

Rahmenbedingungen für die Medizin im Strafvollzug:
Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission der SAMW

Staatliche Autorität und Medizinisches Ethos

Zentrale Ethikkommission
der Schweizerischen Akademie
der Medizinischen
Wissenschaften (SAMW)

Die medizinische Betreuung eines Häftlings im Hungerstreik und die Beteiligung von Ärztinnen und Ärzten an Zwangsausschaffungen haben 2010 zu medialem Aufsehen geführt und auch die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) beschäftigt. Das Schweizerische Bundesgericht hatte festgehalten, dass die Strafvollzugsbehörde eine Zwangsernährung anordnen müsse, wenn dies der einzige Weg sei, irreversible Schäden oder den Tod eines Gefangenen abzuwenden. Die zuständigen Ärzte weigerten sich jedoch, eine Zwangsernährung gegen den Willen des Häftlings durchzuführen; sie stützten sich dabei auf die Standesethik, insbesondere auch auf die SAMW-Richtlinien «Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten Personen».

Die SAMW hat dies zum Anlass genommen, die seit 2002 bestehenden medizin-ethischen Richtlinien «Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten Personen» auf ihre Aktualität und Praktikabilität hin zu überprüfen. Dabei hat sich gezeigt, dass die auf der Basis weltweit akzeptierter internationaler Dokumente erstellten Richtlinien nach wie vor Bestand haben. Sie sind fest im medizinischen Ethos und im geltenden Recht verankert. Die Erfahrungen der in der Medizin im Strafvollzug tätigen Ärztinnen und Ärzte zeigen jedoch, dass die in den Richtlinien festgehaltenen ethischen Prinzipien im Straf- und Massnahmenvollzug noch unvollständig umgesetzt werden. Das vorliegende Positionspapier soll deshalb die für die Medizin im Strafvollzug relevanten Prinzipien in Erinnerung rufen und Empfehlungen zu deren verbesserter Umsetzung formulieren.

1. Gleichwertigkeit der medizinischen Versorgung

Inhaftierte Personen haben Anrecht auf eine Behandlung, die medizinisch jener der Allgemeinbevölkerung gleichwertig ist (SAMW-Richtlinien Ziff. 5).

Gestützt auf das Prinzip der gleichwertigen Behandlung (Äquivalenzprinzip), das sowohl im nationalen Recht [1] als auch in internationalen Richtlinien und Empfehlungen [2] verankert ist, stehen inhaftierten Personen dieselben Rechte zu wie jedem anderen Patienten. Sie haben Anrecht auf präventive, diagnostische, therapeutische oder pflegerische Massnahmen, die dem medizinischen Standard entsprechen. Das Recht auf eine gleichwertige medizinische Versorgung beschränkt sich jedoch nicht auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung und

deren Umfang, sondern beinhaltet auch einen Anspruch auf Beachtung der Patientenrechte, wie z. B. das Recht auf Selbstbestimmung und Information und den Anspruch auf Wahrung der Vertraulichkeit.

In der Praxis wird die Gleichwertigkeit der Behandlung jedoch durch verschiedene Faktoren bedroht:

- Es wird zu wenig berücksichtigt, dass inhaftierte Personen eine höhere Prävalenz von Infektionskrankheiten, Suchterkrankungen und psychischen Leiden aufweisen [3] und dass spezifische Anstrengungen nötig sind, um die Gesundheitsversorgung dieser Patienten angemessen sicherzustellen.
- Es fehlt an fachlich qualifiziertem Personal. Aus organisatorischen Gründen muss vielerorts auch das Aufsichtspersonal medizinische Aufgaben übernehmen (z. B. Medikamentenabgabe); dies kann insbesondere das Gebot der Vertraulichkeit (Wahrung des Berufsgeheimnisses) verletzen.
- Nicht alle in die Gesundheitsversorgung eingebundenen Fachpersonen (Ärzte, Pflegefachpersonen, Sanitäter) sind für ihre Aufgabe fachlich genügend ausgebildet.
- Budgetbeschränkungen wirken sich auf medizinische Entscheidungen aus: Verzicht auf Verschreiben teurer Arzneimittel (z. B. Behandlung der Hepatitis C), Verzicht auf wirksame Präventionsmassnahmen, Verzicht auf Impfungen [4].
- Die Tatsache, dass nicht alle inhaftierten Personen eine Krankenversicherung haben, führt mancherorts zu medizinisch nicht gerechtfertigten Unterschieden im Behandlungsangebot.

2. Gewährleistung der Unabhängigkeit

Unabhängig von den Anstellungsverhältnissen muss sich der Arzt gegenüber den polizeilichen oder den Strafvollzugsbehörden stets auf volle Unabhängigkeit berufen können. Seine klinischen Entscheidungen sowie alle anderen Einschätzungen des Gesundheitszustands von inhaftierten Personen stützen sich ausschliesslich auf rein medizinische Kriterien. Um die Unabhängigkeit der Ärzte zu wahren, muss jegliche hierarchische Abhängigkeit oder sogar direkte vertragliche Beziehung zwischen den Letzteren und der Leitung der Anstalt vermieden werden (SAMW-Richtlinien Ziff. 12).

