinnen sind mit je 17,4% bei den Delikten Betrug und Bombendrohung auszumachen. Überdurchschnittliche Täterquoten der Minderjährigen sind mit 34,2% bei der Brandstiftung zu finden. 63,4% der vorsätzlichen Tötungsdelikte wurden durch Ausländer verübt.

80,8% von insgesamt 2'774 aus Untersuchungshaft, Strafvollzug oder strafrechtlich angeordnetem Massnahmenvollzug Entwichenen wurden wieder eingebracht und 84,0% der insgesamt 3'215 als vermisst gemeldeten Personen konnten wieder ermittelt werden. 36,6% der Vermissten waren unter 18 Jahre alt.

2. KRIMINALITÄTSENTWICKLUNG 1982 - 1997

Im Langzeitvergleich (16 Jahre) weist die Gesamtkriminalität eine uneinheitliche Entwicklung auf. Ab 1984 haben sich die Zahlen bis 1989 - wenn auch nur mit geringfügigen Schwankungen - eher nach unten entwickelt, um dann in den Jahren 1990 und 1991 sprunghaft anzusteigen und in einem Höchststand zu gipfeln. Danach bewegte sich die Gesamtzahl ununterbrochen nach unten und erreichte 1995 einen absoluten Tiefststand. Diesem folgte nun 1996 erstmals wieder ein leichter und 1997 ein markanter Aufwärtstrend, ohne jedoch den Höchststand von 1991 zu erreichen. Über die 16jährige Beobachtungsperiode wird eine mittlere jährliche Zunahme der Gesamtkriminalität von 0,37 % ausgewiesen. Im PKS-Anhang werden die Gesamtentwicklung und einige Delikte bzw. Deliktskategorien über die letzten 10 Jahre graphisch wiedergegeben.

3. ALLGEMEINE BEMERKUNGEN ZUR PKS

Die PKS umfasst nur aus ausgewählten Gebieten des Strafgesetzbuches Anzeigen, die von kantonalen und kommunalen Polizeikorps an die Gerichtsbehörden erstattet wurden, und zwar bezüglich Art und Anzahl der Straftaten, Tatmittel, ermittelte Täter (Geschlecht, Minderjährige, Ausländer), Opfer sowie Forderungen. Straftaten werden teilweise von der Polizei rechtlich anders qualifiziert als später von den Untersuchungs- und Gerichtsbehörden. Die vorliegende PKS, die auf Erkenntnissen bei Abschluss der polizeilichen Ermittlungen beruht, lässt sich deshalb mit der Statistik „Die Strafurteile in der Schweiz“ des Bundesamtes für Statistik nur sehr bedingt vergleichen. Zudem wird die Aussagekraft der PKS gemindert durch das Dunkelfeld der nicht entdeckten oder oft nicht angezeigten Kriminalität. Ein weiterer Faktor ist die Setzung von Schwergewichten in der Polizeiarbeit, die ebenfalls zu Veränderungen in der PKS führen kann.

Aus den gesamtschweizerischen Zahlen können keine Rückschlüsse auf kantonale oder kommunale Verhältnisse gezogen werden, weil die Zu- oder Abnahmen der Straftaten in einzelnen Regionen recht unterschiedlich ausfallen können. Über die kantonale bzw. regionale Entwicklung der Kriminalität geben die Polizeikorps Auskunft.

Quelle: Pressemitteilung des Informationsdienstes des Bundesamtes für Polizeiwesen vom 27.3.98

ZWEITE ZUSAMMENKUNFT ZWISCHEN DEM KOMITEE ZUR VERHÜTUNG VON FOLTER UND UNMENSCHLICHER ODER ERNIEDRIGENDER BEHANDLUNG ODER STRAFE (CPT) UND DEN VERBINDUNGSLEUTEN (AGENTS DE LIAISON) DER UNTERZEICHNERSTAATEN DER EUROPÄISCHEN KONVENTION ZUR VERHÜTUNG VON FOLTER VOM 13. MÄRZ 1998 IN STRASSBURG

1. EINLEITUNG

Nach 1994 fand am 13. März 1998 in Strassburg das zweite Zusammentreffen des CPT mit den Verbindungsleuten (Agents de liaison) der Unterzeichnerstaaten der Europäischen Konvention zur Verhütung von Folter statt. Die Schweiz wurde vertreten durch Dr. Peter Müller, Vizedirektor im Bundesamt für Justiz, und Franz Bloch, Wissenschaftlicher Adjunkt im Bundesamt für Justiz. Von den insgesamt 38 Unterzeichnerstaaten der Antifolterkonvention waren an der Zusammenkunft deren 35 durch ihre Verbindungsleute vertreten; dazu kamen die Vertretungen Litauens und Russlands, beides Länder, die die Antifolterkonvention noch nicht unterzeichnet haben.

In seiner Begrüssung wies der CPT-Präsident Yvan Zakine aus Frankreich auf die bedeutende Rolle des Komitees zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT) als Instrument zum Schutze der Menschenwürde hin. Diese Bedeutung schlägt

sich auch in der zahlenmässigen Entwicklung der Unterzeichnerstaaten der Antifolterkonvention nieder. Hatten zum Zeitpunkt des ersten Zusammentreffens im März 1994 insgesamt 25 europäische Staaten die Konvention ratifiziert, so sind es im März 1998 bereits deren 38. Gleichzeitig erwähnte Zakine auch die starken personellen Veränderungen innerhalb des CPT in letzter Zeit (Wechsel der ersten Generation Verbindungsleute der "alten" Länder Westeuropas wegen Amtszeitbeschränkung und neue Verbindungsleute der "neuen" Länder Osteuropas).

2. WICHTIGSTE ERGEBNISSE DER ZUSAMMENKUNFT

Rolle des CPT / Erfahrungen mit dem CPT

Etliche Delegationen haben - wie bereits anlässlich des ersten Zusammentreffens 1994 - die Bezeichnung "Komitee gegen die Folter" bemängelt. In den meisten Ländern könne von Folter keine Rede sein, weshalb die zuständigen Behörden vor Ort schockiert seien, wenn sie unter dem Gesichtspunkt der Folter inspiziert würden.

Diejenigen Verbindungsleute, die bereits konkrete Erfahrungen mit dem CPT in ihren Ländern gemacht haben, loben unisono die hohe fachliche Kompetenz der Mitglieder des CPT und das zurückhaltende Auftreten der jeweiligen Besuchsdelegationen des CPT vor Ort.

Die Rolle der nationalen Verbindungsleute

Der CPT sieht die Rolle der nationalen Verbindungsleute nicht nur im administrativen Bereich (Briefkasten-Funktion), sondern auch in der innerstaatlichen Implementierung der Menschenrechte allgemein, in der Information über Rolle und Funktion des CPT im eigenen Land, in der Schulung und Ausbildung der innerstaatlichen Beamten und Behörden. Um diesem Anliegen des CPT einigermaßen nachkommen zu können, wurde von mehreren Verbindungsleuten entsprechendes Informationsmaterial gewünscht (Manuals in Taschenformat, Flugblätter, Broschüren, Checklists u.ä.). Bei den Wünschen der Verbindungsleute an den CPT kamen ihre grossen Wissensunterschiede über Rolle und Funktion des CPT zum Ausdruck.

Ein weiteres Anliegen des CPT an die Verbindungsleute ist es, sicherzustellen, dass die CPT-Berichte an die Direktionen der besuchten Einrichtungen und insbesondere auch an die Ärzteschaft gelangen. Die CPT-Berichte sind neuerdings auch auf Internet abrufbar (<http://www.cpt.coe.fr>). In absehbarer Zukunft sollten auch die Zwischen- bzw. Folgeberichte der besuchten Länder auf Internet abrufbar sein.

Kontakte zwischen den Verbindungsleuten und nationalen CPT-Mitgliedern

Bei der Frage, ob und wie weit zwischen den Verbindungsleuten und den nationalen CPT-Mitgliedern überhaupt Kontakte bestehen sollen, gilt es festzuhalten, dass die Mitglie-

der des CPT keine offizielle Vertretungsfunktion für ihre Länder ausüben; das heisst, sie sind keine Repräsentanten ihrer Regierungen, sondern unabhängige Kämpfer für die Menschenrechte. Um diese Unabhängigkeit zu gewährleisten und um Lobbyismus zu verhindern, besteht seitens des CPT grundsätzlich die Regel: Kein Kontakt zwischen Verbindungsleuten und Nationalmitgliedern. Adressat für Anfragen der Verbindungsleute ist das Gesamtkomitee bzw. das Sekretariat des CPT.

Informationen über schlechte Behandlung während eines Besuches

Das Ziel des CPT, die Folterprävention, kann nur mit Kooperation und Vertraulichkeit erreicht werden. Liegen konkrete Anhaltspunkte für Folter oder schlechte Behandlung im Einzelfall vor, gilt es primär, die betroffene Person durch vertrauliche Behandlung der Information zu schützen; gleichzeitig muss aber die Einrichtung, in welcher die behaupteten Übergriffe stattgefunden haben, den verantwortlichen innerstaatlichen Behörden bekannt gemacht werden, damit diese für Abhilfe sorgen können.

Finanzhilfe des CPT bei der Umsetzung seiner Empfehlungen?

Eine finanzielle Unterstützung der einzelnen Unterzeichnerstaaten bei der innerstaatlichen Umsetzung der CPT-Empfehlungen ist auf der jetzigen völkerrechtlichen Grundlage (Antifolterkonvention) nicht vorgesehen und wäre wohl auch nur

sehr schwer in der Praxis zu realisieren. Vom Schweizer CPT-Mitglied, Frau Dr.med. Gisela Perren-Klingler kam die Anregung, in konkreten Einzelfällen die bestehenden staatlichen und privaten Entwicklungshilfeorganisationen über Missstände zu informieren und auszuloten, inwieweit über diese Kanäle bilateral den betroffenen Staaten Hilfe angeboten werden kann.

3. DIE SCHWEIZ UND DER CPT / WEITERE FOLGEARBEITEN

Materiell brachte dieses zweite Treffen der Verbindungsleute in Strassburg für die Schweizer Vertretung nicht viel Neues, waren doch die meisten Diskussionspunkte bereits Gegenstand des ersten Treffens vor vier Jahren (vgl. den Tagungsbericht im Info-Bulletin 2+3/1994). Die beiden Schweizer Vertreter konnten aber die Gelegenheit nutzen, diverse Kontakte zu anderen Ländervertretungen und insbesondere zum CPT-Sekretariat sowie zum Schweizer Mitglied im CPT zu knüpfen bzw. weiter zu intensivieren. Dabei wurde die Schweiz für ihre beiden Berichte im Nachgang zum 1996er CPT-Besuch vom Sekretär des CPT, Fabrice Kellens, ausdrücklich gelobt. Die Berichte sollen den neuen Mitgliedstaaten aus dem ehemaligen Ostblock als Muster dienen. Gleichzeitig wurde von unserer Seite im Plenum dem CPT für die - nach einigen Anlaufschwierigkeiten zu Beginn der 90er Jahre - fruchtbare und konstruktive Zusammenarbeit und die hohe Professionalität seiner Arbeit gedankt. Darüberhinaus sichern wir dem CPT für seine weitere Arbeit

im Dienste der Menschenrechte unsere Unterstützung im Rahmen des Möglichen zu.

