

Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten Personen

Medizinisch-ethische Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW

Vorwort

Der Erstickungstod einer aus der Schweiz ausgewiesenen Person im Jahr 1999 sowie gleichgelagerte Vorfälle in anderen europäischen Ländern haben die Mitglieder der Zentralen Ethikkommission (ZEK) der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) nicht unberührt gelassen. Ende 2000 wurde deshalb eine Subkommission beauftragt, erstmals Richtlinien über die Ausübung des ärztlichen Berufs bei inhaftierten Personen zu erarbeiten. Nachfolgend wird der Text dieser in 16 Arbeitssitzungen und nach Anhörung diverser Expertinnen und Experten ausgearbeiteten Richtlinien vorgestellt. Er wurde vom Senat der SAMW in seiner Plenarsitzung vom 29. November 2001 genehmigt und geht nun in die Vernehmlassung.

Manche mögen der Meinung sein, die neuen Richtlinien gingen zu weit, andere, sie gingen nicht weit genug, was die Rechte und Pflichten des Arztes oder der Ärztin betrifft, oder diejenigen der unter Freiheitsentzug stehenden Personen oder schliesslich der Behörden, die diese rechtlichen Massnahmen durchführen müssen. Zwischen der schlichten Weigerung eines Arztes oder einer Ärztin, einen Fall zu übernehmen (was möglicherweise als Unterlassungsdelikt geahndet werden kann), und voraussetzendem Gehorsam gegenüber den Behörden wurde versucht, ein Wirkungsfeld zu definieren, das den ethischen Prinzipien jeder ärztlichen Tätigkeit gerecht wird.

Das erste – und grundlegende – Prinzip besagt, dass die aufgrund einer strafrechtlichen Massnahme der Freiheit beraubte Person dadurch keineswegs alle Rechte verliert; insbesondere steht ihr – wie jeder anderen Person auch – das Recht auf eine ihrem Zustand angemessene medizinische Betreuung zu. Alle weiteren Anforderungen ergeben sich aus diesem grundlegenden Prinzip: Einwilligung, Vertraulichkeit, Bedingungen, unter denen eine ärztliche Untersuchung durchgeführt wird, und Gleichwertigkeit der Behandlung.

Die Richtlinien beschreiben klar und deutlich, wie sich der Arzt oder die Ärztin in besonders heiklen Situationen verhalten sollte, so bei der Anwen-

dung von Zwangsmassnahmen durch die Polizei oder im Strafvollzug, in Notfallsituationen, falls die betroffene Person zeitweilig nicht entscheidungsfähig ist, und schliesslich im Falle der Nahrungsverweigerung. Dadurch soll einerseits jede Abhängigkeit oder gar Komplizenschaft des Arztes oder der Ärztin gegenüber der Behörde oder aber gegenüber der inhaftierten Person vermieden werden, andererseits aber eine angemessene Betreuung gewährleistet bleiben. Diese Richtlinien definieren also den Rahmen, in dem die Rechte und Pflichten des Arztes oder der Ärztin ausgeübt werden sollen, ob in behandelnder oder in begutachtender Tätigkeit. Gleichzeitig zeigen sie die Grenzen der behördlichen Anforderungen auf und bekräftigen das Recht der inhaftierten Person auf eine angemessene medizinische Betreuung; damit soll sichergestellt sein, dass mögliche Misshandlungen verhindert bzw. diese den Behörden angezeigt werden.

Die Mitglieder der Subkommission haben darauf geachtet, dass diese Richtlinien nicht nur dem schweizerischen Recht, sondern auch den Konventionen und Empfehlungen des Europarates sowie den Empfehlungen des Weltärztebundes (WMA) entsprechen; die entsprechenden Literaturhinweise befinden sich neben anderen am Ende dieses Dokuments.

Dem Präsidenten und allen Mitgliedern der Subkommission gebührt unser Dank für das beträchtliche Arbeitspensum, das sie bewältigt haben. Sie und die Autoren dieses Vorwortes erwarten nun kritische Reaktionen, Empfehlungen und Abänderungsvorschläge, die bis Ende April 2002 an das Generalsekretariat der SAMW zu richten sind: SAMW, Petersplatz 13, 4051 Basel, Fax 061 269 90 39, E-Mail: mail@samw.ch.