Die Sicherstellung einer gleichwertigen Gesundheitsversorgung und die Unabhängigkeit des Arztes stehen in einem engen Zusammenhang. Ärzte (und Pflegefachpersonen) stehen vielfach in einem Loya-

Korrespondenz:
Schweizerische Akademie der
Medizinischen Wissenschaften
(SAMW)
Petersplatz 13
CH-4051 Basel
mail[at]samw.ch

litätskonflikt zwischen Berufspflichten ihren Patienten gegenüber und expliziten oder impliziten, realen oder vermeintlichen Verpflichtungen gegenüber Dritten. Die SAMW-Richtlinien «Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten Personen» beschreiben typische Situationen, in welchen Loyalitätskonflikte auftreten können (z. B. Gutachtersituationen, Zwangsbehandlung, Hungerstreik usw.). Insbesondere können auch fehlende oder ungenügende Ressourcen zu heiklen Situationen führen, z.B. wenn Patienten mit einer psychischen Erkrankung in Institutionen in Haft sind, die nicht für solche Situationen ausgerüstet sind. Dies kann Ängste beim Personal und Forderungen nach Behandlungen (z.B. Zwangsbehandlung) auslösen, die medizinisch nicht gerechtfertigt sind. Heikel ist es, wenn medizinische Entscheide aus ökonomischen Überlegungen der Institution beeinflusst werden. Die Wahrscheinlichkeit, dass Ärzte in ihrer medizinischen Entscheidungskompetenz beeinflusst werden, ist sicherlich grösser, wenn sie direkt von den Strafvollzugs- oder Justizbehörden angestellt sind.

Vor diesem Hintergrund ist die Gewährleistung der Unabhängigkeit in der Vollzugsmedizin von zentraler Bedeutung. Die Einhaltung dieses Prinzips wird in der Schweiz jedoch sehr unterschiedlich gehandhabt. An einigen Orten bestehen formelle Regelungen zur Unabhängigkeit; an vielen Orten sind die entsprechenden Regelungen jedoch unvollständig oder fehlen.

Die Erfahrung zeigt, dass in Ländern, in welchen die Medizin im Strafvollzug nicht den Strafvollzugsbehörden, sondern den Gesundheitsbehörden unterstellt ist, die Unabhängigkeit der Ärzte gestärkt und damit die Qualität der Versorgung verbessert wurde (5). Dies lässt sich an folgenden Beobachtungen erkennen:

- eine verbesserte Kontinuität der medizinischen Versorgung dank besserer Interaktionen zwischen den Gesundheitsdiensten im Strafvollzug und solchen für nicht-inhaftierte Personen;
- den Einbezug der Vollzugsanstalten in Kampagnen der öffentlichen Gesundheitspflege;
- eine Verbesserung der epidemiologischen Überwachung und der Präventionsmassnahmen;
- Verbesserungen bezüglich Rekrutierung, Motivation, Qualität und Betreuung des in der Medizin im Strafvollzug tätigen medizinischen Personals.

3. Anliegen der SAMW

Damit die beschriebenen Grundprinzipien umgesetzt werden können, sind aus Sicht der SAMW folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

- Die für eine gleichwertige Gesundheitsversorgung geeigneten Infrastrukturen sowie die erforderlichen Ressourcen müssen zur Verfügung stehen. Gesundheitsversorgung ist umfassend zu verstehen; eingeschlossen sind diagnostische, therapeutische und pflegerische Massnahmen, aber auch präventivmedizinische Leistungen,

wie beispielsweise das Überprüfen des Impfstatus bei der Eintrittsuntersuchung und eine allfällige Nachimpfung, das Angebot von Substitutionsprogrammen usw. Idealerweise werden gesamtschweizerische Standards für die medizinische Betreuung und die hierfür erforderlichen Rahmenbedingungen und Ressourcen definiert.

- Die Aufgaben und Verantwortlichkeiten der verschiedenen Akteure (Ärzte, Pflegefachpersonen, Gefängnispersonal) bei allen Massnahmen und Entscheidungen, welche die Gesundheit von inhaftierten Personen betreffen, müssen klar definiert werden.
- Die fachliche Unabhängigkeit der in der Medizin im Strafvollzug tätigen Ärzte muss gewährleistet sein. Das Vorgehen bei allfälligen Meinungsverschiedenheiten zwischen den Gesundheitsfachpersonen und den Vollzugsbehörden bei Entscheidungen, welche die Gesundheit von inhaftierten Personen betreffen, muss festgelegt sein.
- Die verschiedenen Mitarbeitergruppen im Strafvollzug müssen die im Zusammenhang mit der medizinischen Tätigkeit in Haftanstalten gültigen rechtlichen und ethischen Grundsätze kennen.

