

EIN LEITFADEN FÜR DEN GEFÄNGNISARZT

Richtlinien für Ärzte, die Gefangene betreuen

Jörg Pont
Rosemary Wool

Prisoners are sent to prison *as* punishment and not *for* punishment.
(Alexander Paterson, British prison commissioner in the 1930s)

Physical and mental health of prisoners is the most vital as well as the most vulnerable aspect of life in prison.
(Making Standards Work, Penal Reform International, 2nd edition 2001)

The level of health care in prison and medication should be at least equivalent to that in the outside community. It is a consequence of the government's responsibility for people deprived of their liberty and thus fully dependent on the state authority.
(Making Standards Work, Penal Reform International, 2nd edition 2001)

Confidence of prisoners in the health care of a prison can only be obtained if it is known to everyone in prison that for a prison physician, nurse or health care worker the patient always has to have and indeed has priority over order, discipline or any other interests of the prison.
(Making Standards Work, Penal Reform International, 2nd edition 2001)

Jörg Pont

Dr.med.univ., a.o.Univ.Prof. für Innere Medizin in Wien,
1976 bis 1997 Gefängnisarzt in der Justizanstalt Wien-Favoriten,
seit 1990 medizinischer Konsulent des Österreichischen Bundesministeriums für Justiz

Rosemary Wool

MB.BS.FRCPsych.
Former Director of Health Care to the Prisons Boards of England and Wales,
Chair and Chief Executive of Prison Health Care Practitioners,
Board Member of the International Centre for Drug Policy

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	7
Einleitung	9
I Allgemeine Bemerkungen	11
I.1 Die Aufgabe des Gefängnisarztes	11
I.2 Seien Sie sich ständig bewusst, dass ...	11
II Richtlinien	13
II.1 Primäre Aufgabe	13
II.2 Ungehinderter Zugang zum Arzt	13
II.3 Sprechstunde	13
II.4 Erstuntersuchung	13
II.5 Krankengeschichte, Dokumentieren	13
II.6 Einverständnis	14
II.7 Überstellungen und Entlassung	14
II.8 Äquivalente medizinische Betreuung	15
II.9 Ausreichende Anzahl von Ärzten und Pflegepersonen	15
II.10 Multiprofessionelle Zusammenarbeit	15
II.11 Stationäre Behandlung	15
II.12 Medikamente	15
II.13 Notfall-Set	15
II.14 Fortbildungsveranstaltungen	15
II.15 Verpflegung, Hygiene, sanitäre Anlagen, Umweltschutz	16
II.16 Offenlegen medizinischer Daten	16
II.17 Separation und Restriktion	16
II.18 Leibesvisitation	16
II.19 Forensische Expertise	16
II.20 Strafverschärfungen	16
II.21 Nicht-ärztliche Tätigkeiten und Beziehungen	17
II.22 Behinderung der ärztlichen Tätigkeit	17
II.23 Verband der Gefängnisärzte	17
III Gefängnispezifische Gesundheitsprobleme	19
III.1 Drogenmissbrauch und Suchtkrankheit	19
III.2 Übertragbare Infektionen: Tbc, HIV, Hepatitis B und C	23
III.2.1 Tuberkulose	23
III.2.2 HIV/AIDS; Hepatitis B und C	25
III.3 Physische und psychische Gewalt	28
III.4 Psychische Erkrankungen	29
III.5 Vorsätzliche Selbstbeschädigung	33
III.6 Selbstmord in Haft	34
III.7 Besonders verletzte, schutzbedürftige Gefangene	38
III.8 Hungerstreik	41
III.9 Tod im Gefängnis	45
III.10 Medizinische Forschung im Gefängnis	45
Annex 1: Internationale Deklarationen, Konventionen und Empfehlungen	47
Annex 2: Nützliche Websites	49

VORWORT

Das Thema dieses Leitfadens ist für jede Gesellschaft von Bedeutung. Geht es doch darum, auf welche Weise der medizinischen Versorgung einer Randgruppe der Gesellschaft, den Gefängnisinsassen, nachgekommen wird. Es ist eine weltweite Erscheinung, dass die medizinische Versorgung von Gefangenen zumeist nicht ausreichend ist. In vielen Staaten sind Gefängnisinsassen eine vernachlässigte Gruppe, die oft nicht einmal in den Bereich des allgemeinen Gesundheitswesens einzuordnen ist. Oft fehlt es in Gefängnissen an grundlegenden Ressourcen für medizinische Versorgung. Gemäß den allgemein anerkannten Grundsätzen im internationalen Recht, genießen Gefangene alle Rechte, es sei denn, diese sind ihnen explizit durch die Haft entzogen; dies gilt auch für das Recht auf dieselbe medizinische Versorgung wie es einer Freiheitsperson zukommt.