*Prof. Michel Vallotton, Präsident der ZEK
Prof. Werner Stauffacher, Präsident der SAMW*

Siehe zu diesem Thema auch das SAMW-Bulletin 4/2001, das ihm weitgehend gewidmet ist (abrufbar unter www.samw.ch).

I. Präambel

Die Mitwirkung von Ärzten bei polizeilichen Zwangsmassnahmen, insbesondere bei der Ausschaffung von aus der Schweiz ausgewiesenen Personen, gibt in der Öffentlichkeit zu zahlreichen Fragen Anlass. Als Reaktion auf die Erwartungen der verschiedenen betroffenen Kreise hat die SAMW Richtlinien für Ärzte ausgearbeitet, die in diesem hochsensiblen Bereich – bei dem es leicht zur Überschreitung ethischer Schranken kommen kann – zur Mitarbeit aufgefordert werden können. Darüber hinaus wurde auch die ärztliche Behandlung sämtlicher Personen, die sich in polizeilichem Gewahrsam befinden oder in einer Strafanstalt inhaftiert sind, in die Überlegungen miteinbezogen.

Die vielfältigen Strafprozessordnungen und die verschiedenen kantonalen Vollzugsverfahren erschweren die Ausarbeitung solcher Richtlinien. Falls die in Gewahrsam genommene oder inhaftierte Person psychische Störungen aufweist, ergibt sich durch die Komplexität der – zurzeit auf eidgenössischer Ebene in Revision befindlichen – Vorschriften zur Bevormundung eine noch heiklere Situation.

Es ist leider darauf hinzuweisen, dass ein gravierender Mangel besteht an spezialisierten Strafvollzugsanstalten sowie psychiatrischen oder sozialtherapeutischen Einrichtungen, die solche Patienten aufnehmen könnten, ebenso ein Mangel an medizinischem (und sozialtherapeutischem) Personal mit entsprechender Ausbildung.

In diesem komplexen Umfeld unterbreitet die SAMW nun Richtlinien, die sich zwar weitgehend auf internationale Empfehlungen über die Behandlung inhaftierter Personen stützen, aber keineswegs den Anspruch erheben, das Thema erschöpfend zu behandeln. Zudem plant die SAMW, zu einem späteren Zeitpunkt die generelle Frage von Zwangsmassnahmen im psychiatrischen Umfeld oder von Notfallmassnahmen im somatischen Bereich – auf rein medizinischer Basis – zum Thema einer vertieften Auseinandersetzung zu machen.

II. Richtlinien

1. Allgemeine Grundsätze; der Begriff der Verweigerung aus Gewissensgründen

- 1.1 Die grundlegenden ethischen und rechtlichen Bestimmungen, welche die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit regeln, insbesondere die Vorschriften über Patienteneinverständnis und Vertraulichkeit, gelten auch für Personen unter Freiheitsentzug.
- 1.2 In diesem Zusammenhang muss der Arzt jedoch häufig Auflagen bezüglich Sicherheit und Ordnung berücksichtigen, selbst wenn letztlich sein Ziel stets das Wohlergehen und die Respektierung der Würde des Patienten bleibt. Die Berufsausübung in einem solchen Umfeld ist insofern speziell, als der Arzt sowohl seinem unter Freiheitsentzug stehenden Patienten wie den Behörden gegenüber verpflichtet ist, wobei die Interessen und angestrebten Ziele manchmal entgegengesetzt sind.
- 1.3 Das Abwägen dieser Faktoren (sei es im Rahmen eines längerfristigen Mandats oder bei einer einmaligen Intervention) kann persönliche ethische Anschauungen des Arztes tangieren. Dabei muss er stets im Einklang mit seinem Gewissen handeln und das Recht haben, die Begutachtung bzw. die medizinische Betreuung von Personen unter Freiheitsentzug zu verweigern, es sei denn, es liege eine Notfallsituation vor.

