

Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten Personen



Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
Académie Suisse des Sciences Médicales
Accademia Svizzera delle Scienze Mediche
Swiss Academy of Medical Sciences

Herausgeberin

Schweizerische Akademie der
Medizinischen Wissenschaften (SAMW)
Haus der Akademien
Laupenstrasse 7, CH-3001 Bern
T +41 (0)31 306 92 70
mail@samw.ch
www.samw.ch

Gestaltung

Howald Fosco Biberstein, Basel

Druck

Gremper AG, Basel

Auflage

4. Auflage 500 D, 300 F (Januar 2019)

Alle medizin-ethischen Richtlinien der SAMW sind auf der
Webseite unter www.samw.ch/richtlinien in D/F/E/I verfügbar.

© SAMW 2018

Medizin-ethische Richtlinien

Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten Personen

Genehmigt vom Senat der SAMW am 28. November 2002.
Die französische Version ist die Stammversion.

Per 1. Januar 2013 erfolgte eine Anpassung an das Erwachsenenschutzrecht.
Anhang Lit. G wurde mit Senatsbeschluss vom 19. Mai 2015 ergänzt.
Anhang Lit. H wurde mit Senatsbeschluss vom 29. November 2018 ergänzt.



Diese Richtlinien sind Teil der Standesordnung der FMH.

I.	PRÄAMBEL	5
II.	RICHTLINIEN	6
1.	Allgemeine Grundsätze; Begriff der Verweigerung aus Gewissensgründen	6
2.	Untersuchungsbedingungen	6
3.	Gutachtertätigkeiten und -situationen	7
4.	Disziplinarstrafen	7
5.	Gleichwertigkeit der Behandlung	7
6.	Durch die Behörden beschlossene Zwangsmassnahmen im Polizeigewahrsam oder im Strafvollzug	7
7.	Einwilligung zu einer medizinischen Behandlung und Zwangsbehandlung	8
8.	Ansteckende Krankheiten	9
9.	Hungerstreik	9
10.	Vertraulichkeit	9
11.	Erstattung einer Anzeige über eventuelle Misshandlungen	10
12.	Ärztliche Unabhängigkeit	11
13.	Ausbildung	11
III.	ANHANG	12
	Literatur zu den Richtlinien	12
	Juristische Referenzen	12
	Medizin-ethische Referenzen	12
	Hinweise zur praktischen Umsetzung der Richtlinien	14
A.	Einleitung	14
B.	Verbindlichkeit der Richtlinien	14
C.	Umsetzung des Anspruchs auf gleichwertige Behandlung	16
D.	Aufgaben des Arztes im Massnahmenvollzug	17
E.	Durchführung von Zwangsbehandlungen	18
F.	Vorgehen bei Hungerstreik	19
G.	Pflichten bei der Ausschaffung	20
H.	Medizinische Betreuung von Personen mit mutmasslichem Bodypacking	23



Referenzdokumente	27
Literatur zur Umsetzung der Richtlinien zu den Anhängen A–F	28
Literatur zu Anhang H	29
Hinweise zur Ausarbeitung dieser Richtlinien	30

I. PRÄAMBEL

Die Mitwirkung von Ärzten¹ 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 Strafanstalt² inhaftiert sind, in die Überlegungen miteinbezogen.

Die vielfältigen Strafprozessordnungen und die verschiedenen kantonalen Vollzugsverfahren erschweren die Ausarbeitung solcher Richtlinien. Falls die inhaftierte Person³ psychische Störungen aufweist, ergibt sich durch die Komplexität eine noch heiklere Situation.

Es ist leider darauf hinzuweisen, dass ein gravierender Mangel besteht an geeigneten Anstalten, im Sinne des StGB⁴, 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 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.

1 Die entsprechenden Texte betreffen immer beide Geschlechter der genannten Personengruppen.

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

3 Als «inhaftierte Person» im Sinne dieser Richtlinien (im Gegensatz zu den Personen unter fürsorgerischer Unterbringung im Sinne von Art. 426 ff. Zivilgesetzbuch) wird eine Person bezeichnet, die ihrer Freiheit auf Grund eines polizeilichen oder straf- (bzw. militär-) richterlichen Entscheids beraubt ist, oder wenn es sich um eine Inhaftierung handelt, die gestützt auf das Bundesgesetz über die Ausländerinnen und Ausländer angeordnet wurde.