Die ärztliche Betreuung der Gefangenen verdient besondere Beachtung, nicht nur wegen ihres Umfangs, sondern auch wegen der großen Auswirkungen auf die Gesellschaft als solche. Verglichen mit der allgemeinen Bevölkerung, weisen Gefangene verstärkt und vermehrt Gesundheitsprobleme auf: Psychische Krankheiten, Drogenabhängigkeit, Selbstbeschädigungen und schlechter Allgemeinzustand, wodurch sie anfälliger sind für Infektionskrankheiten wie Tuberkulose und Hepatitis. In diesem Zusammenhang dürfen auch die negativen Auswirkungen auf die Gesundheit sowohl durch den Freiheitsentzug, als auch durch das Umfeld im Gefängnis nicht übersehen werden. Darüber hinaus ist es – auch aus Gründen der Volksgesundheit – wichtig, zu beachten, dass der Großteil der Gefangenen – früher oder später – wieder in die Gesellschaft zurück entlassen werden wird. Daher besteht schon im Interesse der Allgemeinheit Interesse am Vorhandensein von angemessenen Standards für das Gesundheitswesen im Gefängnis, insbesondere auch im Hinblick auf ansteckende Krankheiten.

Den Adressaten dieses Leitfadens – den Anstaltsärzten – stellen sich ungeahnte Probleme. Das Umfeld im Gefängnis ist schwierig und stellt hohe Anforderungen an die dort Beschäftigten, Sicherheitsüberlegungen haben oft Vorrang zu haben. Auch die Patientenpopulation ist generell problematisch, vom Standpunkt des Verhaltens als auch vom medizinischen Standpunkt aus. Demnach werden Anstaltsärzte unter besondere Herausforderungen gestellt: Sie müssen eine qualitativ hochwertige medizinische Betreuung leisten und dabei Grundsätze der Ethik sowie der Menschenrechte beachten. Wie auch immer der Druck und die Belastung im Gefängniswesen sein mögen, Anstaltsärzte dürfen weder dem Hippokratischen Eid abschwören noch dürfen sie die Verantwortung übersehen, die ihnen von Rechts wegen zukommt. Es überrascht nicht, dass Anstaltsärzte all den Herausforderungen, denen sie während ihrer Tätigkeit im Gefängnis gestellt sind, nur schwer begegnen können, sei es im Hinblick auf die Entwicklung im internationalen Recht als auch im Hinblick auf die Fortschritte in den internationalen Standards des Gefängniswesens.

Die Qualität der Ausbildung für Anstaltsärzte ist von Staat zu Staat sehr unterschiedlich. Selbst wenn die allgemeine Ausbildung in medizinischen Berufen qualitativ sehr hoch ist, kann die Ausbildung für die spezielle Tätigkeit im Gefängnis nicht zufriedenstellend sein und keinerlei Ausbildung im Bereich Menschenrechte und internationale Gefängnisstandards enthalten. Viele Anstaltsärzte sind sich gar nicht bewusst, dass es internationale Standards bzw. Menschenrechte gibt oder aber haben keinen Zugang dazu (Standards, wie sie global von der „World Health Organisation“ und der „World Medical Association“ oder regional z.B. vom Europarat erarbeitet wurden).

