

Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten¹ Personen

Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften*

Vorwort

Die erste Fassung der Richtlinien zur Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten Personen wurde Anfang 2002 in der Schweizerischen Ärztezeitung zur Vernehmlassung veröffentlicht. Aus verschiedenen interessierten Kreisen erreichten uns Anregungen, Bemerkungen und Kritik. Wir möchten an dieser Stelle für diese Zusendungen herzlich danken. Die Mitglieder der Subkommission haben in der Zwischenzeit alle Vorschläge aufmerksam geprüft und sie in jenen Fällen übernommen, wo dies möglich war und der Klarheit des Textes diene. In dieser Ausgabe der Schweizerischen Ärztezeitung erscheint nun die definitive Fassung dieser Richtlinien; diese wurde am 25. Oktober 2002 von der Zentralen Ethikkommission und am 28. November 2002 vom Senat genehmigt.

Die neuen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften stellen eine eigentliche Premiere für die Schweiz dar. Sie verfolgen mehrere Ziele gleichzeitig. Zuerst erinnern sie daran, welche Rechte einer Person – auch wenn sie inhaftiert ist – im Bereich der Gesundheit zustehen. Dann präzisieren sie die Haltung, mit der ein Arzt einer inhaftierten Person gegenüberzutreten hat (auch und vor allem, wenn er seine Tätigkeit unter ungünstigen Bedingungen ausüben muss); ein weiteres Ziel besteht darin, ihm bei der Erfüllung dieser schwierigen Aufgabe zu helfen. Und schliesslich sollen die

Richtlinien zur Klärung der Beziehung des Arztes zu den Justiz- und Polizeibehörden beitragen. Wegen dieser dreiseitigen Beziehung enthalten die Richtlinien, die sich grundsätzlich an die Ärzteschaft richten, auch Empfehlungen an die zuständigen Behörden.

Diese Empfehlungen betreffen die Respektierung der ärztlichen Autonomie bei medizinischen Entscheiden inkl. der Achtung des damit verbundenen Arztgeheimnisses. Daraus leitet sich die Notwendigkeit einer hierarchischen Unabhängigkeit des Arztes gegenüber Strafanstalten ab. Diese letztgenannte Empfehlung hat Einwände betreffend Praktikabilität hervorgerufen (und wird dies wohl weiterhin tun); die Tatsache, dass in mehreren europäischen Ländern und in gewissen Schweizer Kantonen entsprechende Lösungen gefunden wurden, zeigt jedoch, dass diese Empfehlung nicht unrealistisch ist. Eine weitere Empfehlung richtet sich an die Medizinischen Fakultäten und die FMH; sie betrifft die Aus-, Weiter- und Fortbildung der Ärzte in diesem heiklen Bereich.

Den engagierten Mitgliedern dieser Subkommission sprechen wir unseren grossen Dank aus, namentlich auch ihrem Präsidenten, Dr. Jean-Pierre Restellini, von dessen grosser, internationaler Erfahrung in diesem Bereich alle profitieren durften.

Prof. Michel B. Vallotton, Präsident der ZEK

Prof. Werner Stauffacher, Präsident der SAMW

* Mitglieder der für die Ausarbeitung dieser Richtlinien verantwortlichen Subkommission
Dr. Jean-Pierre Restellini, Genf, Vorsitz;
Dr. Daphné Berner-Chervet, Neuenburg;
Kdt. Peter Grütter, Zürich;
Prof. Olivier Guillod, Neuenburg;
Dr. Joseph Osterwalder, St. Gallen;
Dr. Fritz Ramseier, Königsfelden;
Dr. Ursula Steiner-König, Lyss;
André Vallotton, Lausanne;
Prof. Michel Vallotton, Genf, Präsident ZEK;
Dominique Nickel, Basel (ex officio).

I. Präambel

Die Mitwirkung von Ärzten [2] 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 inhaftierte Person psychische Störungen aufweist, ergibt sich durch die Komplexität des – zurzeit auf eidgenössischer Ebene in Revision befindlichen – Vormundschaftsrechts eine noch heiklere Situation.