4 Art. 59 StGB behandelt die Betreuung der psychisch kranken Straftäter.

II. RICHTLINIEN

1. Allgemeine Grundsätze; Begriff der Verweigerung aus Gewissensgründen

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.

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 Behörden⁵ gegenüber verpflichtet ist, wobei die Interessen und angestrebten Ziele manchmal entgegengesetzt sind.

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

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.

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.

⁵ «Zuständige Behörde» im Sinne dieser Richtlinien: Einweisungsbehörde, Leitung der Vollzugsinstitution, Justizbehörden.

3. Gutachtertätigkeiten und -situationen

Von Krisen- oder Notfallsituationen abgesehen, kann der Arzt nicht gleichzeitig Gutachter und Therapeut sein.

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 auf Grund 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

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 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.

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.

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. aufgeführten Situationen).

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, etc.) 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

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.

Jede Verabreichung von Arzneimitteln, insbesondere von Psychopharmaka, an inhaftierten Personen darf deshalb nur mit deren Einverständnis und ausschliesslich aus rein medizinischen Gründen erfolgen.

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 fremdgefährlicher 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).

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 darf 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

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.

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.

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.

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.

Trotz der geäusserten Verweigerung der Nahrungsaufnahme vergewissert sich der Arzt, dass der im Hungerstreik stehenden Person täglich Nahrung angeboten wird.

10. Vertraulichkeit

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.

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.

In einer solchen Situation muss sich der Arzt bemühen, mit Zustimmung des inhaftierten Patienten jede legitime Frage seitens des Überwachungs- oder Polizeipersonals zu beantworten.

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

Jedes Anzeichen körperlicher Gewalt, das im Verlauf einer ärztlichen Untersuchung bei einer inhaftierten Person beobachtet wird, muss aufgezeichnet werden.

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).

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.

Falls sich die inhaftierte Person einer Weitergabe solcher Informationen formell widersetzt, muss der Arzt die entgegengesetzten Interessen abwägen und gegebenenfalls wie unter Ziffer 10. beschrieben vorgehen.

12. Ärztliche Unabhängigkeit

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.

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.

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.

III. ANHANG

Literatur zu den Richtlinien

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.

Schweizerisches Zivilgesetzbuch.

Bundesgesetz vom 16.12.2005 über die Ausländerinnen und Ausländer.

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.

Medizin-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.

Health Professionals with Dual Obligations; in Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (The Istanbul Protocol).

Commission on Human Rights; United Nations; 13 March 2001.

Règles pénitentiaires européennes.

Recommandations du Comité des Ministres; Conseil de l'Europe; 1987.

L'organisation des services de soins de santé dans les établissements pénitentiaires des Etats membres.

Comité européen de la Santé; Conseil de l'Europe; juin 1998.

Aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaires.

Recommandation n° R(98) 7 et exposé des motifs; Comité des Ministres; Conseil de l'Europe; avril 1999.

Services de santé dans les prisons.

3^e rapport général d'activités du CPT couvrant la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 1992; CPT; Conseil de l'Europe; juin 1993.

Personnes retenues en vertu de législations relatives à l'entrée et au séjour des étrangers.

7^e rapport général d'activités du CPT couvrant la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 1996; CPT; Conseil de l'Europe; août 97.

Madrid Declaration on Ethical Standards for Psychiatric Practice.

World Psychiatric Association; 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^e Assemblée Médicale Mondiale; Tokyo, Octobre 1975.

Déclaration de Malte de l'Association Médicale Mondiale sur les Grévistes de la Faim.

Adoptée par la 43^e Assemblée Médicale Mondiale; Malte, Novembre 1991.

Declaration of Edinburgh on Prison Conditions and the Spread of Tuberculosis and other Communicable Diseases; World Medical Association.

Adopted: October 2000.

