

Zwangswise Rückführung aus der Bewachungsstation

Markus Eichelberger^a

^a Dr. med., Spitalfacharzt II, Bewachungsstation, Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin, Inselspital Bern, Schweiz

Abstract

This text reflects upon some specific ethical ambivalences in the context of a prison unit in a Swiss University Hospital. Suitably, the Swiss Academy of Medical Science (SAMS) has published ethical recommendations with regard to the deportation of prisoners after clarifying the roles of the treating physician and the physician accompanying the transport. For example, this procedure shall respect the basic rules governing the physician-patient relationship, such as the maintenance of confidentiality. However, the following article focuses on the ethical problem in regard to “forced” deportation, and thus challenging our work as prison doctors, despite of the existing ethical guidelines of the SAMS.

Die SAMW äussert sich in ihren Richtlinien differenziert zu den Aufgaben des behandelnden Arztes und des die Rückführung begleitenden Arztes bei zwangsweisen Ausschaffungen. Der Austausch medizinischer Informationen zwischen dem behandelnden und dem Begleitarzt wurde 2015 im Rahmen des von der Zentralen Ethikkommission (ZEK) geforderten Systemwechsels geklärt und die Verantwortlichkeiten der Beteiligten definiert [1]. Grundsätzlich wird der Systemwechsel sowohl von Behörden als auch von ärztlicher Seite positiv beurteilt [2]. Der Systemwechsel hat zur Folge, dass der behandelnde Arzt nicht mehr die Transportfähigkeit mittels des «fit to fly»-Formulars bestätigen muss, sondern einen Bericht (ärztlicher Bericht im Rückkehrbereich/Wegweisungsvollzug) erstellt, in dem Gesundheitsprobleme, medizinische Kontraindikationen und die für die Rückführung notwendige medizinische Behandlung und Medikation festgehalten werden. Dieser Bericht wird den Ärzten zugestellt, welche im Auftrag der Behörden die Transportfähigkeit beurteilen und die medizinische Begleitung während des Transports sicherstellen. Die Ärzte, die zwangsweise Rückführungen begleiten, übernehmen somit eine Expertenfunktion. Der Austausch der medizinischen Informationen erfolgt nur, wenn das Einverständnis des Patienten vorliegt. Diese Anpassungen führten zu einer Verbesserung des medizinischen Datenaustauschs und zu einer Entlastung der betreuenden Ärzte, da ihre Rolle von der des Arztes, der die Transportfähigkeit beurteilt, klar getrennt wurde. Die Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidung mit Wahrung des Berufsgeheimnisses ist für das Vertrauensverhältnis zum Patienten zentral und konnte mit diesem Systemwechsel gestärkt werden [2].

Nichtsdestotrotz stehen die behandelnden Ärzte weiterhin im Spannungsfeld ihrer ärztlichen Berufsethik und der Vollzugspraxis [3]. Anhand eines Fallbeispiels der Bewachungsstation, einer Spital-Gefängnisabteilung im Kanton Bern, wird das Spannungsfeld bei direkten Ausschaffungen kritisch reflektiert.

Bewachungsstation am Inselspital

Benötigen Ausschaffungshäftlinge eine stationäre Krisenintervention mit medizinischer Behandlung, besteht die Möglichkeit der Zuweisung auf die Bewachungsstation, welche eine Gefängnisabteilung des Kantons Bern am Inselspital ist.

Die Bewachungsstation ist eine Vollzugseinrichtung des Amtes für Justizvollzug des Kantons Bern (AJV). Die medizinische Versorgung wird von der Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin des Inselspitals unter Beizug anderer Fachkliniken sichergestellt. Es besteht eine verbindliche, vertraglich geregelte Abgrenzung zwischen Justiz und Medizin. Das Medizinalpersonal ist unabhängig und kann entsprechend den medizinethischen Richtlinien arbeiten. Diese hierarchische Unabhängigkeit des Medizinalpersonals vom AJV ist einzigartig im Kanton Bern und in der gesamten Deutschschweiz.

Berufsethische Vorgaben in der Gefängnismedizin

Medizinethische Vorgaben für die medizinische Versorgung in Gefängnissen sind in verschiedenen Resolutionen, Richtlinien, Deklarationen und Empfehlungen von diversen Organisationen wie den United Nations (UNO), dem European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT), dem Weltärzteverband (WMA) und der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) formuliert worden [4]. Sie sind unbestritten sowie international anerkannt und nehmen Bezug auf den Schutz der Würde der Inhaftierten, die unantastbar ist. Das medizinische Personal auf der Bewachungsstation nimmt konkret Bezug auf die Richtlinien der SAMW, die sich mit den Empfehlungen der CPT decken und unter anderem auf den bioethischen Prinzipien von Beauchamp and Childress basieren [5–7]. Dies bedeutet, dass sich der behandelnde Arzt um die Gesundheit und das Wohlergehen der Gefangenen unter Berücksichtigung der sieben Prinzipien, die in den

Standards des europäischen Komitees für die Verhütung von Folter (CPT) festgelegt sind, zu kümmern hat [6]. Dabei handelt es sich um nachfolgende Prinzipien [6]:

1. ungehinderter Zugang zu einem Arzt;
2. gleichwertige medizinische Behandlung wie in Freiheit;
3. Vertraulichkeit zwischen Arzt und Patient;
4. Prävention;
5. humanitäre Unterstützung;
6. Unabhängigkeit;
7. Fachkompetenz.

