Zeitschrift: Kriminologisches Bulletin = Bulletin de criminologie

Herausgeber: Schweizerische Arbeitsgruppe für Kriminologie

Band: 9 (1983)

Heft: 2

Artikel: Moeglichkeiten aerztlichen Wirkens zur Praevention von Todesfaellen in Haftanstalten

Autor: Maag, F. / Muggler-Bickel, J.

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-1046869

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 20.08.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

MOEGLICHKEITEN AERZTLICHEN WIRKENS ZUR PRAEVENTION VON TODESFAELLEN IN HAFTANSTALTEN

von Dr. F. Maag und Dr. J. Muggler-Bickel, verkehrsmedizinische Abteilung des Gerichtl.-Medizin. Instituts beim Strassenverkehrsamt Zürich

1. Einleitung

Im Rahmen zweier analytischer Studien sind sämtliche Todesfälle in stadt- und kantonalzürcherischen Gefängnissen während des Zeitraumes von 1950 bis 1980 erfasst und nach verschiedenen Kriterien ausgewertet worden (2,3). Hierbei hat sich gezeigt, dass der Gefängnisaufenthalt, insbesondere im Laufe der provisorischen Haft, einer besonders selbstmordgefährdenden Situation entspricht. So orientiert im nachfolgenden Kapitel eine zusammenfassende Synopsis über die aus den obgenannten Arbeiten gewonnenen für die gefängnisärztliche Tätigkeit besonders wesentlichen Resultate. Anschliessend wird ein für die vorliegende Thematik aufschlussreicher Fall demonstriert. Die gewonnenen Aspekte gelangen alsdann zur Diskussion, wobei die Kernfrage im Zentrum steht, ob sich die gefängnisärztliche Tätigkeit im Sinne einer Herabsetzung der Todesfälle in der Zelle verbessern liesse.

2. Die Sterblichkeit in Zürcher Gefängnissen in der Zeit von 1971 - 80 (3,6)

Von den innerhalb der oben erwähnten Zeitspanne verstorbenen Häftlingen haben sich deren 80 das Leben genommen und 12 weitere sind eines natürlichen Todes gestorben.
61 der 80 Selbstmörder sind durch Erhängen aus dem Leben geschieden, 7 weitere an Schnitt- und Stichverletzungen gestorben und 12 Personen haben sich vergiftet. Hierbei ist zu betonen, dass sich die Vergiftungsfälle während der Dekade von 1971 - 80 (8 Personen) gegenüber der Zeit von 1950 - 70 (4 Personen) verdoppelt haben.
Ein Vergleich der jährlichen Suizidrate in den Zürcher Gefängnissen mit derjenigen innerhalb der Schweizerischen Gesamtbevölkerung ergibt folgende signifikanten Unterschiede: Während sich im Laufe der Dekade von 1971 bis 1980 die Selbstmordrate bezogen auf die Gesamtbevölkerung auf 0,2‰ und bei den zwischen 20 und 69 jährigen Männern auf 0,41‰ beläuft, beträgt sie für die Bezirksgefängnisse (vorwiegend provisorische Haft) 5,7‰ und für die Strafanstalt Regensdorf 2,6‰ bezogen auf die Anzahl der Eintritte sowie bei einer Haftdauer von ca. 1/10 Jahr. Die Polizeigefängnisse weisen eine noch höhere Suizidrate auf, doch ist eine Berechnung verbindlicher Zahlen aufgrund der für die Arrestanten sehr unterschiedlichen Haft-

dauer nicht möglich.
Die jährlichen Suizidraten in den von uns erfassten Haftanstalten liegen also statistisch signifikant höher als diejenige innerhalb der gesamtschweizerischen Bevölkerung, wobei sich während der provisorischen Haft wesentlich mehr Gefangene umbringen als im definitiven Strafverhaft. Demgegenüber ereignen sich 10 der insgesamt 12 natürlichen Todesfälle im Laufe des Strafverhaftes.
Die zeitliche Beziehung zwischen der Festnahme resp. dem Haftantritt und dem Todeseintritt ist insofern wesentlich, als innerhalb unseres Gefangenenkollektivs sich Todesfälle im Laufe der ersten 24 Stunden resp. der ersten Woche des Zellenaufenthaltes am häufigsten ereignen.
Des weiteren ergibt sich bei unserem Kollektiv eine tageszeitliche signifikante Häufung der Suizide wie auch der natürlichen Todesfälle zwischen 18^{00} h abends und 07^{00} h morgens, wenn die Häftlinge am wenigsten intensiv überwacht sind.