Hinweise zur praktischen Umsetzung der Richtlinien

A. Einleitung

Die medizinische Betreuung eines Häftlings im Hungerstreik, ein Entscheid des Bundesgerichts⁶ und die Beteiligung von Ärztinnen und Ärzten an Zwangsaus-schaffungen haben 2010 zu medialem Aufsehen geführt, Diskussionen in der Ärzteschaft ausgelöst⁷ 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 Praktikabili-tät hin zu überprüfen. Die Zentrale Ethikkommission der SAMW (ZEK) hat eine Arbeitsgruppe mit dieser Aufgabe betraut. Gestützt auf den Bericht der Arbeits-gruppe 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 Tätig-keit bei inhaftierten Personen» mit Hinweisen zu deren praktischer Umsetzung verabschiedet. Da die Pflegefachpersonen in den Richtlinien von 2002 nur bei-läufig erwähnt werden, wird ihre Rolle in diesem Anhang genauer beschrieben.

B. Verbindlichkeit der Richtlinien

Der erwähnte Entscheid des Bundesgerichts hat eine juristische Debatte darü-ber 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 Jus-tizbehörden gebunden?

6 Entscheid des Bundesgerichts vom 26. August 2010 im Fall B. Rappaz.

7 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, Forum der Gesundheitsdienste des Schweizerischen Justiz-vollzugs und 74 mitunterzeichnende Einzelpersonen. Hungerstreik im Gefängnis – Zum Entscheid des Bundesgerichts vom 26. August 2010. Schweiz Ärztezeitung. 2010; 91(39): 1518–20.

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 diesen eine Hilfestellung in ihrem praktischen Alltag geben. Sie stellen nicht zwingendes Recht dar, können aber verbindlichen Charakter erhalten, sei dies durch entsprechende vertragliche Regelungen oder verbandsrechtlich.⁸ 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 56ff. des Schweizerischen Strafgesetzbuchs festhalten, unter welchen Umständen der Richter, gestützt auf eine ärztliche Expertise, auf die Verhängung einer Strafe verzichten und statt dessen 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. Kap. D.). So akzeptiert der Richter, wenn er sich auf die Beurteilung des Arztes bezieht, damit die Regeln und Bedingungen der ärztlichen Tätigkeit.

8 Mit Aufnahme in die Standesordnung der FMH werden die Richtlinien für FMH-Mitglieder verbindliches Standesrecht.

C. Umsetzung des Anspruchs auf gleichwertige Behandlung → Kapitel 5.

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. Kap. 10.).

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, Pillenbox) 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.

D. Aufgaben des Arztes im Massnahmenvollzug → Kapitel 6.

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, verhältnismässig 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, wieviel 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 anvertrauten 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.

E. Durchführung von Zwangsbehandlungen → Kapitel 7.

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. 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.

F. Vorgehen bei Hungerstreik → Kapitel 9.

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 auseinander zu halten, 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 (vgl. Kap. 9.).
- Der im Hungerstreik stehenden Person muss täglich Nahrung angeboten werden (vgl. Kap. 9.).
- 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.

G. Pflichten bei der Ausschaffung → Kapitel 6.

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. 2.). Die SAMW-Richtlinien äussern sich detailliert zu den Pflichten im Zusammenhang mit Ausschaffungen (vgl. Kap. 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 Kabelbinder speziell gefesselt (Rückschaffung Level IV). Gestützt auf die EU-Rückführungsrichtlinie⁹ 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.

Medizinische Untersuchung in der Ausschaffungshaft

Die von einer zwangsweisen Ausschaffung (Rückführung) betroffene Person muss früh genug über die Rückführung informiert werden, damit eine von ihr verlangte oder aufgrund feststellbarer Anzeichen für gesundheitliche Störungen indizierte medizinische Untersuchung durchgeführt werden kann.¹⁰ Die Weiterleitung von Ergebnissen einer allfälligen medizinischen Untersuchung oder von weiteren medizinischen Informationen aus dem medizinischen Behandlungsverhältnis an Dritte, namentlich an Kantonale Stellen, an das Staatssekretariat für Migration (SEM) oder an Ärzte, welche den Flug begleiten (Begleitärzte) ohne Einverständnis des Patienten stellt eine Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht dar.