Auch der Systemwechsel bei Zwangsrückführungen basiert auf diesen berufsethischen Prinzipien.

Gerade bei der Behandlung von Patienten in Ausschaffungshaft ist aus ärztlicher Sicht nicht nur das aktuelle Wohlergehen, sondern auch das zukünftige Wohlergehen am Zielort ein wichtiger Punkt. Denn im Wissen, dass das Wohlergehen infolge mangelnder Medikamente und/oder finanzieller Not am Zielort möglicherweise gefährdet ist, ist eine Ausschaffung aus medizinethischer Sicht problematisch. Ethische Probleme bestehen trotz der Unabhängigkeit der behandelnden Ärzte des Inseleitals und trotz der ausgearbeiteten Richtlinien des Systemwechsels.

Nachfolgend wird ein exemplarisches Fallbeispiel geschildert, das die ethischen Probleme der Behandelnden auf der medizinischen Bewachungsstation bei Patienten in Ausschaffungshaft aufzeigt.

Fallbeispiel: Patient in Ausschaffungshaft auf der Bewachungsstation im Inseleital

Eine Person in Ausschaffungshaft wird wegen selbstgefährdendem Verhalten vom Gefängnis auf die Bewachungsstation zur Behandlung eingewiesen. Der medizinische Zustand des Patienten verbessert sich während des stationären Aufenthalts nicht, sodass eine Rückverlegung ins Gefängnis nicht möglich ist. Die Behörden beabsichtigen dennoch, die bereits organisierte zwangsmässige Rückführung zu vollziehen. Sie fordern den betreuenden Arzt auf, den Patienten nicht über die bevorstehende Rückführung zu informieren. Es ist jedoch festzuhalten, dass es für den Arzt schwierig ist, den ärztlichen «Bericht Rückkehrbereich/Wegweisungsvollzug» auszufüllen im Wissen, dass der Patient nicht über die unmittelbar bevorstehende Rückführung informiert ist. Der Arzt holt die Zustimmung des Patienten ein, hält die gesundheitlichen Probleme und die Medikamente im ärztlichen Bericht «Rückkehrbereich/Wegweisungsvollzug» fest und beurteilt, ob medizinische Kontraindikationen vorliegen. Diesen Bericht stellt er in einem verschlossenen Umschlag der Behörde zu, die ihn dann an den Arzt, der die Transportfähigkeit beurteilt, weiterleitet. Da aus Sicht des begleitenden Arztes keine Kontraindikation für den

Transport besteht, wird der Patient direkt aus der Bewachungsstation ausgeschafft. Der Patient wird somit aus einer medizinischen Institution während der laufenden Behandlung ausgeschafft.

Kommentar

Theoretisch sind alle Kernanliegen des Ausschaffungsprozederes erfüllt. Jeder Beteiligte hat entsprechend der Regelung unabhängig beurteilt und entschieden. Der behandelnde Arzt hat sich von der Schweigepflicht entbunden, er hat die aktuelle Gesundheitsproblematik (Hospitalisationsdiagnose), die Medikamente und die Gesundheitsgefährdung durch die Ausschaffung im Bericht festgehalten und weitergeleitet. Der transportbegleitende Arzt, der den ärztlichen Bericht gelesen hat, hat den Patienten für transportfähig beurteilt, sodass die Ausschaffung durchgeführt wird. Obschon alles gemäss der neuen Regelung abläuft, bleibt ein Unbehagen bei den behandelnden Medizinalpersonen, denn ihnen wurde ein Patient aus ihrer Behandlung «entwendet».

Diskussion

In Bezugnahme auf die medizinethischen Richtlinien wird im oben geschilderten Fallbeispiel das Grundprinzip, dass der Arzt sich um das Wohlergehen und die Gesundheit des Inhaftierten kümmern soll, strapaziert. Konkret bedeutet dies, dass dem Arzt die Möglichkeit zur Respektierung dieses Prinzips entzogen wird. Auch das Prinzip der Vertraulichkeit und die Respektierung der Arzt-Patienten-Beziehung wird tangiert, wenn dem Arzt das Ausschaffungsdatum bekannt ist, aber dem Patienten nicht mitgeteilt werden soll. Dazu ist festzuhalten, dass es sich nicht um eine medizinische, sondern um eine vollzugstechnische Information handelt, wie z.B. Haftentlassung, Verlegung in ein anderes Gefängnis. Die Übermittlung solcher Informationen kann das Arzt-Patienten-Verhältnis belasten, die Information sollte deshalb durch Vollzugspersonen (Bewacher etc.) erfolgen.

Die Ausschaffung wird schliesslich vollzogen, unabhängig davon, ob sich der Patient noch in stationärer Behandlung befindet oder nicht. In einer solchen Situation kann sich der betreuende Arzt nicht mehr unabhängig um das Wohl des Patienten kümmern. Die wesentliche Frage, die er sich stellen muss, um zu prüfen, ob er entsprechend der Berufsethik handelt, ist: «Geschieht meine Handlung im Interesse des Patienten?» Die Frage muss hier mit «Nein» beantwortet werden.