3. Gegenwärtige ärztliche Betreuung in Zürcher Gefängnissen

3.1. Vorbemerkungen

Für die Einholung der nachfolgend aufgeführten Informationen haben wir uns bei den meisten der für den gefängnisärztlichen Dienst zuständigen Kollegen im Kanton Zürich sowie bei drei Gefängnisverwaltungen telephonisch erkundigt.
Hierbei hat sich durchwegs ergeben, dass der Gefangene nicht jeweils bei, resp. vor Haftantritt ärztlich untersucht wird, sondern erst später im Rahmen entweder einer regulären, zeitlich fixierten oder aber nach Bedürfnis erfolgten Arztvisite. Eine ärztliche Eintrittsuntersuchung ist lediglich für Strafgefangene obligatorisch, während im Verlaufe der provisorischen Haft (Polizeiarrest, Untersuchungs- und Sicherheitshaft) der Gefangene juristisch als Privatperson gilt und daher sich keiner Exploration durch den Gefängnisarzt zu unterziehen hat. Eine solche kann er dagegen wünschen. Im weiteren wird bei Häftlingen in der provisorischen Haft sofort nach Zelleneintritt der Gefängnisarzt beigezogen bei Bekanntsein einer schwereren Krankheit (z.B. Diabetes, Herzkrankheit) oder einer Sucht, die nach der Inhaftierung zu folgenschweren Entzugserscheinungen führen könnte (z.B. Drogenabhängigkeit und schwere Alkoholkrankheit).
Im Kanton Zürich ist bislang kein hauptamtlicher Gefängnisarzt tätig. Hiefür zuständig sind in den meisten Fällen Bezirksärzte. Ferner sind praktizierende Kollegen ohne Amtsfunktion sowie für den Bezirk Zürich die Medizinische Poliklinik des Universitätsspitals Zürich (USZ) mit der Aufgabe des gefängnisärztlichen Dienstes betraut.
Gefängnispsychiatrische Funktion haben nebst eines Kollegen der psychiatrischen Klinik Rheinau die jeweils zuständigen Notfallpsychiater.

3.2. Synopsis der ärztlichen Versorgung in den einzelnen Gefängnissen

In der Strafanstalt Regensdorf hat der zuständige Gefängnisarzt an 3 Vormittagen wöchentlich eine zeitlich fest anberaumte Sprechstunde, die von jedem Gefangenen besucht werden kann. Bei den zwischenzeitlich frisch eingetretenen Häftlingen erhebt der Arzt eine gründliche Anamnese, fertigt jedoch einen eher summarischen Status mit gezielten Untersuchungen an. Genauer abgeklärt werden die zahlenmässig eher spärlichen älteren Personen, welche eine Haftstrafe antreten. Die Gefängnisinsassen machen denn auch regen Gebrauch vom Arztbesuch, wobei die meisten von ihnen nach Schlaf- und Beruhigungsmitteln verlangen. Dem Gefängnisarzt stehen drei von der Strafanstalt fest angestellte Psychiatriepfleger mit guten allgemeinmedizinischen Kenntnissen zur Seite. Für Notfälle ist der Arzt jederzeit auf Abruf erreichbar.
Im weiteren hat der Gefängnispsychiater 1 Mal wöchentlich eine feste Sprechstunde in der Strafanstalt. Diesem werden die Häftlinge entweder durch den Gefängnisarzt überwiesen, oder aber sie können ihn freiwillig aufsuchen.

In den Bezirksgefängnissen sitzen vorwiegend Untersuchungs- und Sicherheitsgefangene ein nebst einigen Personen, welche eine kurze Haftstrafe verbüssen.
Die ärztliche Betreuung gestaltet sich dort wie folgt:
Im Bezirksgefängnis Zürich hat ein Arzt der Medizinischen Poliklinik des USZ 2 Mal wöchentlich eine feste Sprechstunde, welche für sämtliche Inhaftierten freiwillig ist. Ebenfalls 2 Mal pro Woche findet eine psychiatrische Sprechstunde statt, für welche ein Oberarzt der Psychiatrischen Klinik Rheinau zuständig ist.
In Notfällen wird der Häftling je nach dem Leiden entweder ins USZ oder in die Psychiatrische Klinik Rheinau zur stationären Behandlung verbracht.
Jeder Gefangene erhält bei Zelleneintritt ein Arztformular, auf welchem er eine Krankheit geltend machen sowie ein Sozialdienstformular, mittels dessen er den Kontakt mit einem Fürsorger des Sozialdienstes der Justizdirektion erwünschen kann. Ein- bis dreimal wöchentlich wird ein Schirmbild angefertigt; diese Aktion ist für sämtliche Anstaltsinsassen obligatorisch im Sinne einer Präventivmassnahme insbesondere gegen ansteckende Krankheiten.