Die Schweiz befindet sich erwartungsgemäss nicht unter den Ländern, denen der CPT 1998 einen Besuch abzustatten gedenkt. Es ist auch nicht anzunehmen, dass der CPT in nächster Zeit wieder in die Schweiz kommen wird, denn mit der Osterweiterung des Europarates und den damit verbundenen neuen Beitritten zur Europäischen Antifolterkonvention nimmt unweigerlich auch der Umfang seiner Inspektionstätigkeit zu. Aufgrund des bis heute angesammelten know-hows im Bundesamt für Justiz im Umgang mit dem CPT und der guten Zusammenarbeit mit den Kantonen kann aber einem nächsten CPT-Besuch sicherlich gelassener entgegengeschaut werden als auch schon.

Im Moment ist lediglich noch eine Arbeit zu erledigen: Die Liste mit den für einen nächsten CPT-Besuch in Frage kommenden Einrichtungen ist - soweit überhaupt machbar - zu Händen des CPT zu aktualisieren. In diesem Sinne ist der erst vor einigen Wochen neuerschienene Katalog der Anstalten zum Vollzug von Strafen, Massnahmen und Untersuchungshaft in der Schweiz ("Anstaltenkatalog 1998") dem CPT bereits zugesandt worden.

NACHEVALUATION DER DROGEN- UND HIV- PRÄVENTION IN DEN ANSTALTEN IN HINDELBANK - SCHLUSSBERICHT

Mit Erlaubnis des Bundesamtes für Gesundheit geben wir nachfolgend die zusammenfassende Diskussion der Ergebnisse aus dem Schlussbericht der Nachevaluation der Drogen- und HIV-Prävention in den Anstalten in Hindelbank in ihrem Originalwortlaut wieder. Der Schlussbericht wurde vom Psychiatrischen Dienst der Universität Bern zu Händen des Bundesamtes für Gesundheit verfasst.

1. DROGENKONSUM, SPRITZENBEZUG UND SPRITZENTAUSCH

Drogenkonsum

Wichtigstes Resultat der Nachevaluation ist die markante Abnahme des aktuellen Konsums von Heroin bzw. Kokain in den Anstalten in Hindelbank. Lediglich zwei von insgesamt 57 an der Nachbefragung teilnehmende Frauen (4%), bzw. zwei von 17 ehemals drogenkonsumierenden Frauen (12%) geben aktuellen Konsum von Heroin bzw. Kokain im Gefängnis an (eine mit intravenöser Einnahme, eine mittel "sniffen"). Während der Pilotphase waren es 37 von 137 insgesamt befragten Frauen (27%), bzw. 37 von 62 ehemals Heroin- und/oder Kokain konsumierenden Frauen (60%). In der Nachbefragung geben weitere zwei Frauen intravenösen Konsum von Medikamenten im Monat vor der Befragung an. Diese Resultate allein lassen

den geringen Verbrauch von Spritzen aus den Automaten bereits hinreichend verstehen bzw. werden hierdurch bestätigt. Die Angaben der Insassinnen zum Drogenkonsum während der Nachbefragung werden in allen Teilen durch deren Angaben anlässlich der Eintrittsuntersuchung gegenüber dem Gesundheitsdienst bestätigt.

Spritzenbezug

Die vorangegangenen Erhebungen in der Pilotphase zeigen ebenso wie die aktuelle Erhebung zur Nachevaluation, dass der Spritzenbezug aus den Automaten als grober, aber zuverlässiger Indikator für den Gebrauch intravenös konsumierbarer Drogen im Gefängnis dienen kann. Es werden ausschliesslich dann Spritzen bezogen, wenn Drogen im Gefängnis konsumiert werden bzw. verfügbar sind. So liess sich, wie in der Pilotphase, der systematische Anstieg des Spritzenbezuges nach den Pekuliumsauszahlungen in der Nachevaluation bestätigen. Sind Drogen verfügbar, wird auch ein bestimmter Anteil davon intravenös konsumiert. Man wird somit von der Annahme ausgehen können, dass seit Ende 1995 in der Anstalt nicht nur weniger Spritzen bezogen bzw. weniger intravenös konsumiert wird, sondern auch generell weniger Heroin und/oder Kokain konsumiert wurde; ein Befund, der sich auch in den qualitativen Angaben sowohl bei den Insassinnen als auch bei den Angestellten bestätigt hat.

Spritzentausch

Alle Frauen mit regelmässigem Drogenkonsum beantworteten die Fragen zum Spritzentausch. Dieser ist ausserhalb der Gefängnisinstitution deutlich häufiger als innerhalb (6 von 17 Frauen mit intravenösem Konsum in der Vorgeschichte tauschten Spritzen im Monat vor ihrem Aufenthalt in Hindelbank, 2 von 9 aktuell in Hindelbank intravenös konsumierenden Frauen gaben Spritzentausch innerhalb der Institution im Monat vor der Befragung an. Trotz niedrigeren Drogenkonsums kommt Spritzentausch in Hindelbank aber immer noch vor, allerdings in bescheidenem Ausmass. Da keine qualitativen Befragungen zum Spritzentausch stattfanden, könne zu den Hintergründen des Spritzentausches keine weiteren Angaben gemacht werden.

Hintergründe für die Veränderungen des Drogenkonsums in der Nachevaluationsperiode:

Während sich in fast allen Gefängnissen abzuzeichnen beginnt, dass Drogenabhängige in Haft zwangsläufig unter riskanten Bedingungen weiterkonsumieren, belegen die Resultate der Nachuntersuchung in den Anstalten in Hindelbank, dass auch im Gefängnis zumindest annähernd ein drogenfreier Raum entstehen und über längere Zeit fortbestehen kann, in dessen Rahmen sich auch bei langjährigen Drogenkonsumentinnen Ausstiegswilligkeit und Perspektiven, aus der Abhängigkeit herauszufinden, entwickeln könnten. Auf der Basis der bisherigen Ergeb-

nisse einzelne Wirkfaktoren zu isolieren, fällt allerdings schwer. Zu viele anstaltsinterne und anstaltsexterne Bedingungen haben sich im Untersuchungszeitraum verändert. Es scheint denn auch eher die Annahme gerechtfertigt, dass verschiedene Faktoren im wechselseitigen Zusammenwirken für die Entwicklung verantwortlich gemacht werden müssen. Von Angestellten und zum Teil auch von den Insassinnen werden in der Befragung folgende anstaltsinterne Bedingungen geltend gemacht:

Direktionswechsel: Der teilweise Rückgang des Spritzenbezugs 1995 kann zwar nicht in einen direkten zeitlichen Zusammenhang mit dem Wechsel in der Anstaltsleitung gestellt werden, ein Einfluss scheint aber naheliegend, wenn davon ausgegangen wird, dass mögliche mit dem Direktionswechsel einhergehende Veränderungen einige Umsetzungszeit benötigen bis sie greifen. In der gleichen Zeit tritt auch die neue Praxis für Drogensanktionen (belohnungs- statt straforientiert) in Kraft. Aus diesem Grunde liessen sich auch Spritzenbezug und Sanktionspraxis nicht mehr wie während der Pilotphase miteinander vergleichen.

Präventionsbeauftragte: In die Zeit nach dem Direktionswechsel fällt das Wirken der Beauftragten für Drogen- und HIV-Prävention, deren persönliches Engagement von seiten der Insassinnen sowie des Personals besondere Anerkennung findet. Gleichzeitig werden andere Massnahmen (neue Betreuungsformen / Mediatorenausbildung / individualisierte Interventionen zur Stressbewälti-

gung, insbesondere der Komplementärmedizin) eingeführt. Eine Insassinnenorganisation erhält Auftrieb. Die neu installierte Mediatorausbildung mag zusätzlich eine Sensibilisierung der Angestellten und Verständnis für Probleme geweckt und damit Nähe zu den Insassinnen herbeigeführt haben.

Bauliche Veränderungen: Die Teilsanierung der Anstalten in Hindelbank brachte einerseits Unruhe, andererseits Abwechslung in das Anstaltsleben. Abteilungen mussten vorübergehend geschlossen werden. Der Insassinnenbestand innerhalb der Anstalt wurde verringert (von im Mittel 87.5 Frauen während der Pilotphase auf 64 Frauen bei der Nachbefragung). Von den Abteilungsschliessungen betroffene Frauen wurden auf andere Abteilungen verlegt. Dadurch ergab sich nicht zuletzt eine gleichmässige Durchmischung von Drogenkonsumentinnen und Nichtkonsumentinnen.

Als anstaltsexterne Bedingungen wurden die in der gesamten Schweiz laufenden Programme zur kontrollierten Abgabe von Heroin und Kokain (PROVE) genannt, die einen Teil der schwerstabhängigen Frauen zu stabilisieren in der Lage sind. Es ist denkbar, dass auf diesem Wege auch der Strafvollzug entlastet wird. Durch die Auflösung offener Drogenzonen mag sich zudem der illegale Drogenmarkt verändert haben. Die Tatsache, dass nur ein einigermassen drogenfreies Gefängnis für Dealer und Dealerinnen weniger attraktiv erscheint, kann unter Umständen die Wirkung eines verringerten Konsums zusätzlich verstärkt haben.

Im Pilotprojekt konnte gezeigt werden dass der Drogenkonsum in Abhängigkeit zur Aufenthaltsdauer im Gefängnis zunimmt, während andererseits die Chance, neu Eintretende Frauen vom Drogenkonsum abzuhalten, zunahm, je länger das Präventionsprogramm implementiert war. Unter diesen Gesichtspunkten ist die Schlussfolgerung zulässig, dass der niedrige Drogenkonsum in der Nachevaluationsphase und damit das verminderte Risikoverhalten in Verbindung mit Drogenkonsum auch Ausdruck der spezifischen Wirkung des weiterbestehenden Präventionsprogramms der Anstalten, namentlich der Bemühungen der Präventionsbeauftragten sein kann.

2. WEITERBESTEHENDE PROBLEME

Während sich in der Nachbefragung positive Veränderungen in Bezug auf den Drogenkonsum im Gefängnis und drogenbedingtes Risikoverhalten (Sniffen / Rauchen an Stelle intravenösen Konsums) abzuzeichnen beginnen, bestätigen sich die eher besorgniserregenden Befunde der Pilotphase bezüglich des ausgeprägten Risikoverhaltens der Frauen im Sexualbereich. Diesem kommt vor dem Hintergrund weiterbestehender hoher Prävalenz viraler Hepatitiden und dem mangelhaften Informationsgrad auch unmittelbar betroffener Frauen besondere Bedeutung zu.

Die überwiegende Mehrzahl der im Untersuchungszeitraum von sechs Monaten sexuell aktiven Frauen (n=22) gibt ungeschützte sexuelle Kontakte innerhalb und ausserhalb

mehr oder minder fester Partnerschaften an, während gleichzeitig 11 (d.h. jede dritte) der 33 in der Anstalt diesbezüglich untersuchten Frauen einen positiven Befund bezüglich Hepatitis B aktiv und /oder C und/oder HIV aufwies. Ungeschützte sexuelle Kontakte geben ebenso viele Frauen mit kritischen Befunden an, wie andere Frauen. Nur drei der 29 Frauen mit im Gefängnis festgestelltem positiven Befund bezüglich Hepatitis A, B oder C sind überhaupt in der Lage korrekt anzugeben, an welcher Form viraler Hepatitis sie erkrankt sind. Lediglich in fünf Fällen stimmen die Angaben der Frauen in Bezug auf Hepatitis B und C mit den Angaben des Gesundheitsdienstes überein.