Erfolgt die Ausschaffung des Patienten direkt aus der Bewachungsstation, d.h. mitten aus der Behandlung, so erfolgt sie gegen den Willen des behandelnden Arztes. Dies gilt auch dann, wenn bei einem Patienten we-

gen Suizidalität infolge einer psychischen Erkrankung der Transport so organisiert wird, dass keine akute Selbstgefährdung besteht. Denn aus Sicht des Behandlers besteht immer noch eine Hospitalisations- und Behandlungsbedürftigkeit. Es stellt sich deshalb grundsätzlich die Frage, ob eine Ausschaffung aus einem Gefängnisspital im Rahmen einer Behandlung aus ethischer Sicht grundsätzlich überhaupt vertretbar ist. Eine medizinische Behandlung bedeutet, einen Behandlungsplan zur Verbesserung des Gesundheitszustands des Patienten zu haben und diesen zu verfolgen. Der durch den Vollzug der Rückführung erzwungene Abbruch einer notwendigen Behandlung verletzt das Fürsorgeprinzip des Arztes [8]. Bei diesem steht die aktive Förderung des Wohlergehens im Vordergrund und nicht nur die Verhinderung von Schaden. Gerade die Fürsorge hat aufgrund des Zwangscharakters der Gefängnisinstitution und der Vulnerabilität der Ausschaffungshäftlinge einen hohen Stellenwert.

Der Konflikt für den Arzt entsteht in diesem Fall infolge der übertragenen dualen Loyalität. Er steht einerseits in der Pflicht, sich in das Gefängnisssystem einzufügen, die Abläufe zu akzeptieren und die Interessen des Gefängnisses und der Behörden zu respektieren. Andererseits hat er den Anspruch, den Patienten entsprechend der medizinischen Berufsethik zu behandeln, das heisst im Interesse des Patienten zu handeln und sich um dessen Wohlergehen zu kümmern. In diesem Fall ist jedoch die Berücksichtigung der medizinethischen Richtlinien erschwert oder gar nicht möglich, weil über den Austritt des Patienten aus dem Behandlungssetting verfügt werden kann, obschon der Patient aufgrund eines medizinischen Leidens behandlungsbedürftig ist. Die Aufgabe des ärztlichen Experten, der die Transportfähigkeit im Rahmen einer Ausschaffung beurteilt, ist davon abzugrenzen. Dass der Patient aus einer stationären Behandlung heraus an einen anderen Ort transportiert wird, an dem die Weiterbehandlung unbekannt und unsicher ist, spielt bei der Beurteilung der Transportfähigkeit eine geringe Rolle. Im Gegensatz dazu ist aus Sicht des behandelnden Arztes sowohl das aktuelle als auch das zukünftige Wohlergehen ein zentraler Punkt der Behandlung, weshalb sich der Behandlungsauftrag bzw. die Behandlungsmotivation der beiden verschiedenen Ärzte grundlegend unterscheidet.

Konklusion

Eine direkte Ausschaffung aus der Bewachungsstation ist aus oben genannten Gründen aus medizinethischer Sicht nicht vertretbar. Die Rahmenbedingungen müssten von den Verantwortlichen unter Einbezug der Ärzteschaft reflektiert und angepasst werden. Eine Änderung der Ausschaffungspraxis aus der Bewachungsstation müsste den Instanzen, die die Ausschaffungen organisieren und vollziehen, dementsprechend kommuniziert werden.

Interessenkonflikt: Der Autor bestätigt, dass hinsichtlich des Beitrags keine Interessenkonflikte bestehen.

Korrespondenz

Markus Eichelberger
Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin
Inselgruppe AG
Freiburgstrasse 18
CH-3010 Bern

E-Mail: Markus.Eichelberger[at]insel.ch

Referenzen

1. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). Abrufbar unter: www.samw.ch/de/Ethik/Medizin-im-Straf-und-Massnahmenvollzug/Zwangsweise-Rueckfuehrung-von-Personen.html (Zugriff: 27.8.2017).
2. Gilli Y, Salathé M, Wolff H. Austausch medizinischer Informationen bei Personen-Rückführungen. Schweizerische Ärztezeitung. 2017;98(14):426-8.
3. Gilli Y. Medizinische Grenzscheidungen. Schweizerische Ärztezeitung. 2017;98(14):425.
4. Pont J, Stöver H, Wolff H. Dual loyalty in prison health care. J Public Health. 2012;102:475-80.
5. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). 28. November 2002, angepasst 1. Januar 2013. Medizinisch-ethische Richtlinien zur Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten Personen.
6. CPT. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. CPT Standards. 2002. CPT/Inf/E-Revised 2015. Abrufbar unter: www.cpt.coe.int/en/documents/eng-standards.pdf (Zugriff: 27.8.2017).
7. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. Oxford: OUP; 2009, p. 99.
8. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. Oxford: OUP; 2009, p. 199.