Personen in Ausschaffungshaft sind grundsätzlich als Risikopatienten zu betrachten. Es ist deshalb sehr wichtig, dass alle möglicherweise für die Gesundheit auf dem Flug relevanten Informationen bekannt sind. Der Gefängnisarzt (oder der behandelnde Arzt) entscheidet aber nicht, ob ein Patient transportfähig ist, sondern er beurteilt lediglich ob Kontraindikationen (gemäss Kontraindikationenliste¹¹) vorliegen. Er informiert die rückzuführende Person über die Wichtigkeit der Weitergabe dieser Informationen und motiviert sie, diese dem Begleitarzt zur Verfügung zu stellen. Sofern der Betroffene einverstanden ist, hält der Arzt allfällige Kontraindikationen, die ihm bekannt sind, «Ärztlichen Bericht im Rückkehrbereich/Wegweisungsvollzug» fest und leitet diesen in einem geschlossenen Couvert an die Vollzugsbehörde weiter.¹² Diese stellt das Couvert umgehend der

9 Rückführungsrichtlinie (Richtlinie 2008/115/EG).

10 Gemäss Art. 27 Abs. 3 Zwangsangwendungsgesetz sind betroffene Personen vor Beginn des Transports ärztlich zu untersuchen, wenn a) die betroffene Person dies verlangt oder b) Anzeichen für gesundheitliche Probleme feststellbar sind.

11 Vgl. Kontraindikationenliste «Medizinische Kontraindikationen für zwangsweise Rückführungen auf dem Luftweg» siehe: www.samw.ch → Ethik → Medizin im Strafvollzug.

12 Vgl. «Ärztlicher Bericht im Rückkehrbereich/Wegweisungsvollzug» www.samw.ch → Ethik → Medizin im Strafvollzug.

mit der medizinischen Begleitung beauftragten Organisation zu. Lehnt ein Patient die Weiterleitung der medizinischen Informationen ab, muss der Arzt dem Patienten aufzeigen, welche Konsequenzen dies haben könnte. In diesem Fall erfolgt lediglich die Mitteilung, dass der Patient die Weitergabe ärztlicher Informationen verweigert; dies ist in den Krankenakten des Patienten zu dokumentieren. Der Arzt muss jedoch gleichzeitig abwägen, ob die daraus resultierende Gefährdung des Patienten schwerwiegend genug ist, um eine Entbindung vom Arztgeheimnis durch die dafür zuständige Instanz zu rechtfertigen und gegebenenfalls die dafür nötigen Schritte unternehmen. Im Ausnahmefall, wenn das Leben oder die körperliche Integrität des Patienten oder Dritter unmittelbar gefährdet ist, kann der Arzt von sich aus von der Schweigepflicht abweichen und die zuständige Behörden informieren.

Medizinische Untersuchung durch Begleitärzte

Ärzte, welche zwangsweise Rückführungen begleiten, übernehmen eine Expertenfunktion. Der Begleitarzt muss genügend Zeit haben um eine seriöse Anamnese durchzuführen und er kann medizinische Zusatzabklärungen und -untersuchungen verlangen, wenn dies nötig ist. Er bestimmt die Rahmenbedingungen: Während der ärztlichen Untersuchung sollte die Person nicht gefesselt sein, auch Spucknetze sollten entfernt werden. Die räumlichen Verhältnisse müssen so gestaltet werden, dass die Vertraulichkeit gewahrt werden kann. Falls notwendig, muss ein Übersetzer hinzugezogen werden.

Seitens Vollzugsbehörden müssen vor der Untersuchung mindestens die folgenden administrativen Angaben zur Verfügung gestellt werden:

- Geschlecht;
- Alter;
- Zeitpunkt der letzten Mahlzeit;
- Hungerstreik (aktuell bis letzte 6 Monate).¹³

Mit Einverständnis der untersuchten Person nimmt der Begleitarzt Einsicht in den «Ärztlichen Bericht im Rückkehrbereich/Wegweisungsvollzug» und stellt bei Bedarf Rückfragen beim vorbetreuenden (Gefängnis-)Arzt. Problematisch sind Situationen, in welchen die rückzuführenden Personen das Gespräch verweigern und der Begleitarzt sich auf den klinischen Eindruck beschränken muss. Nach Durchführung der medizinischen Untersuchung entscheidet der Begleitarzt, ob die rückzuführende Person flugfähig ist oder nicht.

