

Ethische Aspekte der psychiatrischen Grundversorgung in Ausschaffungshaft

Konstantin Moskvitin^a

^a Psychiatrisch-Psychologischer Dienst, Amt für Justizvollzug, Kanton Zürich

Das Schweizerische Bundesgesetz über die Ausländerinnen und Ausländer (AuG) regelt im 5. Abschnitt (Art. 75 bis 78) die Art und Dauer von Zwangsmassnahmen an ausländischen Personen, die sich unrechtmässig im schweizerischen Staatsgebiet aufhalten [1]. Das betrifft in einer Vielzahl der Fälle abgelehnte Asylbewerber, aber auch andere Personen wie beispielsweise Straftäter, die in ihr Heimatland ausgeschafft werden müssen. Die Freiheitsentziehung wird in die Vorbereitungs-, Ausschaffungs-, und Durchsetzungshaft gegliedert, wobei die maximale Haftdauer im Regelfall sechs Monate beträgt. Kooperiert die betroffene Person nicht mit der zuständigen Behörde oder verzögert sich die Übermittlung der für die Ausreise erforderlichen Unterlagen, kann die Haftdauer mit Zustimmung der kantonalen richterlichen Behörde um höchstens zwölf Monate verlängert werden. Diese Gesetzgebung ist deutlich weniger restriktiv als in Ländern wie Australien, Hongkong, den Niederlanden oder Grossbritannien, wo der Freiheitsentzug theoretisch auf unbestimmte Zeit erfolgen kann. Dennoch wird die Inhaftierungspraxis kontrovers diskutiert. Besonders intensiv werden die Diskussionen unter Einbezug ethischer Fragen dann geführt, wenn es bei der Ausschaffung zu Todesfällen kommt [2]. Es ist jedoch auch abseits von aufgeheizten Diskussionen notwendig, sich der ethischen Fragestellungen bewusst zu werden. Nach Beauchamp und Childress sind für das ärztliche Handeln das Prinzip der Schadensvermeidung (*noli nocere*), das Prinzip des Respekts vor der Autonomie, das Prinzip der Wohltätigkeit und das Prinzip der Gerechtigkeit von entscheidender Bedeutung [3]. Nachfolgend wird dargelegt, wie diese Prinzipien im Alltag der Ausschaffungshaft gelebt werden.

Im Kanton Zürich erfolgt die allgemeinmedizinische Versorgung der Ausschaffungshäftlinge durch einen gefängnisexternen Arzt. Die psychiatrische Versorgung hingegen obliegt dem Psychiatrisch-Psychologischen Dienst (PPD) des kantonalen Amtes für Justizvollzug. Der Psychiater befindet sich deshalb in einer von Anfang an problematischen Situation. Folgt er dem Prinzip der Wohltätigkeit, können ihn die Gefängnismitarbeiter als befangen empfinden. Von den Ausschaffungshäftlingen wird er häufig als ein Teil des repressiven Systems wahrgenommen. Die Mehrzahl der psychiatrischen Konsultationen geschieht aufgrund von Anpassungsstörungen. Gemäss der internationalen Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 handelt es sich dabei um Zustände von subjektiver Bedrängnis

und emotionaler Beeinträchtigung, die nach belastenden Lebensereignissen auftreten [4]. Hier wird die kausale Rolle der Belastung, im konkreten Falle der Inhaftierung zwecks Ausschaffung angenommen. Aus einer Situation heraus, in der der Mediziner mit dem System, das die Belastung hervorgerufen hat, identifiziert wird, ergibt sich eine ethisch konfliktträchtige Situation. Es ist zwar denkbar, dass ein authentisches und klärendes Gespräch diese entschärfen kann, die Praxis zeigt jedoch, dass die meisten Patienten für eine solche Intervention erst im Lauf der Zeit zugänglich werden.