In 3 weiteren Bezirksgefängnissen hat der zuständige Arzt 1 Mal wöchentlich eine feste Sprechstunde und ist während der übrigen Zeit auf Abruf erreichbar.
In 8 Bezirken finden dagegen lediglich auf Verlangen von seiten des Gefängnispersonals Arztvisiten statt.
Der Arzt wird in jedem Falle beigezogen, da ein frisch Inhaftierter an einer ernsthaften Krankheit oder an einer Sucht leidet, bei welcher die Möglichkeit schwerwiegender Entzugssymptome besteht.

Der Drogenentzug erfolgt in der Regel mit Tranquilizern. Lediglich ein Gefängnisarzt verabreicht während einer Woche Methadon im Sinne eines Kurzprogrammes, und ein weiterer führt ein bereits vor der Inhaftierung bestandenes Methadonprogramm längerfristig weiter. Bei Bestehen schwerwiegender Drogenprobleme oder bei Vorliegen einer sonstigen ernsthaften psychischen Problematik wird entweder der Häftling in die zuständige psychiatrische Klinik eingewiesen oder ein Arzt dieser Klinik konsiliarisch beigezogen.

Im Polizeigefängnis Zürich erscheint auf Anforderung seitens des Gefängnispersonals ein Arzt der Medizinischen Poliklinik des USZ 2 Mal wöchentlich. Für Notfälle wird der diensttuende Notfallarzt oder der Notfallpsychiater beigezogen. Da im Polizeiarrest sehr häufig Drogenpatienten einsitzen, drängt sich fast täglich der Beizug eines Arztes des Drop in auf. An dieser Stelle sei betont, dass aufgrund unserer Studien (2,3) die Polizeigefängnisse einerseits die grösste Anzahl jährlicher Eintritte und andererseits die kürzeste mittlere Haftdauer aufweisen.

Für die Gefängnisärzte ergibt sich allgemein das Problem, dass die Inhaftierten viel Zeit beanspruchen, da sie offenbar wegen zeitraubender Bagatellen zur Visite erscheinen. Im weiteren bestehen therapeutische Schwierigkeiten bei Drogenpatienten. Die von uns befragten Kollegen empfinden den gefängnisärztlichen Dienst als lästig.

4. Kasuistik

Der nachstehend aufgezeichnete Fall gibt einen illustrativen Einblick in die Folgen der mangelhaften ärztlichen Abklärung eines neu in ein ausserkantonales Untersuchungsgefängnis eingetretenen Häftlings sowie in diejenigen, welche aus einer ungenügenden Zusammenarbeit zwischen dem Arzt und dem Gefängnispersonal resultieren.

> Bei dem 44-jährigen Mann ist zum Zeitpunkt seiner Verbringung in die Untersuchungshaft seit 13 Jahren ein insulinpflichtiger Diabetes bekannt. 1 Jahr zuvor ist es zu einer Hypoglycämie gekommen, in deren Folge der Blutzucker durch einen Diabetologen neu eingestellt worden ist. Seither sind die Blutzuckerverhältnisse unter regelmässiger ärztlicher Kontrolle stabil. Da in der Haftverfügung des Gefangenen vermerkt ist, dass dieser regelmässig Insulin benötigt, erhält er während der ersten 5 Tage seiner Haft täglich vom Gefängniswärter Insulin Novo lente, von dem er sich jeweils 40 E selber spritzt, sowie Diabetikerkost. Am Abend des 5. Haftages findet die Visite durch den Gefängnisarzt statt, anlässlich derer der Mann geltend macht, er benötige Insulin