Dieser Leitfaden stellt eine wertvolle Quelle dar, um fehlende Aus- und Fortbildung auszugleichen. Er führt den interessierten Praktiker von allgemeinen Grundsätzen schrittweise zu einer Vielzahl von Empfehlungen betreffend die verschiedenen Arbeitsbereiche eines

Anstaltsarztes. Der Leitfaden enthält eine Reihe von Quellenangaben und Verweisstellen im Bereich Menschenrechte und Standards für medizinische Versorgung im Gefängnis. Wenngleich der Leitfaden in erster Linie darauf abzielt, einen Beitrag zur Pflicht der Bereitstellung angemessener medizinischer Versorgung im Gefängnis zu leisten, bezieht er sich aber auch auf das Erkennen und Vorbeugen von Misshandlungen durch entsprechend genaue Untersuchungen eines jeden Gefangenen bei der Aufnahme. Im Rahmen der Aufnahme ins Gefängnis (Zugang) sollten alle Anzeichen von Misshandlungen genau aufgelistet und in einem Bericht festgehalten werden. Dieser soll auch Behauptungen über allfällige Misshandlungen durch die Polizei enthalten. Damit können Signale in präventiver Hinsicht deutlich werden. Über Initiative und mit Unterstützung durch die Sektion Strafvollzug im Bundesministerium für Justiz wurde dieser Leitfaden für Ärzte und medizinisches Personal in Gefängnissen erstellt. Die Verfasser sind zwei Ärzte, die über jahrelange Erfahrung auf diesem Gebiet verfügen. Obwohl einerseits ein grundrissartiger Leitfaden, der nicht jedes Detail behandeln kann, ist er doch ein äußerst wertvoller Ratgeber für viele Situationen, denen der Praktiker im alltäglichen Berufsleben als Anstaltsarzt begegnen wird. Demnach leistet der Leitfaden einen Beitrag dazu, das Problembewusstsein zu erhöhen und das Verständnis für die Dimension der Ethik und der Menschenrechte im Berufsfeld der Anstaltsärzte zu verbessern. Darüber hinaus ist er auch eine Hilfe, um jene Bereiche im genannten Berufsfeld auszuloten, in denen eine weitere Fortbildung geboten erscheint.

Dr. Silvia Casale,
Präsidentin des Europäischen Komitees zur
Verhütung von Folter und unmenschlicher oder
erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT)
des Europarates.

EINLEITUNG

Gefängnisärzte arbeiten in einem konflikträchtigen Spannungsfeld. Ihre primäre Aufgabe, die individuelle ärztliche Betreuung der ihnen anvertrauten Menschen in Haft, kollidiert oft mit Vorgaben und Zwängen der Gefängnisadministration, die der Dienstgeber des Gefängnisarztes ist. Prinzipien der Patienten-Arzt-Beziehung wie Vertraulichkeit und Verschwiegenheit geraten in Konflikt mit Prinzipien der Gefängnisverwaltung wie „Sicherheit an erster Stelle“. Die duale Rolle des Gefängnisarztes als ärztlicher Betreuer der Gefangenen einerseits und als medizinischer Berater der Gefängnisleitung andererseits birgt ebenfalls Konfliktstoff in sich. Für Gefängnisärzte sind daher strikte ethische Richtlinien, auf die sie sich stützen können, eine unverzichtbare Hilfe.

Die derzeit größten Bedrohungen für die Gesundheit von Menschen in Haft, Drogenkonsum, die übertragbaren Krankheiten AIDS/Hepatitis B und C/Tuberkulose, psychiatrische Erkrankungen sowie Überfüllung und Ressourcenmangel von Gefängnissen, die sich alle gegenseitig negativ beeinflussen und beträchtliche epidemiologischer Relevanz für die Gesamtbevölkerung haben, stellen eine weitere außerordentliche Herausforderung für die Arbeit der Ärzte in Gefängnissen dar.

Richtlinien für Gefängnisärzte, die international anwendbar sind, scheinen in Anbetracht der nationalen Unterschiede von Administration, Organisation, Gesetzen und Zuständigkeiten für Gesundheitsbelange im Gefängnis sowie unterschiedlichster Ressourcen, Häftlingszahlen und dominierender Gesundheitsprobleme zunächst kaum vorstellbar. Die im Annex 1 angeführten internationalen Deklarationen, Konventionen und Empfehlungen, die von sehr vielen Staaten signiert und ratifiziert wurden, belegen aber, dass alle diese Staaten einen Konsens in den Prinzipien medizinischer Betreuung inhaftierter Menschen erzielt haben, der in diesen Dokumenten festgeschrieben ist.