Vignette 1: Zur psychiatrischen Visite wird ein 21-jähriger Kroatier angemeldet. Er ist seit wenigen Tagen in der Ausschaffungshaft und fällt durch desorganisiertes Verhalten auf. In der psychiatrischen Untersuchung zeigt er inadäquaten Affekt, starke Impulsivität und zerfahrene Sprachproduktion. Bei Verdachtsdiagnose einer Schizophrenie erfolgt eine antipsychotische Medikation, worauf die Symptomatik nur ungenügend beherrschbar ist. Bei ausbleibender Besserung des psychischen Zustandes wird an das kantonale Migrationsamt gemeldet, dass die Hafterstehungsfähigkeit des Patienten akut und wahrscheinlich auch dauerhaft aufgehoben ist. Daraufhin wird die Haftentlassung verfügt. Nach dem Haftaustritt erfolgt eine notfallmässige psychiatrische Zuweisung mittels fürsorglicher Freiheitsentziehung (FFE) in die geschlossene Akutabteilung der zuständigen psychiatrischen Klinik.

Ein im institutionellen Rahmen tätiger Psychiater ist u.a. an die institutionsinternen Regelungen und Vorgaben gebunden. Dadurch entsteht die Situation, dass der Arzt in Kenntnis der Noxe (Inhaftierung, Verbleib in Haft) und der daraus entstandenen gesundheitlichen Störung (Anpassungsstörung) aufgrund von institutionellen Vorgaben erst nach dem Erreichen einer bestimmten Grenze (aufgehobene Hafterstehungsfähigkeit) Massnahmen ergreifen kann, welche auf die Noxe direkt eine Auswirkung haben (Meldung an die zuständige Behörde und in deren Folge Haftentlassung). Erreicht die Situation bestimmte Grenzen nicht (erhaltene Hafterstehungsfähigkeit), wird die Noxe infolge des ärztlichen Handelns nicht eliminiert, sondern es werden lediglich Massnahmen ergriffen, die geeignet sind, die Symptome der gesundheitlichen Störung zu minimieren (Verabreichung der Medikation, psychotherapeutische supportive Intervention).

Im Gegensatz zu einer Zwangsbehandlung in einer psychiatrischen Klinik beteiligt sich der Psychiater in der Ausschaffungshaft nicht aktiv an der Gestaltung von Zwangsmassnahmen. Diese sind nichtmedizinischer Natur und werden durch die Organe der Justiz ausgeführt. Von medizinischen Zwangsmassnahmen (mechanische Fixierung, Zwangsmedikation) wird in der Ausschaffungshaft Abstand genommen. Es kann allerdings durchaus vorkommen, dass der Mediziner die politischen und institutionellen Vorgaben in Bezug auf die abgelehnten Asylbewerber als ethisch bedenklich empfindet, insbesondere wenn es sich bei fehlender Delinquenz um eine rein administrative Freiheitsentziehung handelt. Es ist insofern generell zu hinterfragen, inwieweit das Prinzip des Respektes vor Autonomie durch den Mediziner beachtet werden kann und wo diese Beachtung ihre Grenzen findet. Autonomie bedeutet per Definition das Verfügen über eine angemessene Anzahl von Möglichkeiten, die der jeweiligen Person eine Lebensführung gemäss ihren eigenen Vorstellungen erlauben [3]. Die Letzteren sind für die meisten Ausschaffungshäftlinge mit der Idee des Verbleibs in der Schweiz verbunden, wobei die Inhaftierung die ausgeprägteste Form der Einschränkung von Autonomie darstellt. Ein Mediziner ist jedoch weder berechtigt noch imstande, die Art und Weise von Zwangsmassnahmen direkt zu verändern. Auch hier befindet er sich im Spannungsfeld der Interessen und kann sich aus ethischem Empfinden heraus gezwungen sehen, die aus seiner Sicht unzulänglichen oder gar falschen politischen Vorgaben durch eigenes Handeln auszugleichen. Das folgende Beispiel zeigt, wie ein solches Handeln ohne eine Verstrickung in ethische Widersprüche möglich ist.

Vignette 2: Ein 27-jähriger Ausschaffungshäftling aus Nordafrika setzt die Aufseher darüber in Kenntnis, dass er keine Nahrung mehr zu sich nehmen möchte und wird daraufhin der psychiatrischen Konsultation zugeführt. Es stellt sich ein athletisch gebauter, muskulöser Mann vor, der trotz der Angabe, seit mehreren Tagen nichts gegessen und nichts getrunken zu haben, offensichtlich in vollem Besitz seiner körperlichen Kräfte ist. Es ergeben sich keine Anhaltspunkte für eine Beeinträchtigung des Urteilsvermögens. Im Gespräch wird deutlich, dass der Insasse sich durch die Polizei und das Migrationsamt ungerecht behandelt fühlt. Eine klärende Intervention bewirkt, dass der Insasse noch am selben Tag Nahrung zu sich nimmt.