Die Ansteckungsgefahr durch das HI-Virus ist inzwischen ins Bewusstsein breiter Bevölkerungskreise gedrungen, der Informationsstand bezüglich HIV und Aids nicht zuletzt bei der Risikogruppe drogenkonsumierender Insassinnen entsprechend hoch. Demgegenüber muss der Informationsstand der Frauen bezüglich viraler Hepatitiden trotz guter Informationsarbeit unverändert als äusserst mangelhaft bezeichnet werden. Die Hintergründe hierfür sind nicht klar. Ungenügend informiert über Infektiosität und Ansteckungswege der verschiedenen Formen viraler Hepatitiden und der damit verbundenen Risiken sind dabei auch bereits an einer viralen Hepatitis erkrankte Frauen. In monogamen Beziehungen lebende Partner und Partnerinnen dieser Frauen sind dadurch unmittelbar mitbetroffen. Angesichts der hohen Zahl in mehr oder minder festen Beziehungen lebender Frauen, in denen fast aus-

nahmslos ungeschützte sexuelle Kontakte vorkommen, scheint es von besonderer Bedeutung, präzise Informationen über den Verlauf der eigenen Krankheit und der damit verbundenen Infektionsrisiken zu vermitteln. Für Präventionsbemühungen insbesondere im Sexualbereich besteht denn auch weiterhin dringender Handlungsbedarf.

3. SCHLUSSFOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN

Veränderungen der Vollzugsbedingungen, ein offener Umgang mit der Drogenproblematik und intensivierete Präventionsbemühungen können mit einem deutlichen Rückgang des Konsums von Heroin und Kokain innerhalb der Anstalt in Zusammenhang gebracht werden, verbunden mit entsprechend geringerem Spritzenbezug aus den Automaten. Diese aus drogenpräventiven Gesichtspunkten erstrebenswerte Entwicklung vermag insbesondere für langjährige Drogenkonsumentinnen die Grundlage zur Entwicklung von Perspektiven in Richtung eines drogenfreien Lebens liefern. Weiterbestehende Probleme, wie die hohe Prävalenz akut übertragbarer Infektionen mit Hepatitiden und HIV, die weiterhin hohe Risikobereitschaft der Frauen im Sexualbereich und der soziale Druck, der einzelne nunmehr marginalisierte und weiterkonsumierende Drogenkonsumentinnen daran hindern kann, die Spritzenautomaten zu nutzen, erhalten dadurch einen neuen Stellenwert.

Es bietet sich denn auch an, in zweierlei Hinsicht auf die positive Auswirkungen der veränderten Vollzugsbedingungen zu reagieren:

Wesentliche Merkmale der zur Zeit bestehenden Strukturen sollten gefestigt werden, um das labile Gleichgewicht hinsichtlich Drogenabstinenz, das nunmehr erreicht wurde, nicht zu gefährden. Bestehende Präventionsbemühungen müssen in Bezug auf Spritzentausch und Risikoverhalten im Sexualbereich weitergeführt, bzw. letzteres verstärkt werden.

Auch unter Vollzugsbedingungen lässt sich ein Klima zur Abstinenzmotivation schaffen. Für eine tragfähige Stabilisierung langjährig drogenkonsumierender Frauen über die Haftzeit hinaus bildet der Wille zur Abstinenz jedoch nur eine der notwendigen Voraussetzungen. Im Blick auf eine Rehabilitation dieser Frauen könnten nun Massnahmen getroffen werden, die eine wirkungsvolle Rückfallprophylaxe miteinschliessen. Neben verstärkten sozio-therapeutischen Bemühungen mit dem Ziel, bestehenden Defiziten auf der Arbeits-, Wohn- und Beziehungsebene entgegenzuwirken, sind darunter gezielte verhaltenstherapeutische Interventionen zur Rückfallprävention und Rückfallbearbeitung zu verstehen.

Daraus ergeben sich im Einzelnen folgende Empfehlungen:

Festigung abstinenzbegünstigender Strukturen: Abstinenzmotivation lässt sich nicht erzwingen. Allenfalls wird ein möglichst angst-

und gewaltfreies Klima die Voraussetzungen für eine Verhaltensänderung begünstigen. Die Umbauarbeiten in den Anstalten in Hindelbank brachten einerseits eine Reduktion der Insassinnenzahl mit sich, gleichzeitig sind bestehende Strukturen dadurch in Bewegung geraten. Nach Abschluss der Umbauarbeiten ist wieder mit höheren Belegungszahlen zu rechnen. Nicht zuletzt im Blick darauf kann die geplante Station für ausstiegswillige Drogenkonsumentinnen als Entlastung erscheinen. Dem ist entgegenzuhalten, dass in der Nachbefragung von verschiedener Seite die gleichmässige Durchmischung von Drogenkonsumentinnen und Nichtkonsumentinnen als positiver Faktor in der bestehenden Anstaltsstruktur hervorgehoben wurde. Die Einrichtung einer Spezialstation könnte denn auch die Gefahr der Ausgrenzung von Nichtkonsumentinnen bzw. "Nichtwilligen" durch Sonderbehandlung der ausstiegswilligen Drogenkonsumentinnen einerseits und eine Überforderung der ausstiegswilligen Drogenkonsumentinnen andererseits bergen. Es scheint von daher überlegenswert, die gleichmässige Durchmischung von Drogenkonsumentinnen und Nichtkonsumentinnen vorerst beizubehalten oder zumindest als verhaltenswirksamer Faktor in die weitere Planung einzubeziehen.

Hepatitis-Information: Aus präventionsstrategischen Gründen muss Hepatitis im Bewusstsein der Insassinnen den gleichen Stellenwert wie HIV bzw. Aids erhalten. Da der Wissensstand allgemein sehr niedrig ist, empfiehlt sich eine Aufklärung unmittelbar nach dem Eintritt der Insassinnen. Als vor-

dringliche Massnahme ist geeignetes Informationsmaterial mit straffer, aber in wesentlichen Punkten vollständiger Information über Krankheitsverlauf und damit verbundene Infektionsrisiken unterschiedlicher Hepatitiden verfügbar zu machen oder falls notwendig zu erarbeiten. Parallelen zu HIV/Aids hinsichtlich Infektionswegen und Schweregrad der Erkrankung sollten aufgezeigt werden, um an Bekanntes und an bestehende Betroffenheit anzuknüpfen. Die spezifischen Bedürfnisse der Frauen in Haft (das Zusammenleben im Gefängnis, Ausgang und Urlaub, sexuelle Beziehungen ausserhalb und innerhalb des Gefängnisses) müssen berücksichtigt bzw. direkt angesprochen werden. Vor allem sind betroffene Frauen auch im Interesse ihrer mitbetroffenen PartnerInnen zuverlässig zu informieren. Durch gezielte Rückfragen kann sichergestellt werden, dass die betroffenen Frauen hinreichende Kenntnisse über die wesentlichen Wissensbereiche erworben haben.

Spritzenbezug: In der weiteren Planung der Abgabe steriler Spritzen muss in Rechnung gestellt werden, dass der soziale Druck auf weiterkonsumierende und nunmehr marginalisierte Frauen diese daran hindern kann, sterile Spritzenutensilien zu beziehen, um einerseits nicht als Drogenbesitzerin erkannt und gegebenenfalls von anderen Insassinnen bedrängt zu werden oder sich andererseits präventiven Bemühungen seitens des Personals besser entziehen können. Beides dürfte ein riskanteres Drogenkonsumverhalten begünstigen und den grundsätzlichen Präventionsbemühungen zuwiderlaufen. Weiterhin

intravenös konsumierende Insassinnen sollten deshalb unverändert intensiv ermuntert werden, steriles Spritzenbesteck zu benutzen. Es kann aus den zuvor geschilderten Umständen gegebenenfalls notwendig sein, geeignete Alternativen zur Spritzenabgabe zu schaffen (z.B. persönliche Abgabe steriler Spritzen durch den Gesundheitsdienst oder die Präventionsbeauftragte).

Prävention im Sexualbereich: Das Problem wirkungsvoller Infektionsprophylaxe im Sexualbereich bleibt weiterhin ungelöst. Bisherige risikogruppenspezifische Projekte zur Prävention schwerer Infektionskrankheiten für Drogenkonsumenten - und das Pilotprojekt in den Anstalten in Hindelbank bildet hier keine Ausnahme - akzentuieren in der Regel den Spritzentausch, das Risikoverhalten im Sexualbereich lässt sich z.B. durch Wissensvermittlung allein nicht verändern. Probleme bei der Durchsetzung gesundheitsbewussten Verhaltens im Sexualbereich werden oft übersehen bzw. vernachlässigt. Infektionsrisiken bezüglich Hepatitiden bleiben nicht selten gänzlich unberücksichtigt. Der spezifische Lebenszusammenhang der Frauen, der sich nicht zuletzt in einem unterschiedlichen Zugang zu Ressourcen äussert, macht eine individualisierte Prävention im Sexualbereich notwendig. Es sind zum Beispiel Wege zu finden, betroffene Frauen in die Präventionsarbeit einzubinden, um auf diese Weise gemeinsam Ressourcen, die notwendige Sensibilisierung und gleichzeitig Möglichkeiten und Bedingungen für Veränderungen zu erarbeiten.

Rückfallprophylaxe: im Gefängnis getroffene Resozialisierungsmassnahmen können gefestigt werden, wenn möglichst frühzeitig wirkungsvolle Massnahmen zur Rückfallprävention eingesetzt werden, die eine Generalisierung des Erworbenen auf die Situation nach der Entlassung erleichtern. Dies gilt für Präventionsbemühungen im Drogenbereich ebenso wie im Sexualbereich. Es stellt sich die Frage, ob verhaltenstherapeutische Therapiebausteine zur Rückfallprävention und Rückfallbearbeitung (nach Ausgang, Urlaub oder Flucht) neben sozio-therapeutischer Begleitung zur Verbesserung bestehender Defizite auf der Arbeits-, Wohn- und Beziehungsebene bereits vor der Entlassung in Rehabilitationsmassnahmen einbezogen werden können.

Evaluation bestehender und neuer Massnahmen: Zur Zeit ist offen, welche inneren oder äusseren Bedingungen massgeblich für Veränderungen in Richtung eines drogenfreieren Strafvollzuges in den Anstalten in Hindelbank waren. Die allgemeine Aufbruchstimmung (die eine aufgeschlossene Leitung, Goodwill des Personals und der Insassinnen und bauliche Veränderungen miteinschliesst) in Verbindung mit einer transparenten und konsequenten Praxis der Drogenstrafverurteilungen, kann zum Erfolg ebenso beigetragen haben, wie die engagierte Arbeit der Präventionsbeauftragten, des Betreuungs- oder des Gesundheitsdienstes oder das Vorbild ausstiegswilliger Frauen, die anderen Frauen nun unter günstigeren Voraussetzungen Perspektiven aufzuzeigen vermögen. Es ist auch offen, ob und wie lange sich die be-

stehenden Verhältnisse in Hindelbank selbst aufrechterhalten lassen und wie weit sie sich auf andere Gefängnisse, insbesondere auf die Bedingungen im Männerstrafvollzug übertragen lassen. Auswirkungen der neuen Vollzugsbedingungen könnten in einer Katanesestudie geprüft und mit Auswirkungen früherer bzw. anderer Haftbedingungen verglichen werden.