alle drei bis vier Tage. Der zuständige Wärter überreicht dem Arzt den Haftbefehl mit dem Diabetes- und Insulinvermerk, die Insulinspritze sowie das Insulinfläschchen, wovon dieser Kenntnis nimmt. Vom Krankenbuch hingegen, in welchem die bisher erfolgten täglichen Insulinabgaben vermerkt sind, erhält der Arzt erst gut zwei Monate später Kenntnis. Der Aufseher bestätigt anlässlich seiner später erfolgenden Einvernahme, dass er den Gefängnisarzt auf die bisherigen täglichen Insulinabgaben aufmerksam gemacht habe. Bei der Eintrittsvisite nimmt der Arzt weder Blut noch Urin ab; er unterlässt auch die Abklärung des Mannes auf dessen Haftherstehungsfähigkeit, sondern befürwortet diese vielmehr. Nach der Visite ordnet er beim Gefängnisverwalter den sofortigen Insulinentzug bei dem zuckerkranken Häftling an, wegen dessen Angaben, er benötige alle 3-4 Tage Insulin und wegen der Gefahr einer Unterzuckerung bei täglicher Insulinverabreichung. Eine eingehende Abklärung des Diabetes in seiner Praxis sieht der Arzt 5 Tage später vor. Beim Anstaltskoch erkundigt er sich über die Kost des Zuckerkranken und erteilt ihm die Weisung, damit fortzufahren ohne konkrete Aeusserungen über Einheiten, wie er dies sonst zu tun pflegt.
An den beiden folgenden Tagen verlangt der Verhaftete umsonst die Insulinspritze, nimmt jedoch am Abend des zweiten Tages nach dem Insulinentzug aufgrund von Beobachtungen von seiten des Anstaltskochs sein Abendessen normal zu sich. Tags darauf trinkt er vom Frühstück nur noch den Milchkaffee. Mittags klagt er über einen "sturmen Kopf" und Durst. Früh nachmittags verlangt er zum dritten Mal die Insulinspritze, was auch der Gefängnisverwalter bestätigt. Nachdem diese ihm nicht zur Verfügung gestellt wird, ersucht er um einen Anruf beim Gefängnisarzt, der nicht erfolgt. In der folgenden Nacht um 23 Uhr verlangt er das 2. Mal erfolglos nach dem Arzt und weist auf das am vorigen Morgen aufgetretene (acetonämische) Erbrechen hin. Er klagt über grossen Durst, ist z.T. verwirrt und spricht von vergiftetem Wasser. Am Abend zuvor hat er Tee und 3 Orangen zu sich genommen. Am folgenden Morgen, also 96 Stunden nach dem Insulinentzug, ist der Mann apathisch und schwach, appetitlos und verspürt starken Durst. Später treten eine Veränderung des Gesichtsausdrucks sowie Unwohlsein auf, und nachfolgend kommt es zu schnarchender Atmung bei schwach an-

zufühlendem Puls, ohne Lichtreaktion der Pupillen. Es erfolgt der notfallmässige Transport ins Spital, wo nur noch der Tod des Häftlings festgestellt werden kann; auch Reanimationsversuche bleiben erfolglos.
Die nachfolgend angeordnete gerichtliche Sektion selber ergibt keine besonderen Befunde; hingegen lässt sich aufgrund der chemisch-toxikologischen Untersuchung der Körperflüssigkeiten Blut, Urin und Mageninhalt als Todesursache eine schwere Ketoazidose infolge des vom Gefängnisarzt verordneten Insulinentzuges nachweisen.

Als Hauptfaktor des zum Tode führenden Komas muss der Insulinentzug betrachtet werden. Mangelnde Abklärung des diabetischen Vorzustandes in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht, merkwürdige, nur bei der Eintrittsvisite gemachte Aeusserungen von seiten des Gefangenen bezüglich einer lediglich alle 3 bis 4 Tage benötigten Insulinabgabe bei sonst vor und in der ersten Haftphase völlig adäquatem Verhalten mit täglichen Selbstinjektionen von Insulin Novo lente, sowie die nicht funktionierende Zusammenarbeit zwischen dem Arzt und dem zuständigen Gefängnispersonal haben zum Insulinentzug einerseits und zur nicht erfolgten Verständigung des Arztes über Veränderungen des Zustandes des Häftlings andererseits mit dem fatalen Ausgang geführt.