¹³ Die Information über einen Hungerstreik tangiert das Arztgeheimnis nicht, es handelt sich um eine administrative Information. Diese muss in jedem Fall weitergeleitet werden, das heisst auch dann, wenn die betroffene Person den Gefängnisarzt nicht von der Schweigepflicht entbunden hat.

Die Verantwortung für die Beurteilung der Transportfähigkeit und die medizinische Überwachung und Betreuung der rückzuführenden Person während des Flugs liegt beim Begleitarzt. Er kann der betroffenen Person eine medikamentöse Thromboseprävention empfehlen. Zwangsbehandlungen sind nicht zulässig. Der Begleitarzt übernimmt keine Verantwortung für die medizinische Nachbetreuung der rückgeführten Person. Er kann aber verlangen, dass wichtige Medikamente (z.B. Antihypertensiva, Antidepressiva, Antibiotika, antivirale Medikamente) für eine Überbrückungszeit von einigen Tagen zur Verfügung stehen.

Der Begleitarzt kann eine medizinische Begleitung verweigern, wenn eine Kontraindikation für den Transport vorliegt oder die Voraussetzungen für eine adäquate Beurteilung nicht erfüllt sind.

H. Medizinische Betreuung von Personen mit mutmasslichem Bodypacking

Allgemeine Grundsätze

Trennung zwischen Experten- und Therapeutenrolle

Im Zusammenhang mit Personen, bei denen der Verdacht auf Bodypacking besteht, kann der Arzt in einer Therapeutenrolle sein oder in einer Expertenrolle (Sachverständiger im Strafverfolgungsverfahren bzw. nach Zollgesetz). Ärzte, die zur Abklärung eines Verdachts auf Bodypacks eine radiologische Untersuchung durchführen, haben dem Sicherheitspersonal und den juristischen Autoritäten gegenüber eine Expertenrolle. Ärzte und weitere Gesundheitsfachpersonen, die den Patienten bis zur Ausstossung der Bodypacks überwachen, haben eine Therapeutenrolle. Von Notfallsituationen abgesehen, kann ein Arzt nicht gleichzeitig Experte und Therapeut sein. Dies bedeutet, dass der Arzt, der die radiologische Untersuchung zur Abklärung des Verdachts auf Bodypacks durchführt, nicht anschliessend die medizinische Überwachung des Patienten sicherstellen darf.

Gleichwertigkeit der Behandlung

Eine Person mit Verdacht auf und/oder Nachweis von Bodypacks hat Anrecht auf eine medizinische Betreuung und Behandlung, die jener der Allgemeinbevölkerung gleichwertig ist.

Keine Zwangsbehandlung

Die betroffene Person ist über gesundheitliche Massnahmen aufzuklären und muss diesen zustimmen. Verweigert die betroffene Person eine radiologische Untersuchung zur Abklärung des Verdachts auf Bodypacks, muss das Ausstossen möglicher Bodypacks in einem medizinischen Umfeld kontinuierlich überwacht werden.

Abklärung des Verdachts auf Bodypacks (Expertenrolle)

Der Arzt darf die durch die zuständige Zoll- oder Strafverfolgungsbehörde angeordneten Massnahmen nur durchführen, wenn sie verhältnismässig sind. Die Durchführung von Zwangsmassnahmen gehört nicht zur Expertenrolle des Arztes. Liegt eine konkrete Anordnung einer körperlichen Untersuchung durch die zuständige Zoll- oder Strafverfolgungsbehörde vor, entscheidet ein Kaderarzt, ob die Expertenrolle eingenommen werden kann oder nicht. Kommt er zu einem positiven Entscheid, gelten die nachfolgenden Grundsätze.