Es erscheint zum jetzigen Zeitpunkt wünschenswert, jede Massnahme zu treffen, die notwendig und geeignet erscheint, die gegebenen Chancen in den Anstalten in Hindelbank zu nutzen und zu festigen. Ob sich wirkungsvolle Rehabilitationsmassnahmen im Strafvollzug implementieren lassen, könnte jetzt am Modellfall der Frauenstrafanstalten in Hindelbank geprüft werden.

Quelle: Nachevaluation der Drogen- und HIV-Prävention in den Anstalten in Hindelbank, Schlussbericht des Psychiatrischen Dienstes der Universität zu Händen des Bundesamtes für Gesundheit, August 1997

12. KONFERENZ DER EUROPÄISCHEN DIREKTOREN DER STRAFVOLLZUGSVERWALTUNGEN (CDAP IN STRASSBURG - SCHLUSSFOLGERUNGEN

Vom 26. - 28. November 1997 fand in Strassburg die 12. Konferenz der europäischen Direktionen der Strafvollzugsverwaltungen (CDAP) statt. Nachfolgend geben wir die Schlussfolgerungen der Präsidentin des

CDAP, Frau Irena Kriznik, in deutscher Übersetzung wieder:

1. ÜBERBELEGUNG DER STRAFVOLLZUGSEINRICHTUNGEN

Die Überbelegung der Strafvollzugseinrichtungen stellt eine grosse Herausforderung für die Strafvollzugsverwaltungen und für die gesamte Gesellschaft dar. Sie kann menschenunwürdige Haftbedingungen, einen Rückgang fortschrittlicher Haftregime sowie ein grösseres Gewalt- und Problemrisiko mit sich bringen. Die beiden Hauptgründe für Überbelegungen sind: Die Gesamtzahl der Freiheitsstrafen steigt und die Gerichte sprechen zudem immer längere Freiheitsstrafen aus. Deshalb werden die Gefängnispopulationen wahrscheinlich während einer gewissen Zeit hoch bleiben.

Die Strafvollzugsverwaltungen verfügen nur über beschränkte Möglichkeiten für die Behandlung des Überbelegungsproblems. Sie können zum Beispiel die Kapazitäten der Strafvollzugseinrichtungen im Notfall erhöhen oder spezielle, mit der nationalen Gesetzgebung vereinbare Regelungen für eine vorzeitige Entlassung einführen. Gleichwohl, um das Problem der Überbelegung wirksamer und langfristig angehen zu können, müssen Lösungen auf legislativer und gerichtlicher Ebene gefunden werden. Es geht primär darum alternativen zu langen Freiheitsstrafen zu finden und diese auch anzuwenden. Denn die langen Freiheitsstrafen belasten das Gefängnisssystem ausserordentlich. Gleichzeitig

muss auch die Anwendung kurzer Freiheitsstrafen auf ein Minimum reduziert werden. Es könnte sich also als unnötig herausstellen, die Kapazität der Strafvollzugseinrichtungen zu erhöhen.

Die öffentliche Meinung spielt eine wesentliche Rolle bei der Verschärfung der Sanktionen über ganz Europa. Die weitverbreitete Ansicht, härtere Strafen seien die geeignete Antwort auf höhere Kriminalitätsraten muss wieder in Frage gestellt werden. Die Vertreter der Strafjustiz müssen sich aktiv an der öffentlichen Diskussion über diese Fragen und an der Sensibilisierung der Öffentlichkeit beteiligen.

Vergleichende statistische Daten und Informationen über die Strafjustiz im Allgemeinen und die Strafvollzugssystem im Besonderen sind unabdingbar, um geeignete Entscheidungen in diesem Bereich treffen zu können. Die verschiedenen Initiativen des Europarates zur Datenerhebung müssen weitergeführt und zukünftig intensiviert werden.

2. LANGE FREIHEITSSTRAFEN UND GEWALTTÄTIGE DELINQUENTEN

Der Begriff "lange Freiheitsstrafe" wird in Europa sehr unterschiedlich definiert. In einigen Ländern wird darunter eine Strafe von mehr als sechs Monaten, in anderen eine solche von mehr als zehn Jahren verstanden.

Theorie und Praxis bezüglich die Betreuung Inhaftierter, die eine lange Freiheitsstrafe

verbüssen, variieren von Land zu Land beträchtlich. In einigen Ländern ist die Sicherheit Gegenstand strikter vom Risikograd abhängiger Klassifikationen. Es kommt vor, dass die Bedrohung oder das Risiko, die ein Inhaftierter darstellt, durch externe Faktoren bestimmt werden: Gangs, rassistische Auseinandersetzungen oder terroristische Bewegungen beispielsweise. Aus diesen Gründen ist bei Vergleichen zwischen den einzelnen Ländern Vorsicht geboten. Trotzdem können gewisse Grundelemente bestimmt werden:

Nicht alle Inhaftierten mit langen Freiheitsstrafen sind gefährlich. Tatsächlich ist erwiesen, dass diese Personen - einschliesslich zum Tode Verurteilte - oftmals Stabilisierungsfaktoren innerhalb des Gefängnisses sein können.

Gewisse Inhaftierte werden erst aufgrund der Situation, in welcher sie sich befinden, gefährlich.

Rückfällige Delinquenten sind nicht notwendigerweise gefährlich. Sie können für die Gesellschaft ein Risiko darstellen, weil sie weitere Straftaten begehen, aber innerhalb des Gefängnisses müssen sie nicht notwendigerweise gefährlich sein.

Das Gefängnis entspricht nicht der "normalen" Welt; es kann oftmals negative Reaktionen bei den Insassen auslösen. Es ist möglich, dieses Risiko zu reduzieren, indem den Insassen gewisse Wahlmöglichkeiten offeriert werden und dass ihnen - jedes Mal.

Wenn es möglich ist - erlaubt wird, an Entscheidungsfindungen teilzunehmen.

Die Betreuung Gefangener mit langen Freiheitsstrafen setzt ein Gleichgewicht zwischen verschiedenen Faktoren voraus (Fluchtverhinderung, Aufrechterhaltung von Ruhe und Ordnung, Angebot von aktiven und zweckmässigen Regimes). Diese Faktoren sind komplementär zu verstehen.

Angesichts von besonders schwierigen oder gewalttätigen Gefangenen oder Unruhestiftern ist es auch verlockend sich Kontrollmechanismen (wie z.B. elektronische Vorrichtungen, Isolationshaft und strenges Regime) zu bedienen. In der Realität ist es einfacher ein sicheres Umfeld durch eine interaktive (dynamische) Sicherheit zu schaffen, welches auf positiven Beziehungen (Verhältnissen) zwischen dem Personal und den Insassen beruht.

In verschiedenen Ländern

Mehrere Länder bieten spezielle Programme an, um den Gefangenen zu helfen, ihre Aggressivität und ihr gewalttätiges Benehmen zu überwinden.

Insassen mit langen Freiheitsstrafen müssen auch die Möglichkeit haben, Kontakte zu ihren Familien und zu ihren Freunden ausserhalb des Gefängnisses zu unterhalten bzw. aufrechtzuerhalten.

3. BESCHÄFTIGUNG DER INSASSEN IN EINEM IMMER SCHWIERIGEREN ÖKONOMISCHEN UMFELD

Alle Länder legen ein grosses Gewicht auf das Arbeitsangebot und die berufliche Ausbildung in den Strafvollzugseinrichtungen. In einigen Ländern sind dazu neue gesetzliche Bestimmungen nötig. Die Ministerien, die lokalen Behörden und die Wirtschaft sollten den Insassen Arbeit garantieren.

Mehrere Länder verfügen heute schon über industrielle Gefängnisse

Es braucht ein sensibles Gleichgewicht zwischen der Benutzung industrieller Gefängnisse als Mittel, Einkünfte zu erzielen, und der Notwendigkeit, die Insassen an anderen erzieherischen und therapeutischen Aktivitäten teilnehmenzulassen.

Gemeinnützige Organisationen, Nichtregierungsorganisationen, Schulen, Kirchen und andere Institutionen sind zu ermuntern, den Gefangenen Aktivitäten anzubieten. Zu diesem Zweck, sind geeignete Strategien in der Öffentlichkeitsarbeit auszuarbeiten.

Es sollte für den Austausch praktischer Erfahrungen in diesem Bereich und unter Berücksichtigung der aktuellen Entwicklung der Situation der industriellen Arbeit im Gefängnismilieu der Länder Zentral- und Osteuropas ein europäisches Netz aufgebaut werden.

4. VORBEREITUNG DER GEFANGENEN AUF IHRE FREILASSUNG

Die Vorbereitung der Gefangenen auf ihre Entlassung muss mit dem ersten Tag des Strafvollzuges beginnen und sollte Teil des Strafvollzugsplanes sein. Gute Kontakte zur Aussenwelt sind unerlässlich. Fragen, die das Opfer betreffen, sollten Teil der Vorbereitungsphase auf die Entlassung sein. Das Angebot von Berufs- und Unterbringungsmöglichkeiten für Gefangene nach ihrer Freilassung muss Priorität in diesem Planungsprozess haben. Das gesamte Personal sollte an der Vorbereitung der Gefangenen auf ihre Entlassung beteiligt sein.

5. DIE BEHANDLUNG VON SEXUALDELINQUENTEN IN DEN STRAFVOLLZUGSEINRICHTUNGEN UND DIE VORBEREITUNGSPROGRAMME FÜR IHRE ENTLASSUNG

Es ist wichtig, dass die Strafvollzugseinrichtungen den Bedürfnissen von Sexualdelinquenten entsprechende und genügende Dienste vorsehen.

Einrichtungen zur Überwachung, Evaluation und wenn nötig zur Verbesserung der angebotenen Dienste für Sexualdelinquenten sollten vorhanden sein.

Die Strafvollzugsverantwortlichen sollten darüber wachen, dass ihre Leistungserbringer geeignete und den professionellen Standards

entsprechende Evaluations-, Behandlungs- und Rückfallpräventionsdienste anbieten.

Das Personal, welches an diesen Programmen partizipiert, sollte in den Genuss einer entsprechenden Ausbildung und adäquater Unterstützung kommen.

6. ZUSAMMENARBEIT ZWISCHEN DEN MITGLIEDSSTAATEN DES EUROPARATES

Zusammenarbeit ist ein Prozess in doppel-sinniger Prozess. Sie muss auch interregional sein. In dieser Hinsicht ist es wichtig zu unterstreichen, dass in mehreren Mitgliedstaaten des Europarates die Reform und die Modernisierung des Strafvollzugssystems auf gutem Wege sind. Die Erfahrung dieser Staaten kann denjenigen Staaten, die weniger weit fortgeschritten und daran sind, ihre Strafvollzugssysteme internationalen Normen anzupassen, nützlich sein.