1 Als «inhaftierte Person» im Sinne dieser Richtlinien wird eine Person bezeichnet, die ihrer Freiheit aufgrund eines polizeilichen oder straf- (bzw. militär-)richterlichen Entscheids beraubt ist, oder wenn es sich um eine Inhaftierung handelt, die gestützt auf das Bundesgesetz über Zwangsmassnahmen im Ausländerrecht angeordnet wurde.

2 Der Einfachheit halber gilt in diesen Richtlinien die männliche Bezeichnung für beide Geschlechter.

Es ist leider darauf hinzuweisen, dass ein gravierender Mangel besteht an geeigneten Anstalten [3], im Sinne des StGB, die solche Personen 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. Im besonderen wurde die generelle Frage von Zwangsmassnahmen im psychiatrischen Umfeld oder von Notfallmassnahmen im somatischen Bereich nicht angegangen. Die SAMW hat zur Bearbeitung von Richtlinien, welche Personen betreffen, bei denen auf rein medizinischer Basis (im Sinne von Art. 397a und ff. des Zivilgesetzbuches) Zwangsmassnahmen angewendet werden müssen, bereits eine neue Subkommission eingesetzt.

Die SAMW ist sich der Tatsache bewusst, dass ein Teil dieser Richtlinien zur Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten Personen eher die administrativen und Vollzugsbehörden, allenfalls die Gesetzgeber unseres Landes betreffen. In diesem Fall sind sie nur bedingt anzuwenden und sollen vor allem dazu dienen, den Standpunkt der Ärzteschaft zu kennen.

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, auch wenn sein eigentliches Ziel stets das Wohlergehen und die Respektierung der Würde des Patienten ist. Die Berufsausübung in einem solchen Umfeld ist insofern speziell, als der Arzt sowohl seinem inhaftierten Patienten wie den zuständigen Behörden [4] 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 Überzeugungen des Arztes tangieren. Dabei muss er im Einklang mit seinem Gewissen und der ärztlichen Ethik handeln und das Recht haben, die Begutachtung bzw. die medizinische Versorgung 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 Zur Untersuchung einer inhaftierten Person sollte ein geeigneter Raum zur Verfügung stehen. Die Untersuchung muss ausserhalb von Sicht- und Hörweite Dritter stattfinden, ausser auf ausdrücklichen gegenteiligen Wunsch des Arztes oder mit seinem Einverständnis.

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 beurteilen, ob eine Person fähig ist, eine Disziplinarstrafe zu ersteinen, äussert er sich dazu erst dann, wenn die Massnahme verfügt ist. Seine Beurteilung ergeht als zweiter Schritt und nimmt gegebenenfalls die Form eines aufgrund rein medizinischer Kriterien gefällten Vetos an.

5. Gleichwertigkeit der Behandlung

Die inhaftierte Person hat Anrecht auf eine Behandlung, die medizinisch jener der Allgemeinbevölkerung gleichwertig ist.

6. Durch die Behörden beschlossene Zwangsmassnahmen im Polizeigewahrsam oder im Strafvollzug

- 6.1 Soll der Arzt die zuständigen Behörden über die möglichen Risiken und Konsequenzen einer (durch die Behörden bereits beschlossenen) Zwangsüberführung (z. B. Ausweisung aus einer Wohnung, Ausschaffung, usw.) für den Gesundheitszustand einer inhaftierten Person orientieren, muss er sich bemühen, dabei äusserste

3 «Anstalten» im Sinne dieser Richtlinien: Polizei, Untersuchungs- und Vollzugsinstitutionen, Massnahmenvollzugsanstalten, Untersuchungsgefängnisse, Ausschaffungshaft.

4 zuständige Behörde = Einweisungsbehörde, Leitung der Vollzugsinstitution, Justizbehörden.

Vorsicht walten zu lassen, nachdem die dazu erforderlichen Informationen über die Krankengeschichte der betroffenen Person soweit möglich eingeholt worden sind. 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 Er fordert stets eine Medizinalperson an, wenn der physische oder psychische Gesundheitszustand des Patienten es erfordert 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 der Arzt zu einer inhaftierten Person gerufen wird, der eine Zwangsmassnahme bevorsteht, muss er eine neutrale und professionelle Haltung einnehmen und den Patienten darüber informieren, 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 zuständigen Behörden darüber informieren, dass er, falls auf die vorgesehenen Mittel nicht verzichtet wird, keine medizinische Verantwortung übernimmt und dass er jede weitere Mitwirkung verweigert.