5. Diskussion

Aufgrund der Tatsache, dass unsere Haftanstalten über keine feste Präsenz eines Gefängnisarztes verfügen, erfolgt die ärztliche Eintrittsuntersuchung, sofern sie überhaupt obligatorisch ist, erst einige Zeit nach der Verbringung des Häftlings in die Zelle. Lediglich in Ausnahmefällen, so namentlich bei Alarmierung des Arztes durch das Gefängnispersonal, wird ein Gefangener unmittelbar nach dem Haftantritt medizinisch abgeklärt.
Bedenkt man, dass sich zu Beginn der Haft Todesfälle und insbesondere Selbstmorde häufen (2,3,5), so wäre dahin zu tendieren, jeden Inhaftierten so schnell wie möglich nach dem Eintritt ins Gefängnis ärztlich zu untersuchen. Nebst einer sorgfältigen Abklärung der körperlichen Gesundheit ist eine gründliche Exploration der Psyche unerlässlich, welche im Rahmen eines Gespräches auch auf eine allfällig bestehende Suizidalität Bezug nimmt. Der Beizug des Psychiaters oder die Verlegung des Häftlings in eine Klinik kann sich dabei aufdrängen.
Sofern sich aus organisatorischen und personellen Gründen der gefängnisärztliche Dienst wie oben erwähnt ausbauen liesse, könnten wohl bei geschicktem Vorgehen des Arztes zahlreiche Selbstmorde verhindert werden. Man muss sich allerdings darüber im Klaren sein, dass die Realisierung dieser Präventiv-

massnahme mit erheblichen ärztlichen Mehrleistungen verbunden wäre, da die Eintritte in die provisorische Haft um ein Vielfaches zahlreicher sind als diejenigen in den definitiven Strafverhaft.
Wie verheerend sich die oberflächliche Exploration eines Gefangenen auswirken kann, demonstriert der im Rahmen dieser Arbeit zitierte Fall. Er zeigt des weiteren auf, wie wesentlich eine gute Zusammenarbeit zwischen dem Arzt und dem Gefängnispersonal ist, die dort versagt hat. Hierbei obliegt dem Arzt nebst einer gründlichen Abklärung des Inhaftierten eine einfache, klare und umfassende Instruktion des Gefängnispersonals. Sofern sich das letztere ausschliesslich aus medizinischen Laien zusammensetzt, hat der Arzt diesem Umstand insofern Rechnung zu tragen, als er keine unzumutbaren Fähigkeiten erwartet, über welche nur ein spezifisch geschulter Pfleger verfügt.
Ist der Arzt selber nicht erreichbar, so hat er seinen Stellvertreter über schwerwiegende Krankheiten seiner Patienten im Gefängnis gründlich zu informieren.

Das Gefängnispersonal muss jede Anweisung von seiten des Arztes gewissenhaft befolgen und insbesondere dafür besorgt sein, dass das Meldewesen einwandfrei funktioniert.

Da der Einbezug eines Pflegers oder eines Sozialarbeiters ins Team des Gefängnispersonals aus Gründen der Verhältnismässigkeit sich nur innerhalb einer grossen Haftanstalt lohnt, muss einmal mehr die bessere Ausbildung des Pflegepersonals, insbesondere in medizinisch-pflegerischer Hinsicht, erwogen werden. Hierbei steht nicht eine hochspezialisierte Teilausbildung zur Diskussion; vielmehr soll dem angehenden Gefängniswärter ein Basiswissen vermittelt werden, das unter anderem die Kenntnis gefährlicher Symptome bei ernsthaften Krankheiten oder Suchtleiden mit einschliesst, damit er den Sinn der ärztlichen Weisungen von Anfang seiner Tätigkeit an praxisnah kennenlernt und dementsprechend handeln wird.

Wesentlich ist ferner ein optimales Meldewesen zwischen den einzelnen Haftanstalten in dem Sinne, dass bei Verlegung eines Häftlings von einem Gefängnis ins andere auch dessen allfälliger Krankheitsverlauf dorthin gelangt, damit eine lückenlose Betreuung gesundheitlich geschädigter Insassen gewährleistet ist.

Weshalb eine Reorganisation des gefängnisärztlichen Dienstes erstrebenswert ist, geht auch aus Ueberlegungen von Ringel (4) und Guignet (1) hervor. Die Autoren gehen nämlich davon aus, dass die Suizidalität eines Menschen in dessen Persönlichkeitsstruktur begründet ist. Je ausgeprägter also die Persönlichkeitsfehlentwicklung ist, als desto geringer erweist sich die psychische Belastbarkeit des Betreffenden und desto eher wird er sich selber vernichten. Gleichzeitig aber entsteht auf dem Boden einer Defizitpersönlichkeit auch der Hang zur Krimina-

lität. Daher sind Inhaftierte gesamthaft gesehen als überdurchschnittlich selbstmordanfällig zu betrachten.