Die Zusammenarbeit muss genügend flexibel ausgestaltet sein, um die Realisierung von ad hoc Projekten und Langzeitprojekten zu erlauben.

Es ist unerlässlich, dass die bis anhin realisierten Zusammenarbeitsaktivitäten evaluiert bzw. ausgewertet werden: Neue Projekte sind auf die Evaluationen bzw. Auswertungen zu gründen, um aus der angesammelten Erfahrung Nutzen ziehen zu können.

Im Rahmen nächster Zusammenarbeitsprogramme muss den Hauptschwierigkeiten, welchen momentan zahlreiche Strafvollzugssysteme Zentral- und Osteuropas begegnen, ein besonderes Augenmerk gewidmet werden. Zu diesen Schwierigkeiten gehören die Überbelegung der Gefängnisse, die häufige Anwendung von Untersuchungshaft, die Länge der Untersuchungshaft sowie die Behandlung an Tuberkulose und anderen Infektionskrankheiten leidender Gefangener.

Es sind Seminare für das Direktionspersonal gewisser Anstaltskategorien (z.B. Haftanstalten, Hochsicherheitseinrichtungen, Frauenanstalten) zu organisieren und sie den Bedürfnissen und den Sorgen jeder Kategorie anzupassen.

Die Mitarbeiter der Gefängnisverwaltungen, die Richter und Staatsanwälte sollten sich ebenfalls in Seminarien zusammenfinden, um Informationen von gemeinsamen Interesse auszutauschen und um die Wahrnehmung der Probleme, mit welchen die Strafjustiz in ihrer Gesamtheit konfrontiert wird, zu harmonisieren.

Anmerkung der Redaktion:

Vom 4. - 7. Oktober 1998 wird in Amsterdam ein ad hoc Meeting des CDAP zum Thema "Zusammenarbeit mit Osteuropa" stattfinden. Wir werden zu gegebener Zeit darüber berichten.

EMPFEHLUNG R(98)7 DES MINISTERKOMITEES DES EUROPARATES ÜBER ETHISCHE UND ORGANISATORISCHE ASPEKTE DER GESUNDHEITSVERSORGUNG IM GEFÄNGNISBEREICH

Am 8. April 1998 hat das Ministerkomitee des Europarates die Empfehlung R(98)7 über ethische und organisatorische Aspekte der Gesundheitspflege im Gefängnisbereich angenommen. Nachfolgend geben wir die insgesamt 74 Empfehlungen in einer von der Redaktion in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Gesundheit verfassten deutschen Übersetzung der französischen Originalfassung wieder.

1. PRINZIPIELLE ASPEKTE DES RECHTES AUF GESUNDHEITSPFLEGE IM GEFÄNGNISBEREICH

A. Zugang zu einem Arzt

1. Wenn es der Gesundheitszustand verlangt und ungeachtet ihres Haftregimes sollten Inhaftierte während der Aufnahme in eine Strafvollzugseinrichtung und später während ihres Aufenthaltes jederzeit und ohne Verzögerung Zugang zu einem Arzt oder einer diplomierten Krankenpflegeperson haben. Alle Inhaftierten sollten in den Genuss einer medizinischen Eintrittsuntersuchung kommen. Dabei sollte der Akzent auf die Erkennung

mentaler Störungen, die psychologische Anpassung ans Gefängnis, Entzugerscheinungen (Drogen, Medikamente, Alkohol) und ansteckende bzw. chronische Krankheiten gelegt werden.

2. Um die sanitärischen Bedürfnissen der Inhaftierten befriedigen zu können, sollten die grossen Strafvollzugseinrichtungen, unter Berücksichtigung der Anzahl Inhaftierter, ihrer Fluktuation und ihres durchschnittlichen Gesundheitszustandes, vollzeitangestellte Ärzte und qualifizierter Krankenpflegepersonal verfügen.

3. Ein Gesundheitsdienst im Gefängnisbereich sollte im Minimum ambulante Konsultationen und Notfalldienste sicherstellen. Sobald der Gesundheitszustand der Inhaftierten Massnahmen erfordert, die im Gefängnis nicht erbracht werden können, sollte alles unternommen werden, dass diese Massnahmen - unter Aufrechterhaltung der Sicherheit - in einer medizinischen Einrichtung ausserhalb des Gefängnisses getroffen werden können.

4. Die Inhaftierte sollten, wenn nötig, zu jeder Tages- und Nachtzeit Zugang zu einem Arzt haben. In jeder Einrichtung sollte rund um die Uhr eine in Erster Hilfe kompetente Person anwesend sein. Im Falle eines schweren Notfalls sind der zuständige Arzt, ein Mitglied des Pflegepersonals sowie die Direktion zu

alarmieren. Aktive Teilnahme und Engagement des Bewachungspersonals sind äusserst wichtig.

5. Der Zugang zu psychiatrischen Konsultationen und Beratungen sollte garantiert sein. Grosse Strafvollzugseinrichtungen sollten über ein psychiatrisches Fachteam verfügen. In kleineren Einrichtungen sollten diese Konsultationen - in Ermangelung eines solchen Teams - durch einen in einem Spital oder privat tätigen Psychiater sichergestellt werden.

6. Jeder Inhaftierte sollte von den Diensten eines qualifizierten Zahnarztes profitieren können.

7. Die Gefängnisverwaltung sollte das Nötigste unternehmen, um die gebotenen Kontakte und die Zusammenarbeit mit den öffentlichen und privaten medizinischen Einrichtungen herzustellen. In dem Masse, in welchem gewisse drogen-, alkohol- oder medikamentenabhängige Gefangene in den Gefängnissen nicht geeignet behandelt werden können, ist es angezeigt, externe Berater, die in spezialisierten öffentlichen Hilfsdiensten arbeiten, beizuziehen, die die nötigen Ratschläge geben oder die Pflege sicherstellen können.

8. Gegebenenfalls sollte eine spezielle Behandlung für weibliche Inhaftierte vorgesehen werden. Schwangere sollten medizinisch begleitet werden; sie sollten in einer medizinischen Einrichtung ausserhalb des Gefäng-

nisses, die am besten für ihren Zustand geeignet ist, gebären können.

9. Auf der Fahrt ins Krankenhaus sollte eine kranke Person von einem Mitglied des medizinischen oder des Pflegepersonals begleitet werden.

B. Gleichwertigkeit der Gesundheitsdienste

10. Die Gesundheitspolitik im Gefängnisbereich sollte in der nationalen Gesundheitspolitik integriert und mit ihr kompatibel sein. Der Gesundheitsdienst im Gefängnisbereich sollte - zu Bedingungen, die mit denjenigen, von denen der Rest der Bevölkerung profitiert, vergleichbar sind - medizinische, psychiatrische und zahnärztliche Pflege zukommen lassen und Hygiene- und Präventionsprogramme umsetzen können. Die im Gefängnisbereich tätigen Ärzte sollten Spezialisten rufen können. Wenn eine Zweitmeinung nötig ist, obliegt es dem Gesundheitsdienst, diese einzuholen.

11. Der Gesundheitsdienst sollte über qualifiziertes medizinisches, pflegerisches und technisches Personal in genügender Zahl sowie über geeignete Räumlichkeiten, Einrichtungen und Ausrüstungen verfügen, die bezüglich Qualität mit denjenigen in der freien Welt vergleichbar, wenn nicht gar identisch sind.

12. Die Rolle des Gesundheitsministeriums sollte - analog zur nationalen Gesetzgebung - im Bereich der Kontrolle der Hygiene, der

Qualität der Behandlung und der Organisation der Gesundheitsdienste im Gefängnisbereich verstärkt werden. Es sollte eine klare Trennung der Verantwortlichkeiten und der Kompetenzen zwischen dem Gesundheitsministerium und den anderen zuständigen Ministerien, die für eine integrierte Gesundheitspolitik in den Gefängnissen zusammenarbeiten sollten, vorgenommen werden.

C. Einverständnis des Kranken und Arztgeheimnis

13. Das Arztgeheimnis im Gefängnisbereich sollte mit der gleichen Schärfe garantiert und beachtet werden wie in der Freiheit.

14. Ausser wenn der Inhaftierte unter einer Krankheit leidet, die es ihm verunmöglicht, seinen Zustand zu begreifen, sollte ein kranker Insasse dem Arzt immer sein ausdrückliches vorgängiges Einverständnis zu jeder ärztlichen Untersuchung oder medizinischen Entnahme - ausser in den vom Gesetz vorgesehenen Fällen - geben. Die Gründe für jede Untersuchung sollten der inhaftierten Person klar erläutert und von ihr verstanden werden. Die einer medizinischen Behandlung unterworfenen Inhaftierten sollten über die Indikationen und eventuell zu erwartenden Nebenfolgen informiert werden.

15. Das ausdrückliche Einverständnis sollte auch von Personen mit mentalen Störungen und Patienten, die sich in Situationen befinden, in welchen die ärztlichen Verpflichtungen nicht zwangsläufig mit den Sicherheitsregeln zusammentreffen, wie zum Beispiel im

Fall der Verweigerung einer Behandlung oder der Nahrungsaufnahme, eingeholt werden.

16. Jede Abweichung vom Prinzip der Freiheit des Einverständnisses des Patienten sollte auf einer gesetzlichen Grundlage basieren und von den gleichen Prinzipien geleitet sein, wie sie in der Freiheit angewendet werden.

17. Kranke Untersuchungsgefangene sollten auf eigene Kosten eine Konsultation bei ihrem behandelnden Arzt (Hausarzt) oder bei einem anderen externen Arzt verlangen können.

Verurteilte Gefangene können eine ärztliche Zweitmeinung einholen, und der Gefängnisarzt sollte diese Anfrage wohlwollend beantworten. Dennoch fällt jede Entscheidung bezüglich der Wohlbegründetheit einer solchen Anfrage letztlich in die Verantwortlichkeit des Arztes.

18. Kein Inhaftierter sollte ohne komplettes medizinisches Dossier in eine andere Strafvollzugseinrichtung verlegt werden. Das Dossier ist so mitzugeben, dass die Vertraulichkeit garantiert ist. Die betroffenen Inhaftierten sollten darüber informiert werden, dass ihr medizinisches Dossier ebenfalls in die andere Strafvollzugseinrichtung transferiert wird. Sie sollten dagegen - im Rahmen der nationalen Gesetzgebung - Einsprache erheben können.

Bei der Entlassung aus der Anstalt ist dem Betroffenen jede zweckdienliche medizini-

sche Information zu Händen seines behandelnden Arztes schriftlich zu übergeben.

D. Berufliche Unabhängigkeit

19. Die Gefängnisärzte sollten jedem Inhaftierten die gleiche Behandlungsqualität zusichern, wie sie gewöhnlichen Kranken zukommt. Die Gesundheitsbedürfnisse der Inhaftierten sollten beim Gefängnisarzt immer an erster Stelle stehen.

20. Klinische Entscheide und alle anderen, den Gesundheitszustand inhaftierter Personen betreffende Bewertungen sollten einzig und allein aufgrund medizinischer Kriterien getroffen werden. Das Gesundheitspersonal sollte seine Tätigkeit - entsprechend seiner Qualifikationen und seiner Kompetenzen - in voller Unabhängigkeit ausüben können.