Sowohl für die Schweiz als auch in der internationalen Perspektive liegen keine systematischen Erhebungen zum Thema Hungerstreik in Ausschaffungshaft vor. Es wird aufgrund von anekdotischen Beschreibungen berichtet, dass die meisten Inhaftierten, die in den Hungerstreik treten, nicht im eigentlichen Sinne suizidal sind. Es handelt sich vielmehr um ein appellatives bzw. manipulatives Verhalten, das eine positive Verände-

rung ihrer Situation (z.B. Haftentlassung) bewirken soll. Aus der Literatur ist bekannt, dass Hungerstreiks infolge von psychischen Erkrankungen selten sind [5]. Unsere Beobachtungen aus der psychiatrischen Grundversorgung von Inhaftierten stimmen mit diesen Berichten überein. Es ist insofern berechtigt, die Nahrungsverweigerung in diesem Kontext als grösstenteils dysfunktionales kommunikatives Verhalten zu sehen. Zwar kann der Psychiater aufgrund seiner fachlichen Qualifikation die kommunikative Funktion dieses Verhaltens zuverlässig erkennen, um die Situation im weiteren Verlauf positiv zu beeinflussen, jedoch bleibt auch er von Gefühlen der Ohnmacht und der Hilflosigkeit nicht verschont.

Das Prinzip der gerechten Ressourcenverteilung gewinnt insbesondere im Lichte der aktuellen Schweizer Erhebungen an Bedeutung. Diese zeigen, dass abgelehnte Asylbewerber im Vergleich zur Asylbewerber mit sicherem Aufenthaltsstatus signifikant mehr Psychopathologien aufweisen [6]. Da sich das Wachpersonal in der Ausschaffungshaft zunehmend der eigenen Betreuerrolle bewusst ist, wird vermehrt auf die Verhaltensbesonderheiten der Insassen geachtet. Deshalb erfolgt eine psychiatrische Konsultation teilweise bereits dann, wenn vom Insassen noch keine psychischen Beschwerden geäussert werden. Das heisst aber auch, dass es unter diesen Umständen in der Freiheit eher zu keiner psychiatrischen Konsultation gekommen wäre. Abschliessend kann gesagt werden, dass bei der Tätigkeit eines Psychiaters in der Ausschaffungshaft die Prinzipien der Gerechtigkeit und des Respekts vor Autonomie ohne Abstriche eingehalten werden. Die Prinzipien der Schadensvermeidung und der Wohltätigkeit werden zwar tangiert, allerdings nicht entscheidend verletzt, denn die administrativen Vorgaben verunmöglichen es nicht, Gesundheitsschaden bei den Insassen zu vermeiden oder zu deren Wohl zu handeln.

Korrespondenz

Dr. med. Konstantin Moskvitin
Psychiatrisch-psychologischer Dienst
Amt für Justizvollzug
Feldstr. 42
CH-8006 Zürich
E-Mail: konstantin.moskvitin[at]hin.ch

Referenzen

1. Bundesgesetz über die Ausländerinnen und Ausländer. SR 101, BBl 2005 73652005.
2. Nef J. Begleitung einer Ausschaffung durch Aerzte: ethische Aspekte. Schweiz Aertzzeitg. 2011;92:18.
3. Beauchamp TL, Childress JF. Respect for autonomy. Principles of Biomedical Ethics. 1994;5:57-112.
4. Dilling H, Mombour W, Schmidt M, Schulte-Markwort E. Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Forschungskriterien. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber; 1994.
5. Brockman B. Food refusal in prisoners: a communication or a method of self-killing? The role of the psychiatrist and resulting ethical challenges. J Med Ethics. 1999;25(6):451-6.
6. Mueller J, Schmidt M, Staeheli A, Maier T. Mental health of failed asylum seekers as compared with pending and temporarily accepted asylum seekers. Eur J Publ Health. 2011;21(2):184-9.