Transkulturelle Faktoren können zu Verständigungsschwierigkeiten mit ausländischen Häftlingen führen, was nicht nur eine Belastung für das Gefängnispersonal bedeutet, sondern auch die Arbeit des Arztes, insbesondere bei der Erhebung der Anamnese, wesentlich erschweren kann. Umso wichtiger ist dann die exakte Befunderhebung. Dieser Aspekt ist erwähnenswert, wenn man bedenkt, dass allein im Bezirksgefängnis Zürich sich der Anteil der ausländischen Häftlinge auf 65 bis 74% der Belegschaft beläuft.
Die gefängnisärztliche Tätigkeit entspricht also einer sehr verantwortungsvollen und delikaten Aufgabe, und sie setzt auch viel psychologisches Geschick voraus.
In personeller Hinsicht ist der gefängnisärztliche Dienst bis anhin am besten gelöst in grossen Haftanstalten, da der Gefängnisarzt sowie der zuständige Psychiater im Rahmen zeitlich festgelegter Sprechstunden nebst der Notfalltätigkeit eine reguläre Präsenz haben, und da ausserdem entweder Pfleger ins Team des Gefängnispersonals integriert oder Sozialarbeiter auf Wunsch des Häftlings zu Gesprächen verfügbar sind.

6. Zusammenfassung

Diese Studie befasst sich mit der ärztlichen Betreuung von Inhaftierten in stadt- und kantonalzürcherischen Gefängnissen. Dabei stellt sich heraus, dass die gefängnismedizinische Aktionsbreite abhängig ist von der Grösse der einzelnen Gefängnisse.
Da einerseits die Eintritte in die provisorische Haft um ein Vielfaches zahlreicher sind als diejenigen in den definitiven Strafverhaft, andererseits aber eine ärztliche Exploration des Gefangenen lediglich beim Antritt einer Strafe obligatorisch ist, und weil des weiteren Selbstmorde zu Beginn der Haft deutlich gehäuft vorkommen, drängt sich eine Eintrittsuntersuchung durch den Gefängnisarzt bei jeder Person auf, welche inhaftiert wird, und zwar so schnell wie möglich nach deren Unterbringung in die Zelle.
Ferner orientiert ein Fall über die fatalen Folgen, welche einerseits aus der oberflächlichen ärztlichen Abklärung des Häftlings und andererseits aus der mangelhaften Zusammenarbeit zwischen dem Arzt und dem Gefängnispersonal resultieren können.

Literatur:

1.) Guignet A. (1981) Etude déscriptive d'une population à haut risque: Les suicidants à la prison préventive Genevoise de Champ-Dollon du 1er octobre 1977 au 31 mars 1979.Diss., Genève.

2.) Maag F. (1973) Der Tod in der Zelle. Diss., Zürich.

3.) Maag F., Muggler-Bickel J. (im Druck) Todesfälle im Gefängnis.

4.) Ringel E. (1969) Selbstmordverhütung. Verlag Hans Huber, Bern, Stuttgart, Wien.

5.) Schweitzer H. (1973) Der Selbstmord im Strafvollzug des Landes Nordrhein-Westfalen in den Jahren 1947-1967. Grundlagen der Kriminalstatistik, Band 10, Leichensachen. Steintor-Verlag Hamburg GmbH, Hamburg.

6.) Statistisches Jahrbuch der Schweiz, Jahrgang 1965,68,70, 75,80. Birkhäuser-Verlag, Basel.

Résumé

Cette étude s'occupe du traitement médical des détenus dans les prisons de la ville et du canton de Zürich. On constate en particulier que le spectre d'action de la médecine pénitentiaire dépend de l'importance des prisons.
Sachant que les entrées en peine provisoire sont plus nombreuses que celles en peine définitive et que la fréquence des suicides est plus forte dans les peines provisoires, il serait important de procéder à un examen médical chez chaque détenu, quelque soit sa forme de peine, dès son arrivée à la prison. Rappelons que jusqu'à ce jour cet examen était obligatoire uniquement pour les peines définitives.
La présentation d'un cas illustre les conséquences fâcheuses pouvant résulter d'un examen médical superficiel du détenu et d'une collaboration insuffisante entre le médecin et le personnel pénitentiaire.