7. Einwilligung zu einer medizinischen Behandlung und Zwangsbehandlung

- 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 inhaftierte Person ihr freies Einverständnis nach Aufklärung (informed consent) dazu gibt.
- 7.2 Jede Verabreichung von Arzneimitteln, insbesondere von Psychopharmaka, an inhaftierte Personen 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 auf Grund 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 inhaftierten 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 Hungerstreiks muss die inhaftierte 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 ausserhalb der Anstalt tätigen Arzt bestätigt wurde, muss der Entscheid zum Hungerstreik, auch im Falle eines beträchtlichen Gesundheitsrisikos, medizinisch respektiert werden.
- 9.3 Fällt die Person im Hungerstreik 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, auch wenn diese den Tod zur Folge haben können.

- 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, 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.
- Ausnahmsweise, wenn das Leben oder die körperliche Integrität eines Dritten ernsthaft und akut gefährdet ist, kann der Arzt von sich aus von der Schweigepflicht abweichen und die zuständigen Behörden oder den bedrohten Dritten direkt benachrichtigen.

11. Erstattung einer Anzeige über eventuelle Misshandlungen

- 11.1 Jedes Anzeichen körperlicher Gewalt, das im Verlauf einer ärztlichen Untersuchung bei einer inhaftierten Person beobachtet wird, muss aufgezeichnet werden.
- 11.2 Der Arzt unterscheidet in seinem Bericht 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).
- 11.3 Diese Informationen müssen unverzüglich an die Aufsichtsbehörden von Polizei und Anstaltsbehörden weitergeleitet werden. Der inhaftierten Person steht das Recht zu, jederzeit eine Kopie des betreffenden ärztlichen Berichts zu erhalten.
- 11.4 Falls sich die inhaftierte 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 (Beamten- oder Angestelltenstatus 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 Unabhängigkeit der Ärzte zu wahren, muss jegliche hierarchische Abhängigkeit oder sogar direkte vertragliche Beziehung zwischen den letzteren und der Leitung der Anstalt in Zukunft vermieden werden.
- 12.3 Pflegepersonal darf medizinische Anordnungen nur vom behandelnden Arzt entgegennehmen.

13. Ausbildung

In Zukunft muss dafür gesorgt werden, dass jede in einem medizinischen Beruf tätige Person, die regelmässig mit inhaftierten Patienten arbeitet, über eine entsprechende Ausbildung verfügt. Hauptinhalte sind Ziel und Funktionsweise der diversen Strafvollzugsanstalten sowie die Verhaltensweise in potentiell gefährlichen und gewaltträchtigen Situationen. Ethno-sozio-kulturelle Kenntnisse sind ebenfalls erforderlich.

Literatur

A. Juristische Literatur

- Konvention vom 4. November 1950 zum Schutz der Menschenrechte und Grundfreiheiten.
- Europäische Übereinkunft vom 16. November 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. März 1931 über Aufenthalt und Niederlassung der Ausländer.
- Bundesgesetz vom 4. Dezember 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 Literatur

- United Nations General Assembly. 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 18th 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. 13th March 2001.
- Comité des Ministres. Règles pénitentiaires européennes. Recommandations du Comité 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^e rapport général d'activités du CPT couvrant la période du 1^{er} 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^e rapport général d'activités du CPT couvrant la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 1996. Conseil de l'Europe, août 97.
- World Psychiatric Association. Madrid Declaration on Ethical Standards for Psychiatric Practice. Approved by the General assembly on August 25, 1996.
- Association Médicale Mondiale. Déclaration de Tokyo. 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^e Assemblée Médicale Mondiale. Tokyo: Octobre 1975.
- Association Médicale Mondiale. Déclaration de Malte sur les Grévistes de la Faim. Adoptée par la 43^e 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.
- FMH. Vademecum für den Schweizer Arzt. Bern: 1992.