Das Prinzip der Gleichwertigkeit der Behandlung gilt auch während der Ausschaffungshaft. Es muss sichergestellt sein, dass medizinische Untersuchungen und Behandlungen nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgen. Dies betrifft insbesondere auch die Evaluation der Transportfähigkeit von Personen in Ausschaffungshaft.

Das Projekt «Bekämpfung von Infektionskrankheiten im Gefängnis (BIG)» [6], das von der Konferenz der kantonalen Justiz- und Polizeidirektorinnen und -direktoren, vom Bundesamt für Justiz und dem Bundesamt für Gesundheit lanciert wurde, leistet einen wichtigen Beitrag im Hinblick auf die Verbesserung der Situation in der Medizin im Strafvollzug. Die SAMW unterstützt die aus diesem Projekt resultierenden Empfehlungen zur Harmonisierung der Gesundheitsversorgung im schweizerischen Freiheitsentzug vollumfänglich.

Von der Zentralen Ethikkommission der SAMW am 20. Januar 2012 genehmigt.

Referenzen

- 1 Sprumont D, Corpataux V. Traitement forcé en prison: analyse juridique d'un dérapage des autorités. In: Rapports entre médecins et autorités: indépendance ou collaboration? Actes de la 18^e Journée de droit de la santé. Neuchâtel: Université de Neuchâtel; 2011.p. 111-38.
- 2 Comité des Ministres du Conseil de l'Europe: «Clinical decisions should be governed only by medical criteria. Health care personnel should operate with complete independence within the bounds of their qualifications and competence». Rec R(98)7; 1998.
- 3 Rieder JP. Rev Méd Suisse. 2010;28:1463. Wolff H, Sebo P, Haller DM, Eytan A, Niveau G,

- Bertrand D, Getaz L, Cerutti B. 2011. Health problems among detainees in Switzerland: a study using the ICPC-2 classification. *BMC Public Health*. 2011;11:245.
- Gravier B, Iten A. *Epidémiologie et prévention des infections dans les prisons de Suisse romande*. Rapport au FNS. Lausanne; 2005.
- 4 Masia M, Achermann C, Richter M, Hostettler U. Auswertungsbericht zur Fragebogenerhebung «Analyse von Präventionsmassnahmen und Behandlungsangeboten von Infektionskrankheiten und Drogenabhängigkeit in Schweizer Anstalten des Freiheitsentzugs». 15. März; 2007.
- Jurgens R, Ball A, Verster A. Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison. *Lancet Infect Dis*. 2009;9:57–66.
- 5 Elger BS. Towards Equivalent Health Care of Prisoners: European Soft Law and Public Health Policy in Geneva. *Journal of Public Health Policy*. 2008;29:192–206.
- 6 Projekt «Bekämpfung von Infektionskrankheiten im Gefängnis (BIG) 2008–2011» der Konferenz der kantonalen Justiz- und Polizeidirektorinnen und -direktoren, Bundesamt für Justiz, Bundesamt für Gesundheit (www.bag.admin.ch/hiv_aids/05464/05484/05488/index.html?lang=de).

Anhang zu den medizinisch-ethischen Richtlinien «Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten Personen»

Hinweise zur praktischen Umsetzung der Richtlinien

Verantwortliche Arbeitsgruppe*

- * Prof. Christian Kind, Präsident ZEK, St. Gallen (Vorsitz)
 Dr. Bidisha Chatterjee, Bern
 Dr. Monique Gauthey, Genf
 Prof. Bruno Gravier, Prilly
 Prof. Samia Hurst, Genf
 Dr. Fritz Ramseier, Brugg
 lic. iur. Michelle Salathé, SAMW Basel
 Anna Schneider Grünenfelder, Bern
 Prof. Dominique Sprumont, Neuenburg
 Marianne Wälti-Bolliger, Delémont
 Dr. Hans Wolff, Genf

1. Einleitung

Die medizinische Betreuung eines Häftlings im Hungerstreik, ein Entscheid des Bundesgerichts [1] und die Beteiligung von Ärztinnen und Ärzten an Zwangsausschaffungen haben 2010 zu medialem Aufsehen geführt, Diskussionen in der Ärzteschaft ausgelöst [2] und auch die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) beschäftigt. Die SAMW hat dies zum Anlass genommen, die seit 2002 bestehenden medizin-ethischen Richtlinien «Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten Personen» auf ihre Aktualität und Praktikabilität hin zu überprüfen. Die Zentrale Ethikkommission der SAMW (ZEK) hat eine Arbeitsgruppe mit dieser Aufgabe betraut. Gestützt auf den Bericht der Arbeitsgruppe ist sie zum Schluss gekommen, dass die auf der Basis weltweit akzeptierter internationaler Dokumente erstellten Richtlinien nach wie vor Bestand haben. Die Erfahrungen der in der Medizin im Strafvollzug tätigen Ärztinnen und Ärzte zeigen jedoch, dass die in den Richtlinien festgehaltenen ethischen Prinzipien im Straf- und Massnahmenvollzug noch unvollständig umgesetzt werden und in einzelnen Bereichen Konkretisierungsbedarf besteht. Deshalb hat die ZEK einen Anhang zu den medizin-ethischen Richtlinien «Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten Personen» mit Hinweisen zu deren praktischer Umsetzung verabschiedet. Da die Pflegefachpersonen in den Richtlinien von 2002 nur beiläufig erwähnt werden, wird ihre Rolle in diesem Anhang genauer beschrieben.