2. Untersuchungsbedingungen

- 2.1 Um ein gegenseitiges Vertrauensverhältnis zu schaffen, bemüht sich der Arzt, die üblichen Rahmenbedingungen und die Würde in der Beziehung zwischen Arzt und Patient zu wahren.
- 2.2 Vor der Untersuchung einer Person, die unter Freiheitsentzug steht, vergewissert er sich, dass ein geeignetes Lokal mit ausreichender Ausstattung für eine medizinische Untersuchung zur Verfügung steht. Die Untersuchung muss ausserhalb von Sicht- und Hörweite Dritter, inklusive Wachpersonal, stattfinden, ausser auf ausdrücklichen gegenteiligen Wunsch des Arztes.

3. Gutachtertätigkeiten und -situationen

- 3.1 Von Krisen- oder Notfallsituationen abgesehen, kann der Arzt nicht gleichzeitig Gutachter und Therapeut sein.
- 3.2 Bevor der Arzt als Gutachter tätig wird, teilt er der zu untersuchenden Person klar und eindeutig mit, dass die Ergebnisse der Untersuchung nicht der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen werden.

4. Disziplinarstrafen

Soll der Arzt begutachten, ob eine Person fähig ist, eine Disziplinarstrafe zu erstein, äussert er sich dazu erst, nachdem die Behörde formell verfügt hat. Sein Gutachten ergeht als zweiter Schritt und nimmt gegebenenfalls die Form eines aufgrund rein medizinischer Kriterien gefällten Vetos an.

5. Gleichwertigkeit der Behandlung

- 5.1 Die unter Freiheitsentzug stehende Person hat Anrecht auf die gleiche Behandlungsqualität wie die Bevölkerung im Allgemeinen.
- 5.2 Wie in einem öffentlichen Krankenhaus kann die unter Freiheitsentzug stehende Person verlangen, dass ihr persönlicher Arzt soweit wie möglich bei der medizinischen Betreuung beigezogen wird. Die klinische Entscheidung liegt aber letztendlich immer beim von den zuständigen Behörden beauftragten Arzt.

6. Zwangsmassnahmen im Polizeigewahrsam oder im Strafvollzug

- 6.1 Soll der Arzt die Behörden über die möglichen Risiken und Konsequenzen einer (durch die Behörden bereits beschlossenen) Zwangsüberführung (Ausweisung aus einer Wohnung, Ausschaffung usw.) für den Gesundheitszustand einer unter Freiheitsentzug stehenden Person orientieren, muss er dabei äusserste Sorgfalt walten lassen und zuerst die dazu erforderlichen Informationen über die Krankengeschichte der betroffenen Person einholen. Insbesondere muss er das vorgesehene Transportmittel, die voraussichtliche Dauer des Transports sowie die voraussichtlich zur Anwendung gelangenden Sicherheitsmassnahmen und Massnahmen zur Ruhigstellung in Betracht ziehen.
- 6.2 Im Zweifelsfall fordert er stets eine medizinische Begleitung an, insbesondere wenn sie vom Patienten verlangt wird oder wenn das Ausmass der zur Anwendung gelangenden Massnahmen zur Ruhigstellung und Sicherheitsmassnahmen an und für sich ein Gesundheitsrisiko für die betroffene Person darstellen könnten.
- 6.3 Falls er zu einer unter Freiheitsentzug stehenden Person gerufen wird, die einer durch Polizisten oder Gefängnisbeamte beschlossenen und ausgeführten Zwangsmassnahme unterworfen ist, muss der Arzt sich unverzüglich bei seinem potentiellen Patienten von der Durchführung der Massnahme abgrenzen, indem er diesen deutlich darüber informiert, dass er ihm zur Verfügung steht, und dass keine medizinische Handlung ohne sein Einverständnis durchgeführt wird (vorbehalten bleiben die unter 7.3 aufgeführten Situationen).
- 6.4 Gelangt der Arzt zur Überzeugung, dass die zur Ausführung der Massnahme eingesetzten Mittel (Knebelung, enge und langfristige Fesselung, sogenannte «Schwalbenposition» mit Händen und Füssen hinten mittels Handschellen in Opisthotonus-Position gefesselt usw.) für den Patienten eine unmittelbare und erhebliche gesundheitliche Gefahr darstellen, muss er unverzüglich die Behörden darüber informieren. Falls auf die vorgesehenen Mittel nicht verzichtet wird, muss er formell jede weitere Mitwirkung verweigern.