21. Das Krankenpflegepersonal und die übrigen Mitglieder des Gesundheitspersonals sollten ihre Arbeit unter direkter Verantwortlichkeit des Chefarztes ausüben. Der Chefarzt sollte dem paramedizinischen Personal keine anderen Aufgaben übertragen, als solche die von Gesetzes wegen und gemäss der medizinischen Standesregeln erlaubt sind. Die Qualität der medizinischen Leistungen und der pflegerischen Betreuung sollte von einer qualifizierten Gesundheitsbehörde evaluiert werden.

22. Die Entlohnung des im Gefängnisbereich tätigen medizinischen Personals sollte nicht

tiefer als diejenige in anderen Bereichen der öffentlichen Gesundheit sein.

2. DIE SPEZIFISCHE ROLLE DES ARZTES UND DES ÜBRIGEN GESUNDHEITSPERSONALS IM GEFÄNGNISBEREICH

A. Generelle Bedingungen

23. Die Rolle des Arztes im Gefängnisbereich beinhaltet in erster Linie die geeignete medizinische Behandlung und Beratung aller inhaftierten Personen, für welche er klinisch verantwortlich ist.

24. Er sollte gleichzeitig auch die Anstaltsdirektion in Fragen im Zusammenhang mit der Ernährung und der Umgebung, in welcher die inhaftierten Personen zu leben gezwungen sind, sowie der Hygiene und der Gesundheitsförderung beraten.

25. Das Gesundheitspersonal sollte an der Information der Anstaltsdirektion und des Bewachungspersonals über Gesundheitsfragen teilnehmen können und - falls erforderlich - eine entsprechende Ausbildung geben können.

B. Information, Prävention und Gesundheitserziehung

26. Im Moment ihrer Aufnahme sollte jede Person über ihre Rechte und Pflichten, über das anstaltsinterne Reglement sowie Hinweise über das Hilfs- und Beratungsangebot

informiert werden. Diese Information sollte für alle Inhaftierten verständlich sein. Besondere Ausführungen sollten für Analphabeten vorgesehen sein.

27. In allen Strafvollzugseinrichtungen sollte ein Programm zur Gesundheitserziehung organisiert werden. Die Inhaftierten und das Personal der Strafvollzugsverwaltung sollten eine Grundlageninformationsbroschüre über Fragen zur Gesundheitspflege für Menschen im Freiheitsentzug erhalten.

28. Den Inhaftierten sollten die Vorteile freiwilliger und anonymer Erkennung übertragbarer Krankheiten erläutert und über die Risiken von Hepatitis, von sexuell übertragbaren Krankheiten, von Tuberkulose und der Ansteckung mit dem HIV-Virus informiert werden; Personen, die sich einem Test unterziehen, müssen Zugang zu einer ärztlichen Folgekonsultation haben.

29. Das Gesundheitserziehungsprogramm sollte zum Ziele haben, die Entwicklung gesunder Lebensstile zu fördern und den Inhaftierten zu ermöglichen, geeignete Entscheidungen hinsichtlich ihrer Gesundheit und derjenigen ihrer Familie zu treffen, ihre persönliche Integrität zu wahren und zu schützen sowie die Risiken von Abhängigkeit und Rückfall zu vermindern. Dies sollte die Inhaftierten anregen, an Gesundheitsprogrammen teilzunehmen, in welchen ihnen in kohärenter Art und Weise Strategien und Verhaltensweisen beigebracht werden, die geeignet sind, die Risiken für ihre Gesundheit auf ein Minimum zu reduzieren.

C. Pathologie und der Prävention im Gefängnisbereich

30. Jede während der medizinischen Eintrittsuntersuchung zum Zeitpunkt der Aufnahme in eine Strafvollzugseinrichtung bei einer Person festgestellte Spur von Gewalt sollte vom Arzt, zusammen mit den von der untersuchten Person abgegebenen Erklärungen und seinen Schlussfolgerungen, schriftlich festgehalten werden. Diese Information sollte - mit der Einwilligung des Inhaftierten - ausserdem der Anstaltsdirektion weitergeleitet werden.

31. Jede Information bezüglich Akten von Gewalt während der Dauer der Inhaftierung sollte den zuständigen Behörden weitergeleitet werden. Generell sollte vor einer solchen Mitteilung das Einverständnis der betroffenen Person eingeholt werden.

32. In gewissen Ausnahmefällen - und immer unter strikter Beachtung der beruflichen Standesregeln - kann das ausdrückliche Einverständnis der inhaftierten Person als nicht unbedingt notwendig erachtet werden. Insbesondere wenn der Arzt der Ansicht ist, dass es seine klare Pflicht ist, gegenüber dem Patienten als auch gegenüber der Gefängnisgemeinschaft einen schweren Zwischenfall, der eine reelle Gefahr darstellt, anzuzeigen. Wenn er es als nötig erachtet, sollte der Gesundheitsdienst periodische statistische Daten bezüglich traumatischer Verletzungen sammeln, damit diese - unter Einhaltung der innerstaatlichen Datenschutzbestimmungen -

der Anstaltsdirektion und den betroffenen Ministerien mitgeteilt werden können.

33. Für das Bewachungspersonal sollte eine adäquate Gesundheitsausbildung eingeführt werden, um es zu befähigen, physische oder psychische Gesundheitsprobleme zu signalisieren, die sie unter der Gefängnispopulation feststellen könnten.

D. Berufliche Ausbildung des im Gefängnisbereich tätigen Gesundheitspersonals

34. Die im Gefängnisbereich tätigen Ärzte sollten über eine gute fachliche Kompetenz in Allgemeinmedizin und in Psychiatrie verfügen. Ihre Ausbildung sollte den Erwerb theoretischer Anfangskenntnisse, Verständnis für den Gefängnisbereich und dessen Auswirkungen auf die Ausübung des Arztberufes im Gefängnis, eine Bewertung der erworbenen Kompetenzen und ein Praktikum unter der Leitung eines erfahrenen Arztes beinhalten. Die im Gefängnisbereich tätigen Ärzte sollten auch in den Genuss einer regelmässigen Weiterbildung kommen.

35. Auch dem übrigen Gesundheitspersonal sollte eine geeignete Ausbildung zuteil werden; sie sollte Kenntnisse über das Funktionieren von Gefängnissen und über die relevanten Gefängnisvorschriften beinhalten.

3. DIE ORGANISATION DER GESUNDHEITSPFLEGE IN DEN GEFÄNGNISSEN, INSBESONDERE UNTER DEM GESICHTSPUNKT DER BEHANDLUNG EINIGER AKTUELLER PROBLEME

A. Übertragbare Krankheiten, insbesondere HIV-Ansteckung und AIDS, Tuberkulose, Hepatitis

36. Um sexuell übertragbare Krankheiten im Gefängnisbereich zu verhindern, sollten geeignete prophylaktische Massnahmen getroffen werden.

37. Erkennungstests für den HIV-Virus sollten nur mit dem Einverständnis der Inhaftierten, anonym und den gesetzlichen Vorschriften entsprechend durchgeführt werden. Eingehende Beratungen vor und nach dem Test sollten angeboten werden.

38. Die Isolierung einer Person mit einer ansteckenden Krankheit ist nur gerechtfertigt, wenn eine solche Massnahme aus dem gleichen medizinischen Grund auch ausserhalb des Gefängnisbereiches getroffen würde.

39. Vorbehältlich Ziffer 40 sollte keinerlei Form der Absonderung HIV-positiver Insassen vorgesehen sein.

40. AIDS-Kranke mit schweren Infektionen sollten eine Behandlung im Gefängnisgesundheitsdienst erhalten, ohne sie jedoch automatisch total zu isolieren. Diejenigen Kranken, die gegen ansteckenden Krank-

heiten, die durch andere Patienten übertragen werden, geschützt werden müssen, sollten nur isoliert werden, wenn eine solche Massnahme in ihrem Interesse liegt, indem dadurch eine Ansteckung verhindert werden kann und insbesondere wenn ihr Immunsystem ernsthaft geschwächt ist.

41. Wurden Fälle von Tuberkulose festgestellt, sollten - im Rahmen der in diesem Bereich anwendbaren Gesetze - alle nötigen Vorkehrungen getroffen werden, um eine Ausbreitung zu verhindern. Die therapeutischen Interventionen sollte von gleicher Qualität sein, wie diejenigen, welche ausserhalb des Gefängnisses zur Anwendung gelangen.

42. Die Impfung ist die einzig wirksame Präventionsmethode gegen die Ausbreitung der Hepatitis B; sie sollte den Insassen und auch dem Personal angeboten werden. Hepatitis B und C sind durch intravenösen Drogenkonsum und Kontakt mit Blut oder Sperma übertragbar. Es ist wichtig, die nötige Information abzugeben und die geeignete Präventionsmittel zur Verfügung zu stellen.

B. Drogen-, Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit / Führung der Apotheke und medikamentöse Behandlung

43. Die Pflege für alkohol- und medikamentenabhängige Insassen sollte - analog zu den Diensten für drogenabhängige Insassen im Sinne der Empfehlungen der Kooperationsgruppe für den Kampf gegen Drogenkonsum und -handel ("Groupe Pompidou") - verstärkt

werden. Zu diesem Zweck ist es wichtig, dem medizinischen Personal und dem Bewachungspersonal eine adäquate Ausbildung anzubieten und die Zusammenarbeit mit den externen Beratungsstellen zu verbessern, um eine Folgetherapie für die Insassen bei der Entlassung aus dem Gefängnis sicherzustellen.

44. Die im Gefängnisbereich tätigen Ärzte sollten die Inhaftierten ermutigen, an Programmen der Sozialhilfe und der Psychotherapie mitzumachen, um den Risiken von Drogenabhängigkeit, Medikamentenmissbrauch und Alkoholismus vorzubeugen.

45. Die Behandlung von Drogen-, Alkohol- und Medikamentenentzugserscheinungen in den Strafvollzugseinrichtungen sollte sich gleich abwickeln wie in der Aussenwelt.

46. Unterzieht sich ein Insasse einer Entziehungskur, sollte ihn der Arzt ermutigen - sowohl während seiner Inhaftierung als auch nach seiner Entlassung - von allen zur Verfügung stehenden Angeboten Gebrauch zu machen, um einen Rückfall zu vermeiden.

47. Die inhaftierte Person sollte einen spezialisierten internen oder externen Berater konsultieren können, die ihm die nötige Unterstützung während des Strafvollzugs und nach der Entlassung bieten kann. Solche Berater sollten ebenfalls einen Beitrag an der Ausbildung des Bewachungspersonals leisten können.

48. Gegebenenfalls sollten inhaftierte Personen ihre persönlich verschriebene medikamentöse Behandlung bekommen können. Dennoch sollten Medikamente, die sich bei einer Überdosis als gefährlich erweisen können, nicht abgegeben werden; sie sollten nach und nach, gemäss verordneter Dosierung, verabreicht werden.