Diagnostische Analysen

- Zur Abklärung des Verdachts wird eine diagnostische Analyse durchgeführt. Der radiologische Experte leitet deren Resultate an die Sicherheitskräfte und/oder juristischen Autoritäten weiter.
- Alternativ zur Durchführung bildgebender Verfahren ist eine medizinische Überwachung möglich. Die Verwendung von speziellen Bodypack-Toiletten wird empfohlen (z.B. WC-Trieurs, wie sie beispielsweise die Universitäts-spitäler Genf oder Bern oder das Polizeigefängnis in Zürich haben).
- Verweigert die betroffene Person eine radiologische Untersuchung zur Abklärung eines Verdachts auf Bodypacks, ist es unverhältnismässig, diese zu erzwingen. Die Durchführung einer radiologischen Untersuchung unter Narkose ist ohne Einwilligung der betroffenen Person ebenfalls unverhältnismässig und daher nicht zulässig.
- Mittel der Wahl ist das Low-Dose-Computertomogramm (Low-Dose-CT) ohne Kontrastmittel. Das CT gibt Angaben zur Anzahl Bodypacks und deren Lokalisation.
- Bei Frauen muss vor der Bildgebung ein Schwangerschaftstest durchgeführt werden.
- Als Alternative steht bei schwangeren Frauen ein Ultraschall des Abdomens zur Verfügung. Diese Untersuchung ist jedoch weniger aussagekräftig.
- Der Nachweis von Drogen im Urin ist wenig sinnvoll, weil die Aussagekraft variabel ist (Sensibilität und Spezifität bei 37–50%) und bei Drogenkonsumenten falsch-positive Resultate zeigt. Sie ist zudem nicht geeignet, die Ruptur eines Bodypacks nachzuweisen.

Erhärtet sich der Verdacht auf Bodypacks, muss die betroffene Person medizinisch betreut werden.

Medizinische Überwachung und Betreuung bei Vorliegen von Bodypacks (Therapeutenrolle)

Bei einer Ruptur des Bodypacks ist das Todesrisiko hoch. Zur rechtzeitigen Erkennung einer Ruptur des Bodypacks muss eine medizinische Überwachung im Krankenhaus sichergestellt sein. Diese muss nach folgenden Grundsätzen durchgeführt werden:

- Die Überwachung muss lückenlos über 24 Stunden sichergestellt sein. Alle 2–4 Stunden müssen die Vitalparameter überprüft werden. Dazu gehört auch eine neurologische Analyse (Pupillen, Glasgow Coma Scale).
- Bei der Ausstossung des ersten Bodypacks sollte dessen Inhalt analysiert werden und das Resultat unverzüglich dem behandelnden Arzt mitgeteilt werden. Eventuelle Gesundheitskomplikationen können so rasch und gezielt behandelt werden.
- Der Arzt und weitere Gesundheitsfachpersonen dürfen bei Patienten mit intakter Urteilsfähigkeit keine Zwangsmassnahmen durchführen; dies auch dann nicht, wenn die betroffene Person in Polizeigewahrsam ist.

Anamnese

Folgende Angaben müssen zwingend erhoben werden:

- *Angaben zum Bodypack*: Anzahl Bodypacks, Verpackung (industriell oder handwerklich), transportierte Substanz, Zeit seit der Ingestion, Einnahme von Spasmolytika, konstipierender Medikamente.
- *Risikofaktoren*: Verdauungsbeschwerden, Stuhl mit Fragmenten des Bodypacks, abdominal-chirurgische Anamnese.
- *Psychischer Zustand, insb. Suizidalität*: Kontext der Inhaftierung, Risiko autoaggressiver Aktivität, Evaluation spezifischer Vulnerabilität (Suchtmittelabhängigkeit mit Risiko der Einnahme des Inhalts des Bodypacks, Psychose, psychische Fragilität).

Durchführung einer umfassenden klinischen Untersuchung mit dem Ziel, die Risikofaktoren zu ermitteln:

- *Anzeichen einer akuten Vergiftung*: Miosis/Mydriasis, Agitation, Somnolenz, Tachypnoe, Bradypnoe.
- *Anzeichen von Komplikationen der Verdauung*: Ileus, Schmerzen, Peritonismus.
- *Anzeichen von gynäkologischen Komplikationen (bei vaginalen Bodypacks)*: bakterieller Infekt (Vaginitis/Salpingitis).
→ **CAVE**: Keine Untersuchung der Kavität (Vagina oder Rektum), weil dabei ein Risiko besteht, das Bodypack zu verletzen.