2. Verbindlichkeit der Richtlinien

Der erwähnte Entscheid des Bundesgerichts hat eine juristische Debatte darüber ausgelöst, welches Gewicht die medizin-ethischen Richtlinien der SAMW haben. Kann sich ein Gefängnisarzt auf die Richtlinien berufen, wenn von ihm eine Handlung verlangt wird, die gegen standesethische Grundsätze verstösst, oder ist er in jedem Fall an eine Anordnung der Gefängnisleitung oder der Justizbehörden gebunden?

Wie alle SAMW-Richtlinien richten sich auch die Richtlinien über die «Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten Personen» an Ärzte und weitere medizinische Fachpersonen; sie sollen diese Hilfestellung in ihrem praktischen Alltag geben. Sie stellen nicht zwingendes Recht dar, können aber verbindlichen Charakter erhalten, sei es im Vertrag mit dem Patienten oder verbandsrechtlich. Da die FMH die Richtlinien in ihre Standesordnung aufgenommen hat, gilt Letzteres für alle Ärzte, die Mitglied der FMH sind. Aber auch ausserhalb dieses Rahmens haben die Richtlinien rechtliche Wirkung. So misst ihnen das Bundesgericht in seiner ständigen Rechtsprechung den Wert von Regeln der ärztlichen Kunst zu. Der Richter kann sich darauf abstützen, um das Mass der geübten Sorgfalt eines Arztes im Einzelfall zu beurteilen. Aufgrund von Haftungsregeln dienen die Richtlinien somit als Referenz, um zu beurteilen, ob ein Arzt infolge der Missachtung von Berufsstandards seine Pflichten verletzt hat.

Von daher erhalten die in den SAMW-Richtlinien erwähnten materiellen Regeln ihre Bedeutung. Die seit 2002 geltenden medizin-ethischen Richtlinien zur «Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten Personen» fassen die in der Medizin im Strafvollzug geltenden Grundrechte in einer für Praktiker leichter fassbaren Weise zusammen und bieten so eine Orientierungshilfe.

So wird beispielsweise das in den Richtlinien festgeschriebene Prinzip der Gleichwertigkeit (Kap. 5) der medizinischen Versorgung für Menschen innerhalb und ausserhalb des Strafvollzugs in der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte und in der Rechtspraxis von Kantonen wie Wallis oder Genf ausdrücklich anerkannt. Desgleichen beruht die in den Richtlinien geforderte Unabhängigkeit des Arztes (Kap. 12) bezüglich Wahl und Durchführung von Behandlungen auf den Grundprinzipien des Patientenrechts und der Berufspflichten. In diesem Zusammenhang ist auch zu beachten, dass die Artikel 55ff. des Schweizerischen Strafgesetzbuchs festhalten, unter welchen Umständen der Richter, gestützt auf eine ärztliche Expertise, auf die Verhängung einer Strafe verzichten und stattdessen eine therapeutische Massnahme anordnen kann. Weiter wird festgehalten, wie der Richter den Rat des medizinischen Experten einholen muss, um über Art und Umstände der Durchführung dieser Massnahme in einer geeigneten Institution zu entscheiden. In jeder Etappe definiert das Strafgesetz den Kompetenzbereich des Richters bzw. des Arztes und garantiert Letzterem seine Handlungsfreiheit (vgl. nachfolgend Kap. 4). So akzeptiert der Richter, wenn er sich auf die Beurteilung des Arztes bezieht, damit die Regeln und Bedingungen der ärztlichen Tätigkeit.

3. Umsetzung des Anspruchs auf gleichwertige Behandlung

Kapitel 5 der Richtlinien «Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten Personen»

Der Anspruch auf eine gleichwertige Behandlung ist ein zentrales Prinzip der Medizin im Strafvollzug. Abgesehen von einer Einschränkung des Rechts auf freie Arztwahl, haben inhaftierte Personen bezüglich ihrer Gesundheit dieselben Rechte wie jeder andere Patient. Nicht nur die Gefängnisleitungen, sondern auch die in der praktischen Betreuung involvierten Ärzte und Pflegefachpersonen sind verpflichtet, zur Sicherstellung dieses Anspruchs beizutragen.

Der Anspruch auf gleichwertige Behandlung umfasst nicht nur den Zugang zu präventiven, diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Gesundheitsmassnahmen, sondern auch die im Arzt- und Patientenverhältnis zu beachtenden Grundregeln wie z.B. das Recht auf Selbstbestimmung und Information und die Wahrung der Vertraulichkeit. Die in der Medizin im Strafvollzug tätigen Ärzte und die Pflegefachpersonen sind an das in Artikel 321

Strafgesetzbuch umschriebene Berufsgeheimnis gebunden und dürfen ausserhalb des gesetzlich definierten engen Rahmens Dritten keine Auskünfte über ihre Patienten erteilen (vgl. Kapitel 10 der Richtlinien).