7. Einwilligung zu einer medizinischen Behandlung

- 7.1 Wie in jeder medizinischen Situation darf der als Gutachter oder als Therapeut handelnde Arzt eine diagnostische oder therapeutische Massnahme nur durchführen, wenn die unter Freiheitsentzug stehende Person ihr freies Einverständnis nach Aufklärung («informed consent») dazu gibt.
- 7.2 Jede Verabreichung von Arzneimitteln, insbesondere von Psychopharmaka, an Personen unter Freiheitsentzug darf deshalb nur mit deren Einverständnis und ausschliesslich aus rein medizinischen Gründen erfolgen.
- 7.3 In Notfallsituationen kann der Arzt – nach den gleichen Kriterien, die für nicht festgenommene oder inhaftierte Patienten gelten – auf das Einverständnis des Patienten verzichten, falls dieser aufgrund einer erheblichen psychischen Störung nicht urteilsfähig ist und eine unmittelbare Gefahr selbst- oder fremdgefährdender Handlungen besteht (kumulative Bedingungen). In einem solchen Fall vergewissert sich der Arzt, dass dem unter Freiheitsentzug stehenden Patienten eine angemessene mittel- bis langfristige medizinische Nachbehandlung zukommt (namentlich in Form einer zeitweiligen Einweisung in eine psychiatrische Klinik, wenn z. B. ein Ausschaffungsentscheid medizinisch nicht durchführbar ist).
- 7.4 Medizinisch begründete Massnahmen zur physischen Ruhigstellung sind höchstens für einige wenige Stunden in Betracht zu ziehen. In allen Fällen von medizinischer Ruhigstellung ist der verantwortliche Arzt dazu verpflichtet, deren Anwendung und Berechtigung regelmässig zu überwachen; er muss die Situation jeweils in kurzen zeitlichen Abständen neu einschätzen.

8. Ansteckende Krankheiten

Im Falle einer ansteckenden Krankheit dürfen die Autonomie und die Bewegungsfreiheit des festgenommenen oder inhaftierten Patienten nur nach den gleichen Kriterien eingeschränkt werden, die auch für andere Bevölkerungsgruppen in ähnlichen Situationen des engen Zusammenlebens gelten (z. B. militärische Einheiten, Ferienkolonien usw.).

9. Hungerstreik

- 9.1 Im Falle eines protestbedingten Fastens muss die unter Freiheitsentzug stehende Person durch den Arzt in objektiver Art und Weise und wiederholt über die möglichen Risiken von längerem Fasten aufgeklärt werden.
- 9.2 Nachdem die volle Urteilsfähigkeit der betreffenden Person von einem Arzt ausserhalb der Anstalt bestätigt wurde, muss der Entscheid zum Hungerstreik, auch im Falle eines beträchtlichen Gesundheitsrisikos, medizinisch respektiert werden.

- 9.3 Fällt die fastende Person in ein Koma, geht der Arzt nach seinem Gewissen und seiner Berufsethik vor, es sei denn, die betreffende Person habe ausdrückliche Anordnungen für den Fall eines Bewusstseinsverlustes hinterlegt.
- 9.4 Der Arzt, der mit einem Hungerstreik konfrontiert ist, wahrt gegenüber den verschiedenen Parteien eine streng neutrale Haltung und muss jedes Risiko einer Instrumentalisierung seiner medizinischen Entscheide vermeiden.
- 9.5 Trotz der geäußerten Verweigerung der Nahrungsaufnahme vergewissert sich der Arzt stets, dass der im Hungerstreik stehenden Person täglich Nahrung angeboten wird.