Behandlung asymptomatischer Patienten

- Die medizinische Überwachung muss bis zur natürlichen Ausstossung des letzten Bodypacks sichergestellt sein.
- Bei der Verwendung von Laxativa ist Vorsicht geboten, weil das Risiko des Platzens der Bodypacks besteht. Mit der gebotenen Sorgfalt ist der Einsatz aus medizinischen Gründen möglich, nicht jedoch zur Beschleunigung der Ausstossung der Bodypacks. Der Einsatz von osmotischen Laxativa (Magrogol, Klean-Prep etc.): 1,5–2 l oral/Magensonde oder Kontaktabführmittel (Picosulfat) mit üblicher Dosierung.
→ **CAVE:** Es besteht eine absolute Kontraindikation, Laxative auf Ölbasis einzusetzen, weil diese die Porosität des Bodypacks erhöhen können.
- Nach drei erfolgten Stuhlgängen ohne Bodypack und/oder nach Ausstossung der anamnestisch ermittelten Anzahl Bodypacks soll eine radiologische Untersuchung (Low-Dose-CT) zur Kontrolle durchgeführt werden.
- Bei fehlender oder unvollständiger Ausstossung der Bodypacks ist spätestens nach 5–7 Tagen eine chirurgische Intervention indiziert.

Behandlung symptomatischer Patienten (Bodypacker-Syndrom)

Bei akuter Intoxikation ist unter Berücksichtigung der Stabilität des Patienten ein notfallmässiger chirurgischer Eingriff (Laparotomie) mit anschliessender Verlegung des Patienten auf die Intensivstation indiziert.

Die Entgiftung erfolgt auf folgender Basis¹⁴ und soll mit der zuständigen Leitung Notfall- bzw. Intensivmedizin abgesprochen sein:

- *Bei einer Intoxikation durch Opioide:* Schutz der Atemwege, Verabreichung von Naloxon zur Sicherstellung einer angemessenen Spontanatmung:
 - bei Spontanatmung: 0,04–0,05 mg i.v. mit anschliessender Titration;
 - bei Apnoe: 0,2–1 mg i.v. mit anschliessender Titration.
- *Bei einer Intoxikation durch Sympathomimetika (Kokain):*
 - bei Agitation: Lorazepam 1 mg i.v. oder Midazolam 5–10 mg i.v. alle 3–5 Minuten;
 - bei Bluthochdruck: Lorazepam 1 mg i.v. oder Midazolam 5–10 mg i.v. alle 3–5 Minuten oder Phentolamin 1–5 mg i.v. alle 5–15 Min;
→ **CAVE:** Betablocker sind kontraindiziert;
 - bei myokardialer Ischämie: Lorazepam oder Midazolam (supra), Acetylsalicylsäure 100 mg per os, Nitroglyzerin 0,4 mg s.l.;
 - bei Torsades de pointes wegen verlängertem QT-Intervall: Magnesium i.v..

14 Stand Oktober 2018.

Referenzdokumente

Vereinte Nationen

Body of Principles for the Protection of All Persons under Any Form of Detention or Imprisonment.

Adopted 1989.

Istanbul Protocol Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment.

1999.

Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners.

Adopted 1955.

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.

Europarat

Recommendation Rec(2006)2 on the European Prison Rules.

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.

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.

Weltärztereinigung (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 Divonee-les-Bains 2005.

Declaration on Hunger Strikers.

Malta 1991, revised Marbella 1992, revised Pilanesberg 2006.

Statement on Body Searches of Prisoners.

Budapest 1993, revised Divonee-les-Bains 2005.

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.

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.

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

Nurses' role in the care of detainees and prisoners.
Adopted 1998, revised 2006.

ICN code of ethics for nurses.
13.11.2009.

Literatur zur Umsetzung der Richtlinien zu den Anhängen A–F

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 TW.
La santé en milieu carcéral. *Bulletin d'information pénitentiaire.* 1987; 10: 10–12.

Jurgens R, Ball A, Vester 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: Guilloid O, Sprumont D (Hrsg.). *Rapports entre médecins et autorités: indépendance ou collaboration?* 2011; 153 ff.

Rüetschi D.
Ärztliches Ständesrecht in der Schweiz – Die Bedeutung der Medizin-ethischen Richtlinien der schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften. In: *Die Privatisierung des Privat-rechts – rechtliche Gestaltung ohne staatlichen Zwang.* *Jahrbuch Junger Zivilrechtswissenschaftler* 2002; 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 Détenués. Mai 2009. www.unine.ch/ids/.