Vor diesem Hintergrund ist es problematisch, wenn aus Ressourcegründen Medikamente durch das Aufsichtspersonal abgegeben werden. Werden Medikamente von anderen Personen als von den berechtigten medizinischen Fachkräften abgegeben, wird zudem nicht nur das Berufsgeheimnis tangiert, sondern auch das Heilmittelgesetz. Gemäss diesem ist der Kreis der zur Medikamentenabgabe befugten Personen präzise definiert, Ausnahmen für den Strafvollzug bestehen nicht. Zur Medikamentenabgabe sind Apotheker und andere Personen befugt, die einen universitären medizinischen Beruf ausüben, d.h. Ärzte, Zahnärzte, Veterinäre und Chiropraktiker sowie alle anderen entsprechend ausgebildeten (medizinischen) Fachpersonen unter Aufsicht eines Vertreters der oben erwähnten universitären medizinischen Berufe und aufgrund einer Bewilligung der zuständigen kantonalen Gesundheitsbehörden, d.h. in der Regel des Kantonsapothekers.

Die Realität der medizinischen Versorgung in den Schweizer Haftanstalten zwingt dazu, Lösungen zu finden, die einerseits ein angemessenes Funktionieren der medizinischen Betreuung bei akzeptablen Delegationspraktiken ermöglichen, andererseits aber die rechtlichen Vorgaben respektieren. Wenn Personen, die nicht zu dieser Aufgabe befugt sind, Arzneimittel abgeben, müssen deshalb folgende Voraussetzungen eingehalten werden:

1. Das Arzneimittel wurde vom Arzt verordnet.
2. Es wurde von einer öffentlichen Apotheke in die Anstalt geliefert, und die in der Anstalt aufbewahrten Arzneimittel unterstehen der Aufsicht und Kontrolle eines ermächtigten Apothekers.
3. Wenn immer möglich, sollten die Arzneimittel in einer neutralen Form (Dosierbehälter, Pillebox) abgegeben werden, die es ermöglicht, die Vertraulichkeit zu wahren.
4. Der Aufseher beschränkt sich darauf, zu prüfen, dass die Verteilung der Dosierbehälter korrekt vorgenommen wird. Im Zweifelsfall muss er den Apotheker oder den zuständigen Arzt kontaktieren und deren Anweisungen befolgen.

4. Aufgaben des Arztes im Massnahmenvollzug

Kapitel 6 der Richtlinien «Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten Personen»

Die Betreuung von Häftlingen im Rahmen eines gerichtlich angeordneten Massnahmenvollzugs (Art. 63 und 59 Strafgesetzbuch) gehört zu den zentralen Aufgaben der Medizin im Strafvollzug. Die gerichtliche Anordnung für den Massnahmenvollzug stützt sich auf eine psychiatrische Expertise; die angeordnete Massnahme muss angemessen, verhältnismäs-

sig und durchführbar sein (Art. 56 StGB). Das bevorzugte therapeutische Setting wird im Urteil häufig mehr oder weniger detailliert beschrieben, wobei meist die Formulierung des begutachtenden Psychiaters übernommen wird. Aus diesem Grund stellt sich die Frage, wie viel Handlungsspielraum dem Arzt zusteht, der den Inhaftierten im Massnahmenvollzug gemäss richterlicher Anordnung betreut.

Annahme des Behandlungsauftrags

Der Arzt darf den Behandlungsauftrag nur annehmen, wenn er die erforderlichen Fähigkeiten hat, um dessen Zielsetzungen zu erfüllen. So darf er z. B. nur dann eine psychotherapeutische Behandlung übernehmen, wenn er über die spezifischen Fachkenntnisse zur therapeutischen Behandlung des betroffenen Häftlings verfügt, andernfalls muss er den Auftrag ablehnen.

Vor der Annahme eines Auftrags muss sich der Arzt bewusst sein, was dies für ihn selber und den Patienten bedeutet. Er muss insbesondere abklären, ob der Patient bereit ist, ihn vom Arztgeheimnis zu entbinden, damit er den zuständigen Behörden die für die Verlaufskontrolle der Therapiemassnahme unerlässlichen Informationen zukommen lassen kann. Idealerweise sollten die Modalitäten für die Durchführung der Therapie in diesem Kontext (Entbindung von der Schweigepflicht usw.) vorgängig festgelegt werden.