10. Vertraulichkeit

- 10.1 Die ärztliche Schweigepflicht muss in jedem Fall nach den gleichen rechtlichen Vorschriften gewahrt werden, welche für Personen in Freiheit gelten (Art. 321 StGB). Insbesondere müssen die Krankengeschichten unter ärztlicher Verantwortung aufbewahrt werden. Es gelten die unter Ziffer 2 beschriebenen Untersuchungsbedingungen.
- 10.2 Allerdings können die in Anstalten herrschenden Verhältnisse eines engen, möglicherweise jahrelangen Zusammenlebens und/oder die häufig von Aufsichtspersonen oder Polizisten übernommenen Funktionen als Gewährsperson oder sogar Hilfskraft für die Pflege einen Austausch von medizinischen Informationen zwischen Pflege- und Überwachungspersonal notwendig machen.
- 10.3 In einer solchen Situation muss sich der Arzt bemühen, mit Zustimmung des inhaftierten Patienten jede legitime Frage seitens des Überwachungs- oder Polizeipersonals zu beantworten.
- 10.4 Widersetzt sich der Gefangene einer Offenlegung und entsteht daraus eine Gefährdung der Sicherheit oder für Dritte, kann der Arzt von der zuständigen Behörde verlangen, von seiner Schweigepflicht entbunden zu werden, wenn er es als seine Pflicht erachtet, Dritte, und insbesondere die für den Fall Verantwortlichen oder das Sicherheitspersonal, zu informieren (Art. 321, Abs. 2 StGB). In einem solchen Fall muss der Patient in Kenntnis darüber gesetzt werden, dass die Aufhebung des ihn betreffenden Arztgeheimnisses verlangt wurde.

11. Erstattung einer Anzeige über eventuelle Misshandlungen

- 11.1 Jedes Anzeichen körperlicher Gewalt, das im Verlauf einer ärztlichen Untersuchung bei einer unter Freiheitsentzug stehenden Person beobachtet wird, muss aufgezeichnet werden. Der Arzt unterscheidet dabei klar zwischen den Ausführungen des Patienten (Umstände, die nach seinen Angaben zu den Läsionen führten), seinen Klagen (subjektive, vom Patienten empfundene Beschwerden) sowie den objektiven klinischen und paraklinischen Befunden (Ausmass,

Lokalisierung, Aussehen der Läsionen, Röntgenaufnahmen, Laborergebnisse usw.). Falls seine Ausbildung und/oder seine Erfahrung es ihm ermöglichen, nimmt der Arzt in seinem Bericht dazu Stellung, ob die Angaben des Patienten mit seinen eigenen medizinischen Feststellungen übereinstimmen (z.B. das Datum der vom Patienten angeführten Verletzungen und die Farbe der Hämatome).

- 11.2 Diese Informationen müssen unverzüglich an die Aufsichtsbehörden von Polizei und Anstaltsbehörden weitergeleitet werden. Der unter Freiheitsentzug stehenden Person steht das Recht zu, jederzeit eine Kopie des betreffenden ärztlichen Berichts zu erhalten.
- 11.3 Falls sich die unter Freiheitsentzug stehende Person einer Weitergabe solcher Informationen formell widersetzt, muss der Arzt die entgegengesetzten Interessen abwägen und gegebenenfalls wie unter 10.4 vorgehen.

12. Ärztliche Unabhängigkeit

- 12.1 Unabhängig von den Anstellungsverhältnissen (Beamtenstatus oder Privatvertrag) 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.
- 12.2 Um die medizinische Unabhängigkeit des im polizeilichen oder Strafvollzugsumfeld tätigen medizinischen Personals zu wahren, sind jegliche hierarchische Abhängigkeit oder sogar direkte vertragliche Beziehung zwischen Medizinalpersonal und der Leitung der Anstalt zu vermeiden.