Wolff H, Sebo P, Haller DM, Eytan A, Niveau G, Bertrand D, Getaz L, Cerutti B.
Health problems among detainees in Switzerland: a study using the ICPC-2 classification. *BMC Public Health.* 2011; 11: 245.

Literatur zu Anhang H

Beauverd Y, Poletti PA, Wolff H, Ris F, Dumonceau JM, Elger B.
A body-packer with a cocaine bag stuck in the stomach. *World Journal of Radiology.* 2011; 3(6): 155–8.

Gsell M, Perrig M, Eichelberger M, Chatterjee B, Stoll U, Stanga Z.
[Body-packer & body-stuffer – a medical challenge]. *Praxis.* 2010; 99(9): 533–44.

Jalbert B, Tran NT, von Düring S, Poletti PA, Fournier I, Hafner C, Dubost C, Gétaz L, Wolff H.
Apple, condom, and cocaine – body-stuffing in prison: a case report. *Journal of Medical Case Reports.* 2018; 12(1): 35.

Markun S, Flach PM, Schweitzer W, Imbach S.
[Bodypacking]. *Praxis.* 2013; 102(15): 891–901.

Poletti PA, Canel L, Becker CD, Wolff H, Elger B, Lock E, Sarasin F, Bonfanti MS, Dupuis-Lozeron E, Perneger T, Platon A.
Screening of illegal intracorporeal containers («body packing»): is abdominal radiography sufficiently accurate? A comparative study with low-dose CT. *Radiology.* 2012; 265(3): 772–9.

Platon A, Herrera B, Becker M, Perneger T, Gétaz L, Wolff H, Lock E, Rutschmann O, Poletti PA.
Detecting illegal intra-corporeal cocaine containers: which factors influence their density? *Clinical Imaging.* 2018; 51: 235–9.

Hinweise zur Ausarbeitung dieser Richtlinien

Auftrag

Am 3. Dezember 1999 hat die Zentrale Ethikkommission der SAMW eine Subkommission mit der Ausarbeitung von Richtlinien zur Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten Personen beauftragt.

Verantwortliche Subkommission

Dr. Jean-Pierre Restellini, Genf, Präsident
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

Vernehmlassung

Am 29. November 2001 hat der Senat der SAMW eine erste Fassung dieser Richtlinien zur Vernehmlassung genehmigt.

Genehmigung

Die definitive Fassung dieser Richtlinien wurde am 28. November 2002 vom Senat der SAMW genehmigt.

Umsetzung der Richtlinien

Die «Hinweise zur praktischen Umsetzung der Richtlinien» im Anhang wurden am 20. Januar 2012 von der Zentralen Ethikkommission der SAMW genehmigt. Die Erarbeitung erfolgte durch eine Arbeitsgruppe unter der Leitung von Prof. Christian Kind mit folgenden Mitgliedern: Dr. Bidisha Chatterjee, Dr. Monique Gauthey, Prof. Bruno Gravier, Prof. Samia Hurst, Dr. Fritz Ramseier, lic. iur. Michelle Salathé, Anna Schneider Grünenfelder, Prof. Dominique Sprumont, Marianne Wälti-Bolliger, Dr. Hans Wolff.

Anpassungen

Die vorliegenden Richtlinien wurden im Jahr 2012 der in der Schweiz ab 1.1.2013 gültigen Rechtslage angepasst (Schweizerisches Zivilgesetzbuch; Erwachsenenschutz, Personenrecht und Kindesrecht, Art. 360 ff.; Änderung vom 19. Dezember 2008).

Anhang Lit. G wurde mit Senatsbeschluss vom 19. Mai 2015 ergänzt. Eine redaktionelle Anpassung erfolgte per 1.1.2017.

Anhang Lit. H wurde mit Senatsbeschluss vom 29. November 2018 ergänzt. Autorinnen und Autoren des Anhangs H: Prof. Dr. iur. Regina Aebi-Müller, Dr. med. André Juillerat, lic. iur. Michelle Salathé MAE, Dr. med. Nguyen-Toan Tran, Prof. Dr. med. Hans Wolff. Der Anhang H wurde von der Konferenz Schweizerischer Gefängnisärzte (KSG) zustimmend zur Kenntnis genommen (Beschluss vom 30. August 2018).