49. Der im Gefängnisbereich tätige Arzt sollte in Zusammenarbeit mit dem verantwortlichen Apotheker gegebenenfalls eine Liste mit sämtlichen in der Regel im medizinischen Dienst verordneten Substanzen und Medikamenten anfertigen. Die ärztliche Verordnung sollte allein in der Zuständigkeit eines Arztes verbleiben und die Medikamente sollten nur durch autorisiertes Personal verteilt werden.

**C. Hafterstehungsunfähige Personen:
schwere physische Behinderung;
hohes Alter; lebensbedrohender Gesundheitszustand**

50. Inhaftierte mit schweren physischen Behinderungen und solche mit einem hohen Alter sollten ein Leben so normal wie möglich führen können und nicht von der übrigen Gefängnispopulation getrennt werden. Die notwendigen baulichen Anpassungen der Räumlichkeiten sollten - wie dies ausserhalb der Gefängniswelt praktiziert wird - vorgenommen werden, damit sich Personen im Rollstuhl und andere Behinderte leichter bewegen und ihren Aktivitäten nachgehen können.

51. Die Entscheidung über den geeigneten Moment für die Verlegung kranker Personen, deren Zustand auf einen baldigen Tod hinweist, in externe Pflegeeinheiten, sollte auf medizinischen Kriterien gründen. Während sie auf die Verlegung warten, sollten diese Personen in der Endphase ihrer Krankheit optimale Pflege durch den gefängnisinternen Gesundheitsdienst erhalten. In solchen Fällen sollte Perioden temporärer Hospitalisierung ausserhalb des Gefängnisbereiches vorgesehen werden. Weiter sollte die Möglichkeit der Begnadigung oder der vorzeitigen Entlassung aus medizinischen Gründen geprüft werden.

D. Psychiatrische Symptome, Geistesstörungen, schwere Persönlichkeitsstörungen, Suizidgefahr

52. Die Strafvollzugsverwaltung und das für die mentale Gesundheit zuständige Ministerium sollten in der Organisation psychiatrischer Dienste für die Inhaftierten zusammenarbeiten.

53. Die gefängnisinternen Dienste für mentale Gesundheit und die Sozialdienste haben die Aufgabe, den Inhaftierten beizustehen, sie zu beraten und ihre Adaptionmöglichkeiten sowie ihre Möglichkeiten, mit ihren persönlichen Probleme fertig zu werden, zu stärken. Diese Dienste sollten ihre Aktivitäten unter Berücksichtigung ihrer jeweiligen Aufgaben koordinieren. Sie sollten beruflich unabhängig sein und die speziellen Bedingungen der Gefängniswelt berücksichtigen.

54. Während und nach der Dauer der Inhaftierung sollten für verurteilte Sexualdelinquenten psychiatrische und psychologische Untersuchungen angeboten werden.

55. Inhaftierte mit schweren psychischen Störungen sollten in einer Krankenhausstation plaziert und gepflegt werden, die adäquat eingerichtet ist und über qualifiziertes Personal verfügt. Die Entscheidung, einen Inhaftierten in einem öffentlichen Krankenhaus aufzunehmen, sollte von einem Psychiater unter Vorbehalt der Genehmigung der zuständigen Behörden getroffen werden.

56. Lässt sich die Isolierung mental Kranker in der Zelle nicht vermeiden, sollte diese auf eine minimale Dauer reduziert sein und sobald wie möglich durch eine permanente persönliche Überwachung durch Pflegepersonal ersetzt werden.

57. In Ausnahmesituationen (Kranke mit schweren mentalen Störungen) kann die Anwendung physischer Zwangsmittel für eine minimale Dauer, die der für das Wirken einer medikamentösen Behandlung zur Linderung benötigten Zeit entspricht, ins Auge gefasst werden.

58. Suizidrisiken sollten permanent vom medizinischen Personal und vom Anstaltspersonal abgeschätzt werden. Je nach Fall sollten während Krisenphasen physische Zwangsmittel zum Selbstschutz der kranken Inhaftierten, eine enge und permanente Überwachung sowie Gespräche und Betreuung zum Zuge kommen.

59. Folgetherapien für entlassene Gefangene, die in Behandlung standen, sollten bei spezialisierten externen Dienste vorgesehen werden.

E. Ablehnung der Behandlung / Hungerstreik

60. Lehnt eine inhaftierte Person die ihr vorgeschlagene Behandlung ab, sollte sie der Arzt in Anwesenheit eines Zeugen eine schriftliche Erklärung unterschreiben lassen. Der Arzt sollte dem Patient sämtliche notwendigen Informationen über die erhoffte wohltuende Wirkung der ärztlichen Behandlung und über eventuell bestehende therapeutische Alternativen liefern und ihn vor den Risiken, welchen er sich durch seine Ablehnung aussetzt, gewarnt haben. Es empfiehlt sich, sich zu vergewissern, dass sich der Kranke seiner Situation voll bewusst ist. Es ist unerlässlich, einen erfahrenen Übersetzer zu rufen, falls die vom Kranken gesprochene Sprache die Verständigung behindert.

61. Die klinische Untersuchung eines Hungerstreikenden sollte nur mit seinem ausdrücklichen Einverständnis vorgenommen werden, ausser, wenn er unter schweren mentalen Störungen leidet und in eine psychiatrische Einrichtung verlegt werden muss.

62. Damit sie die Gefahren eines längeren Hungerstreikes verstehen, sollten Hungerstreikende in objektiver Art und Weise über die schädlichen Wirkungen ihrer Handlungs-

weise auf ihren Gesundheitszustand informiert werden.

63. Ist der Arzt der Ansicht, dass sich der Gesundheitszustand einer hungerstreikenden Person rapid verschlechtert, obliegt es ihm, dies der zuständigen Behörde anzuzeigen und entsprechend der innerstaatlichen Gesetzgebung (einschliesslich der beruflichen Standesregeln) zu handeln.

F. Gewalt im Gefängnis; Disziplinarverfahren und -sanktionen; Disziplinarische Isolierung; physische Zwangsmittel; Hochsicherheitsregime

64. Gefangenen, die stichhaltige Gründe haben, Gewaltakte von Mitgefangenen gegen sich zu befürchten (einschliesslich mögliche sexuelle Übergriffe), oder die kürzlich von Mitgefangenen angegriffen oder verletzt worden sind, sollten unter verstärkten Schutz durch das Bewachungspersonal gestellt werden.

65. Der Arzt sollte sich nicht in den Entscheidungsprozess bezüglich Erlaubnis oder Verbot der Anwendung von physischer Gewalt durch das Anstaltspersonal verwickeln. Das Anstaltspersonal selber muss die Verantwortung für die Aufrechterhaltung von Ruhe und Ordnung übernehmen.

66. Im Falle einer disziplinarischen Isolierung oder einer jeden anderen Disziplinar- oder Sicherheitsmassnahme, welche die physische oder psychische Gesundheit eines In-

haftierten beeinträchtigen könnte, sollte das Gesundheitspersonal eine ärztliche Betreuung oder eine vom Inhaftierten oder vom Gefängnispersonal verlangte Behandlung bereitstellen.

G. Spezielle Pflegeprogramme: Soziotherapeutische Programme; Familienbande und Kontakte mit der Aussenwelt; Frauen mit Kindern

67. Sozio-therapeutische Programme sollten entsprechend denjenigen in der freien Aussenwelt organisiert und mit Sorgfalt supervisiert werden. Die Ärzte sollten bereit sein, in konstruktiver Art und Weise mit allen zuständigen Diensten zu kooperieren, um es den Inhaftierten zu ermöglichen, in den Genuss solcher Programme zu kommen und so soziale Fähigkeiten zu erlangen, die geeignet sind, die Rückfallrisiken nach der Entlassung zu reduzieren.

68. Die Möglichkeit für die Inhaftierten, sich mit ihren Sexualpartnern ohne Überwachung während der Besuchszeit zu treffen, sollte ins Auge gefasst werden.

69. Sehr kleine Kinder inhaftierter Mütter sollten im Gefängnis bei ihren Müttern bleiben können, damit diese ihnen die ganze benötigte Aufmerksamkeit und die für die Erhaltung eines guten Gesundheitszustandes unerlässliche Pflege schenken und eine intensive persönliche Beziehung unterhalten können.

70. Spezielle Einrichtungen (Krippe, Kinderhort) sollten für Mütter mit Kindern vorgesehen sein.

71. Die Ärzte sollten sich in die Administrativentscheidung über die Trennung des Kindes von seiner Mutter in einem bestimmten Alter nicht einmischen.

H. Leibesvisitationen, ärztliche Expertisen, medizinische Forschung

72. Leibesvisitationen sollten in die alleinige Zuständigkeit der Verwaltungsbehörde fallen; die im Gefängnisbereich tätigen Ärzten sollten sich nicht in diesen Bereich einmischen. Trotzdem sollte eine vertrauliche ärztliche Untersuchung durch einen Arzt durchgeführt werden, sobald ein objektiver medizinischer Grund eine ärztliche Intervention verlangt.

73. Ausser auf ausdrückliches Verlangen des Inhaftierten und auf Verlangen eines Gerichtes, sollten im Gefängnisbereich tätige Ärzte keine ärztlichen oder psychiatrischen Berichte für die Strafverteidigung oder für die Staatsanwaltschaft erstellen. Sie sollten nicht als medizinische Experten im Strafverfahren gegen Untersuchungshäftlinge auftreten. Sie sollten Entnahmen und Analysen nur zu diagnostischen Zwecken und nur aus medizinischen Motiven vornehmen.

74. Medizinische Forschung mit inhaftierten Personen sollte entsprechend der formulierten Prinzipien in den Empfehlungen R(87)3 über die Europäischen Strafvollzugsgrundsätze, R(90)3 über die medizinische For-

schung am menschlichen Wesen und R(93)6 betreffend die strafvollzugsrechtliche und kriminologischen Aspekte der Kontrolle übertragbarer Krankheiten, insbesondere von AIDS, und die damit zusammenhängenden Gesundheitsprobleme im Gefängnis durchgeführt werden.

KURZINFORMATIONEN

POSTFACHADRESSEN VON STRAFVOLLZUGSANSTALTEN - EINE EMPFEHLUNG DES EIDGENÖSSISCHEN DATENSCHUTZBEAUFTRAGTEN

Der Eidgenössische Datenschutzbeauftragte hat sich aus konkretem Anlass zu einem besonderen Aspekt des Persönlichkeitsschutzes im Strafvollzug geäußert und uns gebeten, die für den Straf- und Massnahmenvollzug zuständigen Stellen auf die Einleitung der entsprechenden Massnahmen hinzuweisen. Deshalb geben wir nachfolgend sein Schreiben vom 15. Juni 1998 an das Bundesamt für Justiz auszugsweise wieder:

Postfachadressen von Strafvollzugsanstalten

Eine Versicherungsgesellschaft teilte uns mit, dass Versicherte, die sich im Strafvollzug befinden, oft direkt mit der Postadresse der Strafvollzugsanstalt angeschrieben werden müssten. Dies sei insbesondere der Fall, wenn keine Kontaktadresse ausserhalb der Strafanstalt bekannt oder eruierbar sei. Aus Gründen des Persönlichkeitsschutzes wäre es allerdings erstrebenswert, wenn die betroffenen Personen beispielsweise über die Postfachadresse der einzelnen Anstalten angeschrieben werden könnten, ohne dass der direkte Aufenthaltsort aus der Adresse ersichtlich wäre.