Vielen im Gefängnis arbeitenden Ärzten ist aber der Inhalt dieser Dokumente nicht oder nur vage bekannt, da in der Flut der von einem Arzt regelmäßig zu bewältigenden Fachliteratur der Lektüre umfangreicher Texte internationaler Konventionen keine Priorität zukommt.

Dieses Handbuch soll dem Gefängnisarzt mit kurzen, übersichtlichen Hinweisen und praktischen Anleitungen helfen, den außerordentlichen Herausforderungen seiner Arbeit auf der Basis der ratifizierten internationalen Konventionen und Strategien zu begegnen und damit das Recht inhaftierter Menschen auf Gesundheit einzufordern. Es wendet sich in erster Linie an den Arzt für Allgemeinmedizin im Gefängnis, wird aber auch für alle anderen Mitarbeiter, die in die gesundheitliche Versorgung von Häftlingen integriert sind, von Interesse sein. Aber auch jenen Berufsgruppen und Personen, deren Hauptaugenmerk die Sicherheit des Gefängnisses sein muss, wird der Blickwinkel des Gefängnisarztes entsprechend internationaler Richtlinien, wie sie in diesem Handbuch vertreten werden, wichtige Informationen vermitteln können.

Anregungen und kritische Kommentare zu diesem Leitfaden sind sehr willkommen, um in zukünftigen Auflagen berücksichtigt werden zu können. Senden Sie Ihre Kommentare an joerg.pont@univie.ac.at oder wool1@gotadsl.co.uk

Wir bitten um Verständnis, dass wir, ausschließlich der einfacheren Lesbarkeit halber und sicher nicht um eine Gender-Missachtung ausdrücken zu wollen, mit den Bezeichnungen Patient, Gefangener, Häftling, Anstaltleiter, Justizwachebeamter, Arzt, Psychiater u.s.w. sowohl Frauen als Männer in diesen Situationen und Funktionen meinen.

Jörg Pont, Rosemary Wool

I Allgemeine Bemerkungen

I.1 Die Aufgabe des Gefängnisarztes

Die folgenden Richtlinien basieren auf dem Grundsatz, dass der Gefängnisarzt ausschließlich im Interesse der Gesundheit der Gefangenen arbeiten soll. Für seine Arbeit maßgeblich sind Vier essentielle Prinzipien

- Freier Zugang zum Arzt
- Gleichwertige Behandlung wie in Freiheit
- Zustimmung des Patienten und Verschwiegenheit des Arztes
- Professionelle Unabhängigkeit,

wie sie vom European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman Degrading Treatment or Punishment (CPT) of the Council of Europe formuliert worden sind.

Ihre Beachtung

- ✓ fördert das Vertrauen der Häftlinge zu Ihnen,
- ✓ stellt Ihre ärztlichen Professionalität und Ethik außer Zweifel,
- ✓ beugt Missverständnissen vor,
- ✓ gibt Orientierungshilfe in Konfliktsituationen,
- ✓ unterstützt die Qualitätssicherung Ihrer Arbeit,
- ✓ schützt Sie vor rechtlichen Anfechtungen und
- ✓ gibt Ihnen internationalen Rückhalt.

I.2 Seien Sie sich ständig bewusst, dass

- Ihre Patienten im Gefängnis sich ihren Arzt nicht aussuchen konnten.
- Ihre inhaftierten Patienten sich in der akuten oder chronischen Stresssituation des Freiheitsentzuges, des Verlustes ihrer gewählten sozialen Beziehungen und in dem ihnen aufgezwungenen sozialen Druck des Gefängnislebens mit gewaltbereiten Hierarchien befinden.
- Sie damit rechnen müssen, mit unbilligen Ansinnen, sowohl von Seiten der Gefangenen als auch der Gefängnisverwaltung konfrontiert zu werden, die nicht ihre primäre Aufgabe, die Behandlung von Leiden und die Wiederherstellung und Erhaltung der Gesundheit, zum Inhalt haben. Es erfordert Sensibilität, Mut und Erfahrung, diese Ansinnen zu erkennen, richtig zu beurteilen und ihnen auf der Basis professionellen ärztlichen Wissens und ethischer Grundsätze entgegenzutreten.
- im Gefängnis die für eine gedeihliche Patienten-Arzt-Beziehung erforderliche ärztliche Vertraulichkeit nur unter erschwerten Bedingungen zu erreichen und aufrechtzuerhalten ist.
- trotz Mangels an Ressourcen und Personal, trotz steigender Häftlingszahlen mit Überfüllung und Platzmangel, den Ihnen anvertrauten Gefangenen das Recht auf gleichwertige Gesundheitspflege zusteht wie den Menschen Ihres Landes in Freiheit.