Die Beurteilung des Patienten und seiner therapeutischen Möglichkeiten

Der Arzt muss eine sorgfältige Anamnese durchführen, die therapeutischen Optionen evaluieren, einen Vorschlag für die Behandlung ausarbeiten, diesen mit dem Patienten besprechen und dessen Einverständnis einholen. Die Wahl der geeigneten Therapie basiert ausschliesslich auf medizinischen Erwägungen, es handelt sich also um eine rein ärztliche Entscheidung. Konflikte sind in dieser Situation nicht selten. Wünscht beispielsweise der Patient eine pharmakologische Behandlung zur Unterdrückung seines Geschlechtstriebes, um eine Freilassung zu erwirken, darf der Arzt diese Bitte nur dann unterstützen, wenn die Behandlung medizinisch sinnvoll ist. Die pharmakologische Therapie muss wirksam sein, und es dürfen keine Kontraindikationen bestehen. Die Tatsache, dass bereits im Urteil therapeutische Optionen beschrieben werden, entbindet den Arzt nicht davon, die ethischen Grundsätze zu beachten, die für jede Behandlung gelten.

Es ist wichtig im Auge zu behalten, dass die Strafmassnahme ausschliesslich den Rahmen für die Durchführung eines Gerichtsentscheides festlegt. Innerhalb dieses Rahmens behält der Arzt aber alle Rechte, um eine Behandlung ausschliesslich aufgrund seiner medizinischen Beurteilung der Situation durchzuführen. Er muss den Justizbehörden darüber Rechenschaft ablegen, wie er den ihm anver-

trauten Auftrag ausgeführt (oder nicht ausgeführt) hat, ohne aus den Augen zu verlieren, dass er nur bezüglich der verwendeten Mittel, nicht aber im Hinblick auf die Ergebnisse in der Pflicht steht.

5. Durchführung von Zwangsbehandlungen

Kapitel 7 der Richtlinien «Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten Personen»

Zwangsmassnahmen im therapeutischen Rahmen können verschiedene Formen annehmen. Es kann sich um Einschränkungen der Bewegungsfreiheit, medikamentöse Sedation oder pharmakologische Behandlungen, meist mit psychotropen Substanzen, handeln, die dem Patienten ohne seine Einwilligung aufgenötigt werden. Zwangsbehandlungen dürfen nur in der im Kapitel 7.3. beschriebenen Notfallsituation nach denselben Kriterien, die für nicht inhaftierte Personen gelten, durchgeführt werden. Sie müssen immer eine medizinische Indikation haben und von einem Arzt verordnet werden. Bei der Durchführung ist die Würde des Patienten zu beachten, und die Massnahme muss geeignet und verhältnismässig sein. Es ist die Aufgabe des Arztes, die Indikation zu stellen und die rechtliche Abstützung sicherzustellen. Ärzte und Pflegefachpersonen dürfen keine Zwangsmassnahmen auf behördliche Anordnung hin durchführen.

Da Zwangsmassnahmen nicht nur vom Patienten, sondern auch vom betreuenden Team traumatisch erlebt werden können, sollte der Entscheid – wenn immer möglich – mit dem beteiligten Team (Ärzte, Pflegefachpersonen und Sicherheitspersonal) diskutiert und von allen mitgetragen werden.

6. Vorgehen bei Hungerstreik

Kapitel 9 der Richtlinien «Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten Personen»

Im Gefängnis arbeitende Ärzte und Pflegefachpersonen sind immer wieder mit hungerstreikenden Häftlingen konfrontiert. Der Hungerstreik muss als – oftmals letzter – Protestakt einer Person verstanden werden, die sich nicht in der Lage fühlt, sich auf andere Weise Gehör zu verschaffen. Die Person im Hungerstreik will nicht sterben; sie will vor allem, dass ihre Forderung wahrgenommen wird. Sie weiss, dass ein tödlicher Ausgang möglich ist, sobald die Situation zu einem unlösbaren Konflikt eskaliert.

Für die Beurteilung, welches das richtige Vorgehen ist, ist es wichtig, die verschiedenen Situationen auseinanderzuhalten, in denen eine künstliche Ernährung (über Magensonde oder Infusion) bei einem Hungerstreikenden erwogen wird:

1. Die inhaftierte Person ist urteilsfähig, sie lehnt die künstliche Ernährung ab, und es liegt keine unmittelbar lebensbedrohliche Situation vor. Eine Zwangsernährung in dieser Situation wurde vom Europäischen Gerichtshof als Folter bezeichnet.

2. Die inhaftierte Person ist urteilsfähig, sie lehnt die Zwangsernährung ab, und eine Fortsetzung des Hungerstreiks bedeutet Lebensgefahr.
3. Die inhaftierte Person ist als Folge des Hungerstreiks urteilsunfähig geworden, hat in einer gültigen Patientenverfügung die Ablehnung der künstlichen Ernährung dokumentiert, und der Verzicht darauf bedeutet unmittelbare Lebensgefahr.
4. Die inhaftierte Person ist urteilsunfähig (als Folge des Hungerstreiks oder aus anderen Gründen), es liegt keine gültige Patientenverfügung vor, die eine künstliche Ernährung in dieser Situation ablehnt, und der Verzicht auf künstliche Ernährung bedeutet unmittelbare Lebensgefahr.