Aus datenschutzrechtlicher Sicht lässt der Name in Verbindung mit der Adresse einer Strafvollzugsanstalt auf strafrechtliche Sanktionen schliessen, welche als besonders schützenswerte Personendaten bezeichnet werden (Art. 3 lit. c Ziffer 4 des Bundesgesetzes über den Datenschutz). Der Vorschlag, zum Schutz der Betroffenen bei den einzelnen Strafvollzugsanstalten Postfachadressen einzurichten, erscheint uns zum Schutze der betroffenen Personen gerechtfertigt

Quelle: Schreiben des Eidgenössischen Datenschutzbeauftragten vom 15. Juni 1998 an das Bundesamt für Justiz

ANSTALTEN DES STRAF- UND MASSNAHMENVOLLZUGES IN DER SCHWEIZ - NEUAUFLAGE DES ANSTALTENKATALOGES

Die vor kurzem erschienene Neuauflage des schweizerischen Anstaltenkataloges, herausgegeben vom Bundesamt für Statistik und vom Bundesamt für Justiz, gibt einen Überblick über die Anstalten des Straf- und Massnahmenvollzuges in der Schweiz. Er enthält eine allgemeine Einleitung über den Strafvollzug, die Rechtsgrundlagen, die Strafvollzugskonkordate und die angeschlossenen Kantone. Es werden folgende Bereiche der Institutionen des Straf- und Massnahmenvollzuges erläutert: Anstaltslage/Kapazität, Or-

ganisation, Vollzugskonzept, Personal, Arbeit, Behandlung und Betreuung sowie geplante Veränderungen und Probleme.

Bei den Zentral-, Amts-, Bezirks und Untersuchungsgefängnissen, den Arrestlokalen und Polizeiposten sind folgende Punkte aufgeführt: Geschichtliches, Kapazität, Personal, Aufgaben, Interne Vorschriften, Arbeitsangebot, Schul- und Bildungsangebot, Freizeitangebot.

Der Katalog erscheint in zweiter, überarbeiteter Auflage und gibt eine Übersicht der institutionellen Welt des Strafvollzuges in der Schweiz. Die Angaben sind auf dem Stand Herbst 1997.

Der Anstaltenkatalog kann beim Bundesamt für Statistik, 3003 Bern (☎ 031 323 60 60 / Fax 031 323 60 61) zum Preis von Fr. 37.- bezogen werden (Bestellnummer 159-9700).

DAS EUROPÄISCHE KOMITEE ZUR VERHÜTUNG VON FOLTER (CPT) NEU AUCH IM INTERNET

Seit kurzem ist das Europäische Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT) auch auf dem Internet präsent. Unter <http://www.cpt.coe.fr> sind - neben wissenswerten Informationen über Aufgaben und Zusammensetzung des CPT - auch die offiziellen CPT-Berichte über die Länderbesuche und die jährlichen Tätigkeitsberichte abrufbar.

KINDERSCHÄNDER WERDEN IN DEN UNTERGRUND GETRIEBEN - NEUE PRAXIS DER BRITISCHEN POLIZEI

Die britische Polizei darf im Interesse der Sicherheit Name und Adresse strafentlassener Pädophiler veröffentlichen.

So hatte sich Robert O. das Leben in Freiheit nicht vorgestellt. Im vergangenen September wurde er aus dem Gefängnis entlassen. 1985 hatte ihn ein Gericht für schuldig befunden, jenem Pädophilen-Ring angehört zu haben, der für den Tod des 14-jährigen Jason Swift verantwortlich war. Wo immer Robert O. versuchte, sich niederzulassen, wurde er von besorgten Nachbarn vertrieben. Am 10. Oktober landete er schliesslich im südenglischen Seebad Brighton. Die Polizei observierte, wie er eine Kinderbibliothek besuchte und über längere Zeit an der Uferpromenade spielende Kinder beobachtete. Daraufhin informierte sie die Öffentlichkeit mit 25'000 Flugblättern über seine Anwesenheit. Einige der aufgeschreckten Eltern nahmen daraufhin das Recht in ihre eigenen Hände: der Jäger wurde zum Gejagten. Seither ist Robert O. zu seinem eigenen Schutz in einer psychiatrischen Klinik.

Seit vergangenem Herbst müssen Sexualverbrecher - insbesondere Pädophile und Vergewaltiger - der Polizei nach der Haftentlassung ihren jeweiligen Aufenthaltsort mitteilen. In besonderen Fällen darf die Polizei die örtlichen Behörden, die Schulen und die Nachbarschaft über die Anwesenheit eines haftentlassenen Sexualtäters informieren.

Diese Praxis ist Mitte letzte Woche vom obersten britischen Gericht als legal erklärt worden. Aus Angst vor Repressalien tauchen aber 12 Prozent der meldepflichtigen Sexualtäter unter. Die Labour-Regierung prüft nun eine Änderung des Sexualstrafrechts. Geprüft wird auch der Einsatz von eingepflanzten Minisendern, die es der Polizei ermöglichen, den genauen Standort des Chip-trägers zu ermitteln.

Quelle: *Berner Zeitung vom 24. März 1998*

MENSCHENBILDER IN DER STRAFVERFOLGUNG UND IM STRAFVOLLZUG - EINE PUBLIKATION DER CARITAS

An der Tagung "Menschenbilder in der Strafverfolgung und im Strafvollzug" der Fachgruppe Reform im Strafwesen der CARITAS Schweiz vom 11. und 12. September 1997 in Zürich berichteten Praktiker und Fachleute über ihre Erfahrungen mit Menschenbildern und Straffälligen, machten sich aber auch Gedanken darüber, wie sich die Gefahren von Verallgemeinerungen und realitätsfernen Bildern vermeiden lassen (siehe auch den Beitrag im Info-Bulletin 4/97). Der nun vorliegende Tagungsband der CARITAS versammelt zum einen Erfahrungsberichte, zum anderen enthält er aber auch Erörterungen zu ethischen und straftheoretischen Fragen zum Thema. Hier geht es nicht nur um Menschenbilder an sich, sondern auch um den historischen Wandel solcher Bilder und die Frage, wie Menschen durch den Strafvollzug oder durch Strafnormen beeinflusst werden können. Die Publikation gibt einen anschauli-

chen und differenzierten Einblick in ein Thema, das meist eher oberflächlich und spekulativ diskutiert wird. Die einzelnen Beiträge zeigen auf, dass es keine Patentlösungen gibt. Was es braucht, ist eine kontinuierliche Reflexion und eine Kriminalpolitik, die sich immer wieder neu an der sozialen Wirklichkeit orientiert.

Der Tagungsband kann direkt bei der CARITAS Schweiz, Löwenstrasse 3, 6002 Luzern, zum Preis von Fr. 15.30 bezogen werden (☎ 041 419 22 22 oder Fax 041 419 24 24)

SPEZIALABTEILUNG MIT 16 PLÄTZEN FÜR SEXUALTÄTER IN DER ZÜRCHER STRAFANSTALT PÖSCHWIES

Ab Herbst sollen Sexualtäter aus dem Normalvollzug der Strafanstalt Pöschwies in eine Therapieabteilung verlegt werden.

Das Konzept für den fünfjährigen Versuch sieht vor, dass der Leiter der Spezialabteilung, ein Psychiater, die Täter bestimmt, die in die Spezialabteilung aufgenommen werden. In Frage kommen vor allem Sexualstraftäter und Gewalttäter, die eine Strafe verbunden mit einer ambulanten Massnahme verbüssen. Und von diesen wiederum nur diejenigen, bei denen anzunehmen ist, dass sie auf die geplante aufwendige Therapie ansprechen. Direkte Einweisungen von aussenhalb der Strafanstalt sind nicht vorgesehen. Hingegen soll es möglich sein, auch Täter ohne ambulante Massnahme aus dem Normalvollzug in die Spezialabteilung zu verlegen.

Ihre Behandlung erfolgt in drei Stufen: Auf einen mehrjährigen Aufenthalt in einer geschlossenen Einrichtung folgen eine intensive Behandlung in einem offenen Rahmen und schliesslich eine ambulante Nachbetreuung. Für die erste Stufe wird in der Strafanstalt Pöschwies eine Sonderabteilung mit 16 Plätzen eingerichtet, und zwar im kürzlich fertiggestellten zweiteiligen Erweiterungsbau. Damit stehen für den Normalvollzug nur noch 30 statt wie geplant 60 neue Plätze zur Verfügung. Unter dem Strich gehen 14 Gefängnisplätze verloren.

Die Täter werden deliktspezifisch behandelt, das heisst sie müssen sich auseinandersetzen mit dem, was sie getan haben. Vorgesehen sind Gruppen- und Einzelgespräche, Körperarbeit mit Videonachbesprechung und eine teamorientierte Arbeitsweise. Vorbild für diesen Ansatz war das sogenannte Langenfelder Modell, an dem der heutige Leiter des Psychiatrisch-Psychologischen Dienstes der Justizdirektion, Frank Urbaniok, Anfang der 90er Jahre in Deutschland massgeblich mitgearbeitet hatte.

Die Gesamtkosten des Versuchs werden auf rund sechs Millionen Franken beziffert. Die Justizdirektion erwartet einen Bundesbeitrag von 60 Prozent, womit sich der Aufwand für den Kanton Zürich auf 2,5 Millionen Franken reduzieren würde. Für die detaillierte Vorbereitung des Versuchs sind rund sechs Monate eingeplant. Falls gegen den Beschluss des Kantonsrates kein Referendum ergriffen wird, kann somit im Herbst gestartet werden.

Quelle: *Tages Anzeiger* vom 28. April 1998

Anmerkung der Redaktion:

Gegen den Beschluss des Kantonsrat hat die Schweizerische Volkspartei des Kantons Zürich erfolgreich das Referendum ergriffen; somit werden die Zürcher Stimmberechtigten über die Durchführung dieses Modellversuches befinden müssen.

LERNEN + FEIERN / 50 JAHRE STAATLICH ORGANISIERTE SCHUTZAUFSICHT UND 25 JAHRE DURCHGEHENDE BETREUUNG - EINE VERANSTALTUNG DES SOZIALDIENSTES DER JUSTIZDIREKTION DES KANTONS ZÜRICH

Unter dem Titel "Lernen + Feiern / 50 Jahre staatlich organisierte Schutzaufsicht und 25 Jahre durchgehende Betreuung" organisiert der Sozialdienst der Justizdirektion des Kantons Zürich vom 25. - 28. August 1998 für Mitwirkende und ArbeitspartnerInnen der Bewährungshilfe eine Fachtagung mit 14 Seminaren und Informationsveranstaltungen sowie einem Jubiläumsfest zum Abschluss. Die Lernveranstaltungen stehen unter dem Thema "Menschenrechte und wirkungsvolle Arbeit in der Strafjustiz". Der Zürcher Justizdirektor, Regierungsrat Dr. Markus Notter, hat das Patronat der Veranstaltung übernommen.

Das detaillierte Programm und weitere Auskünfte sind erhältlich beim Sozialdienst der Justizdirektion ZH, Andreas Leisi, Sumatrasstrasse 10, 8090 Zürich (☎ 01 259 39 28 / Fax 01 259 39 69)