- viele von den bei inhaftierten Patienten vorherrschenden Krankheiten (Tuberkulose, Hepatitis B und C, HIV/AIDS, psychische Erkrankungen, Suizidalität) durch die Haftsituation selbst ausgelöst, verstärkt oder erschwert werden.
- aus allen diesen Gründen das Glaubhaftmachen, Herstellen und Aufrechterhalten einer für eine gedeihliche ärztliche Tätigkeit erforderlichen Vertrauensbasis zwischen Patienten und Arzt im Gefängnis schwierig ist. Die Erfahrung von Gefängnisärzten und Häftlingen zeigt aber, dass ein Vertrauensverhältnis möglich und letztlich unverzichtbar ist.
- Gefängnisse epidemiologische Brennpunkte für übertragbare Erkrankungen wie Tuberkulose, HIV/AIDS, Hepatitis B und C sind. Planung und Überwachung von Prävention, Screening, Diagnose und Therapie während der Haft und Planung der Kontinuität der Weiterbetreuung nach der Haft sind nicht nur für die Menschen in den Gefängnissen, sondern für die Gesundheit der gesamten Gesellschaft von entscheidender epidemiologischer Bedeutung.
- die Arbeit des Gefängnisarztes also eine außerordentliche ärztliche Herausforderung darstellt und keinesfalls ein berufliches Stigma.

II Richtlinien

- II.1 Lassen Sie von allem Anfang an Ihre Patienten, Ihre Mitarbeiter und die der Gefängnisverwaltung in keinem Zweifel darüber, dass Ihre primäre Aufgabe die ärztliche Betreuung der Gefangenen ist und dass Sie Ihre Arbeit als Gefängnisarzt nach strikten ärztlichen und ethischen Grundsätzen verrichten, die durch ärztliche Professionalität, Unabhängigkeit, und dem Prinzip der gleichen Behandlung und ärztlichen Vertraulichkeit wie in Freiheit bestimmt sind.
- II.2 Vergewissern Sie sich, dass jeder Insasse bei Bedarf ungehinderten Zugang zum Arzt hat und richten Sie im Zweifelsfall einen allen Häftlingen zugänglichen vertraulichen Patientenbriefkasten ein. Sorgen Sie dafür, dass auch in Ihrer Abwesenheit (außerhalb der Ordinationszeiten) jederzeit prompte medizinische Hilfe bei Notfällen garantiert ist.
- II.3 Führen Sie Beratungen und Untersuchungen während der Sprechstunde nach Möglichkeit (soweit die Sicherheit es erlaubt) vertraulich durch. Wenn die Anwesenheit eines Wachebeamten unumgänglich ist, so soll dieser zumindest außerhalb der Hördistanz sein. Dokumentieren Sie jeden Patientenkontakt in der Krankengeschichte mit Datum, Grund der Beratung, Untersuchungsbefund, Therapie und Paraphe (Siehe II.5). Verlangen Sie bei Sprachbarrieren, mit Einverständnis des Patienten, einen Dolmetsch.
- II.4 Führen Sie die Erstuntersuchung ohne Verzögerung durch, möglichst binnen 24 Stunden nach der Aufnahme, und stellen Sie sich dabei dem neuen Gefangenen mit Ihrem Namen und Ihrer Funktion vor. Bei der Erhebung der Anamnese und der klinisch-physikalischen Untersuchung richten Sie besonderes Augenmerk auf
- Psychische Erkrankungen (Siehe III.4)
 - Anpassungsstörungen an die Haftsituation (Siehe III.6)
 - Entzugssymptome (Siehe III.1)
 - Zeichen von Gewalteinwirkung (Siehe III.3)
 - Ansteckende Erkrankungen (III.2)
 - Chronische Erkrankungen und Risikofaktoren,

um unverzüglich geeignete Maßnahmen treffen zu können.