13. Ausbildung

Jede in einem medizinischen Beruf tätige Person, die regelmässig mit Patienten unter Freiheitsentzug arbeitet, sollte über eine entsprechende Ausbildung verfügen. Hauptinhalte sind Ziel und Funktionsweise der diversen Strafvollzugsanstalten sowie die Verhaltensweise in potentiell gefährlichen und gewaltträchtigen Situationen. Ethno-sozio-kulturelle Kenntnisse sind ebenfalls erforderlich.

Genehmigt vom Senat der SAMW am 29. November 2001.

Prof. M. Vallotton, Präsident der Zentralen Ethikkommission

Mitglieder der für die Ausarbeitung dieser Richtlinien verantwortlichen Subkommission

Dr. J.-P. Restellini, Genf, (Vorsitz); Dr. Joseph Osterwalder, St. Gallen; Dr. Daphné Berner-Chervet, Neuenburg; Dr. Fritz Ramseier, Königsfelden; Kdt. Peter Grütter, Zürich; Dr. Ursula Steiner-König, Lyss; Prof. Olivier Guillod, Neuenburg; André Vallotton, Lausanne

Literatur

A Juristische Referenzen

- Konvention vom 4.11.1950 zum Schutz der Menschenrechte und Grundfreiheiten.
- Europäische Übereinkunft vom 16.11.1987 zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe.
- Schweizerisches Strafgesetzbuch (insbesondere Art. 38, 43 ff; Art. 321).
- Schweizerisches Zivilgesetzbuch (insbesondere Art. 16, Art. 397 a ff).
- Bundesgesetz vom 26.3.1931 über Aufenthalt und Niederlassung der Ausländer.
- Bundesgesetz vom 4.12.1994 über Zwangsmassnahmen im Ausländerrecht.
- Rechtsprechung des Bundesgerichtes zu Zwangsmassnahmen.
- RCC 1992, S. 508; BGE 118 II 254; ZBl. 1993 504; BGE 121 III 204; BGE 125 III 169; BGE 126 I 112; BGE 127 I 6; Entscheid vom 8. Juni 2001, 1P.134/2001; Entscheid vom 15. Juni 2001, 6A.100/2000 (idem); Entscheid vom 22. Juni 2001, 5C.102/2001.

B Medizinisch-ethische Referenzen

- 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 by the United Nations General Assembly; Resolution 37/194 of 18 December 1982.
- Commission on Human Rights. Health Professionals with Dual Obligations. In: Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (The Istanbul Protocol). United Nations; 13 March 2001.
- R gles p nitentiaires européennes. Recommandations du Comit  des Ministres. Conseil de l'Europe; 1987.
- Comité européen de la Santé. L'organisation des services de soins de santé dans les établissements pénitentiaires des Etats membres. Conseil de l'Europe; juin 1998.
- Comité des Ministres. Aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaires. Recommandation n  R(98) 7 et exposé des motifs. Conseil de l'Europe; avril 1999.
- CPT. Services de santé dans les prisons. Dans: 3  rapport général d'activités du CPT couvrant la période du 1 r janvier au 31 décembre 1992. Conseil de l'Europe; juin 1993.
- CPT. Personnes retenues en vertu de législations relatives à l'entrée et au séjour des étrangers. Dans: 7  rapport général d'activités du CPT couvrant la période du 1 r janvier au 31 décembre 1996. Conseil de l'Europe; août 1997.
- World Psychiatric Association. Madrid Declaration on Ethical Standards for Psychiatric Practice. Approved by the General Assembly on August 25, 1996.
- Déclaration de Tokyo de l'Association Médicale Mondiale. Directives à l'intention des médecins en ce qui concerne la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants en relation avec la détention ou l'emprisonnement. Adoptée par la 29  Assemblée Médicale Mondiale. Tokyo, Octobre 1975.
- Déclaration de Malte de l'Association Médicale Mondiale sur les Grévistes de la Faim. Adoptée par la 43  Assemblée Médicale Mondiale. Malte, Novembre 1991.
- World Medical Association. Declaration of Edinburgh on Prison Conditions and the Spread of Tuberculosis and other Communicable Diseases. Adopted October 2000.
- Vademecum für den Schweizer Arzt. Bern: FMH; 1992.