Nur in Situation 4 ist gemäss den SAMW-Richtlinien eine künstliche Ernährung medizinisch indiziert und kann meist ohne Anwendung von Zwang durchgeführt werden. In den anderen beschriebenen Situationen stünde sie im Widerspruch zu den Richtlinien und zu den Regeln der ärztlichen Kunst.

Die Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) beschreiben die Aufgaben des Arztes in der Situation eines Hungerstreiks im Kapitel 9.

Ergänzend sind folgende Empfehlungen zu beachten:

- Die inhaftierte Person im Hungerstreik soll möglichst rasch (<24h) medizinisch evaluiert werden. Es muss geklärt werden, ob sie lediglich die Nahrung verweigert oder auch die Aufnahme von Flüssigkeit. Ausserdem müssen Komorbiditäten (z.B. Diabetes, psychiatrische Erkrankung oder Niereninsuffizienz) abgeklärt werden. Im weiteren Verlauf sollte der Zustand des Patienten täglich durch eine medizinische Fachperson evaluiert werden.
- Die Person im Hungerstreik muss über die Folgen des Hungerstreiks auf die körperliche und psychische Verfassung informiert werden. Risiken und Schutzmassnahmen (Flüssigkeitsaufnahme, Vitamin- und Elektrolytsubstitution) und die Risiken der Nahrungswiederaufnahme («refeeding-syndrome») sollten besprochen werden (Kap. 9.1.).
- Der im Hungerstreik stehenden Person muss täglich Nahrung angeboten werden (Kap. 9.5.).
- Das Vertrauensverhältnis ist Basis jeder Therapie. Aus diesem Grund ist die Klärung der Rollen und die Zusicherung, dass der Arzt und die Pflegefachpersonen unabhängig von nichtmedizinischen Autoritäten handeln, wichtig. Weiterhin sollte der Person im Hungerstreik zugesichert werden, dass der Arzt, respektive die Pflegefachperson die SAMW-Richtlinien zur Betreuung von inhaftierten Personen respektieren, insbesondere bezüglich der Wahrung der Vertraulichkeit sowie des Rechts auf Selbstbestimmung und körperliche Integrität.

- Es muss sichergestellt werden, dass die inhaftierte Person den Hungerstreik aus freiem Willen beschlossen hat, ohne Druck Dritter.
- Die Urteilsfähigkeit muss regelmässig (mindestens jede Woche) evaluiert werden, gegebenenfalls durch unabhängige Experten.
- Spätestens wenn eine Hospitalisation erwogen wird, soll auf die Möglichkeit einer Patientenverfügung hingewiesen werden.

7. Pflichten bei der Ausschaffung

Kapitel 6 der Richtlinien «Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten Personen»

Das Prinzip der Gleichwertigkeit der Behandlung gilt auch während der Ausschaffungshaft. Es beinhaltet die Verpflichtung, Untersuchungen und ärztliche Behandlungen so durchzuführen, dass sie nach den Regeln der Kunst erfolgen (vgl. Kap. 3). Die SAMW-Richtlinien äussern sich detailliert zu den Pflichten im Zusammenhang mit Ausschaffungen (Kapitel 6). Sie halten insbesondere auch fest, dass der Arzt keine medizinische Verantwortung übernehmen darf und jede weitere Mitwirkung verweigern muss, wenn er zur Überzeugung gelangt, dass die eingesetzten Mittel für den Patienten eine unmittelbare und erhebliche gesundheitliche Gefahr darstellen.

Nach wie vor werden Personen, die sich gegen eine Ausschaffung wehren, mittels Kabelbindern speziell gefesselt (Rückschaffung Level IV). Gestützt auf die EU-Rückführungsrichtlinie [3] muss seit dem 1. Januar 2011 ein unabhängiger Beobachter die Ausschaffung überwachen. Zudem sollen ein Arzt (mit Notfallausbildung) und allenfalls ein Rettungssanitäter als Begleitpersonen die medizinische Versorgung der inhaftierten Person gewährleisten. Aufgrund der Fesselung ist eine klinische Beurteilung dieser Person jedoch schwierig. Erschwerend kommt dazu, dass in vielen Fällen die Vorakten oder medizinischen Untersuchungen ungenügend sind, da in der Ausschaffungshaft nur Nothilfe vergütet wird. Die Feststellung der Transportfähigkeit des Ausschaffungshäftlings, die medizinische Betreuung während der Ausschaffung sind ärztliche Aufgaben, die lege artis erfolgen müssen. Unter Umständen, die eine medizinische Beurteilung und Behandlung beeinträchtigen oder ausschliessen, hat der Arzt die moralische und rechtliche Verpflichtung, die Begleitung der Ausschaffung zu verweigern.

Von der Zentralen Ethikkommission der SAMW am 20. Januar 2012 genehmigt.