Dokumentieren Sie Ihre Befunde sorgfältig in der Krankengeschichte.

Benützen Sie die Erstuntersuchung dazu, den Häftling zu informieren über

- Ihre professionelle Unabhängigkeit und Verschwiegenheit
- seine Rechte und seine Verantwortung für seine Gesundheit
- wann, wo und an wen er sich wenden kann, um diese wahrzunehmen
- Infektionsrisiken im Gefängnis und wie diese vermieden werden können
- das Angebot zu Screening Untersuchungen für Tbc, HIV, Hepatitis B und C
- Angebote und Programme zur Gesundheitsvorsorge im Gefängnis.

Unterstützend bewahren sich Informationsbroschüren in mehreren Sprachen und/oder audiovisuelle Hilfsmittel.

- II.5 Führen Sie eine ordnungsgemäße Krankengeschichte für jeden Häftling, die Anamnese, Status bei der Aufnahme, Datum und Ergebnisse aller Konsultationen und Untersuchungen, alle Therapieverordnungen und eventuelle Vorsichtsmassnahmen

(Allergien, Diäterfordernisse u.a.) enthält. Die Form der Krankengeschichte soll mit der anderer Justizanstalten ihres Landes identisch oder kompatibel sein. Sorgen Sie dafür, dass ausschließlich Ärzte und Pflegepersonen, die mit Verschwiegenheit gebunden sind, Zugang zur Krankengeschichte haben. Gewähren Sie aber dem Patienten auf Wunsch Einsicht in die ihn betreffenden Aufzeichnungen und Befunde – er hat ein Recht darauf.

Stellen Sie, mit Zustimmung des Patienten, für Transferierungen und für die Entlassung einen vertraulichen ärztlichen Bericht für den nachbehandelnden Arzt aus. Nach der Entlassung des Gefangenen muss seine Krankengeschichte solange aufbewahrt werden, wie es das Gesetz Ihres Landes verlangt (meistens 10 Jahre).

Dokumentieren Sie jeden Patientenkontakt in der Krankengeschichte mit Datum, Grund der Beratung, Untersuchungsbefund, Therapie und Paraphe.

Besonders sorgfältige und detaillierte Dokumentation erfordert die Erstuntersuchung (Siehe II.4), die Information über schwerwiegende Diagnosen, die Information und das Einverständnis zu mit Risiken behafteten Untersuchungen und Behandlungen, die Ablehnung einer Untersuchung oder Behandlung durch einen Patienten (Siehe II.6), das Wahrnehmen von Zeichen physischer Gewaltanwendung (Siehe III.3), das Verletzen der Verschwiegenheitspflicht unter Abwägung eines höherwertigen Rechtsgutes (II.16), der seltene Fall notwendiger Zwangsbehandlung bei unzurechnungsfähigen Patienten (Siehe III.4), die Betreuung von Gefangenen im Hungerstreik (Siehe III.8) und alle medizinischen Notfälle.

Kommen Sie Ihrer Aufklärungspflicht durch sorgfältige Information über Diagnose, Prognose, Behandlungsvorschlag, Behandlungsalternativen, Risiken bei Behandlung und bei Nicht-Behandlung nach, um dem Patienten die Voraussetzung für Zustimmung oder Ablehnung (informed consent und informed non-consent) zu schaffen und dokumentieren Sie, dass Sie die Information durchgeführt haben.

- II.6 Führen Sie keine Untersuchung oder Behandlung ohne vorherige Information und ohne Einverständnis des Patienten durch, dies gilt auch für Patienten, die die Aufnahme der Nahrung verweigern (Siehe III.8). Im Falle der Ablehnung einer Untersuchung oder Behandlung durch einen Patienten informieren Sie den Patienten über die Konsequenzen seiner Entscheidung und mögliche medizinische Alternativen. Überzeugen Sie sich davon, dass der Patient die Tragweite seiner Entscheidung versteht (sprachliches Verständnis, Dolmetsch, Zurechnungsfähigkeit), dokumentieren Sie diese und die Ablehnung in Anwesenheit eines Zeugen und ersuchen Sie den Patienten, seine Ablehnung schriftlich zu bestätigen. Unterrichten Sie ihn, dass er seine Ablehnung jederzeit widerrufen kann.