Literatur

- 1 Entscheidung des Bundesgerichts vom 26. August 2010 im Fall B. Rappaz.
- 2 Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH, Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK, Schweizerische Akademie der

Medizinischen Wissenschaften SAMW, Zentrale Ethikkommission der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften ZEK, Konferenz der Schweizer Gefängnisärzte, Form der Gesundheitsdienste des Schweizerischen Justizvollzugs und 74 mitunterzeichnende Einzelpersonen. Hungerstreik im Gefängnis – Zum Entscheid des Bundesgerichts vom 26. August 2010. Schweiz Ärztezeitung. 2010; 91(39):1518–20.

- 3 Rückführungsrichtlinie (Richtlinie 2008/115/EG).

Anhang

Referenzdokumente

Vereinte Nationen:

- Body of Principles for the Protection of All Persons under Any Form of Detention or Imprisonment. Adopted 1989. www2.ohchr.org/english/law/bodyprinciples.htm
- Istanbul Protocol Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment; 1999. www.ohchr.org/Documents/Publications/training8Rev1en.pdf
- Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners. Adopted 1955. www2.ohchr.org/english/law/treatmentprisoners.htm
- Resolution 37/194, 1982: Principles of Medical Ethics relevant to the role of health personnel, particularly physicians, in the protection of prisoners and detainees against torture, and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. Adopted 1982. www.cirp.org/library/ethics/UN-medical-ethics

Europarat:

- Recommendation Rec(2006)2 on the European Prison Rules. wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=955747
- Recommendation R(98)7 of the Committee of Ministers to member states on the ethical and organisational aspects of health care in prison. Council of Europe Publishing. Strasbourg: 1999. wcd.coe.int/com.instranet.InstraServlet?command=com.instranet.CmdBlobGet&InstranetImage=530653&SecMode=1&DocId=459562&Usage=2

European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, (CPT):

- The CPT standards. CPT/Inf/E (2002)1-Rev.2009. www.cpt.coe.int/en/documents/eng-standards.pdf

Weltärztevereinigung (World Medical Association):

- Declaration of Tokyo. Guidelines for Physicians Concerning Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment in Relation to Detention and Imprisonment. Tokyo 1975 revised Divone-les-Bains 2005. www.wma.net/e/policy/c18.htm
- Declaration on Hunger Strikers. Malta 1991, revised Marbella 1992, revised Pilanesberg 2006 www.wma.net/e/policy/h31.htm
- Statement on Body Searches of Prisoners. Budapest 1993, revised Divone-les-Bains 2005. www.wma.net/e/policy/b5.htm
- Declaration Concerning Support for Medical Doctors Refusing to Participate in/or to Condone, the Use of Torture or Other Forms of Cruel, Inhuman or

Degrading Treatment. Hamburg; 1997. www.wma.net/e/policy/c19.htm

- Resolution on the Responsibility of Physicians in the Denunciation of Acts of Torture or Cruel or Inhuman or Degrading Treatment of Which They Are Aware. Helsinki; 2003. www.wma.net/e/policy/t1.htm

Weltbund der Krankenschwestern und Krankenpfleger (International Council of Nurses) (ICN):

- Nurses' role in the care of detainees and prisoners. Adopted 1998, revised 2006. www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/A13_Nurses_Role_Detainees_Prisoners.pdf
- Ethikkodex. 13.11.2009. www.icn.ch/about-icn/code-of-ethics-for-nurses/

Ergänzende Literatur

- Binswanger IA, Krueger PM, Steiner JF. Prevalence of chronic medical conditions among jail and prison inmates in the USA compared with the general population. *J Epidemiol Community Health*. 2009;63:912–9.
- Fazel S, Baillargeon J. The health of prisoners. *Lancet*. 2011;377:956–65.
- Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet*. 2002;359:545–50.
- Gravier B, Iten A. Epidémiologie et prévention des infections dans les prisons de Suisse romande. Rapport au FNS. 2005; Lausanne.
- Harding T W. La santé en milieu carcéral. *Bulletin d'information pénitentiaire*. 1987;10:10–2.
- Jurgens R, Ball A, Verster A. Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison. *Lancet Infect Dis*. 2009;9:57–66.
- Kind C. Die Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften zur Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten Personen – wo stehen wir heute? In: Guillod O, Sprumont D (Hrsg.). *Rapports entre médecins et autorités: indépendance ou collaboration?* 2011; S. 153 ff.
- Rüetschi D. Ärztliches Standesrecht in der Schweiz – Die Bedeutung der Medizin-ethischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften. In: *Die Privatisierung des Privatrechts – rechtliche Gestaltung ohne staatlichen Zwang*. *Jahrbuch Junger Zivilrechtswissenschaftler*. 2002; S. 231–55.
- Sprumont D, Schaffter G, Hostettler U, Richter M, Perrenoud J. Pratique médicale en milieu de détention. Effectivité des directives de l'Académie Suisse des Sciences Médicales sur l'Exercice de la Médecine auprès de Personnes Détenues. Mai 2009. www.unine.ch/ids/
- Wolff HP, Sebo DM, Haller A, Eytan G, Niveau D, Bertrand, et al. Health problems among detainees in Switzerland: a study using the ICPC-2 classification. *BMC Public Health*. 2011;11:245.