Ein Abweichen vom Prinzip des Einverständnisses ist nur auf der Grundlage gesetzlicher Regelungen (Zwangsbehandlung bei ansteckender Tuberkulose, Syphilis und bei Geisteskrankheit mit fehlender Zurechnungsfähigkeit), bei unmittelbarer Selbst- und/oder Fremdgefährdung durch nicht zurechnungsfähige Patienten und bei Bewusstseinsgetrübten in der Notfallversorgung zu rechtfertigen. Jede Zwangsbehandlung und ihre Begründung muss sorgfältig dokumentiert werden.

- II.7 Verlangen Sie, von der Gefängnisleitung rechtzeitig vom Zeitpunkt von Überstellungen und Entlassungen informiert zu werden, damit ärztliche Überstellungs- oder Entlassungsberichte erstellt und erforderliche Weiterbehandlungen organisiert werden können (Siehe II.5, III.1, III.2 und III.4).

- II.8 Sorgen Sie auch für ungehinderten Zugang Ihrer Patienten zum Zahnarzt, Psychiater und anderen erforderlichen Fachärzten und dafür, dass Ihren Patienten im Gefängnis äquivalente medizinische Betreuung wie Patienten in Freiheit zur Verfügung steht, das bedeutet Zugang zu den gleichen präventiven, diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Möglichkeiten.
- II.9 Fordern Sie eine für die gesundheitliche Betreuung aller Gefangenen ausreichende Anzahl von Ärzten und von voll ausgebildeten, innerhalb ihrer beruflichen Kompetenz unabhängigen Pflegepersonen an, die professionell ebenfalls den Regeln medizinischer Vertraulichkeit unterliegen. Die Entlohnung derselben soll, mit Unterstützung der jeweiligen Berufsvertretungen, zumindest mit der eines praktischen Arztes oder einer Schwester im öffentlichen Gesundheitsdienst dieses Landes vergleichbar sein. An Justizwachebeamte oder gar Insassen dürfen keine Aufgaben im Bereich der Gesundheitspflege delegiert werden, zu denen sie vom Gesetz her nicht befugt sind.
- II.10 Koordinieren Sie die multidisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit aller im Gesundheitsbereich tätigen Ärzte und Pflegepersonen durch gemeinsame Dokumentation in der Krankengeschichte und durch Teambesprechungen, auch, um nicht von Häftlingen oder Beamten gegeneinander ausgespielt zu werden.
- II.11 Lassen Sie sich bei der Entscheidung, ob eine stationäre Behandlung in einem externen Krankenhaus notwendig ist, ausschließlich von Ihren ärztlichen Überlegungen leiten und nicht von Sicherheitsbelangen des Strafvollzuges, für die die Anstaltsleitung allein Sorge tragen muss. Kooperieren Sie mit den Fachabteilungen benachbarter Krankenhäuser und führen Sie keine Untersuchungen und Behandlungen im Gefängnis durch, für die Ihr Wissen, Ihre Erfahrung oder die Einrichtungen nicht ausreichen oder nicht geeignet sind. Insbesondere sollen Geburten nicht im Gefängnis, sondern in der Entbindungsstation eines Krankenhauses erfolgen.
- II.12 Richten Sie unter Beratung eines Pharmazeuten ein auf das Notwendige beschränkte Depot von Medikamenten im Gefängnis ein und lassen Sie dieses fachmännisch warten. Die Verordnung von Medikamenten im Gefängnis darf nur durch einen Arzt erfolgen. Lassen Sie die von Ihnen verordneten Medikamente nur von dazu qualifizierten Pflegepersonen verabreichen und gestatten Sie keinerlei Veränderungen der Galenik (Zerreiben, Auflösen) von Arzneimittelspezialitäten, damit keine Abweichung von der geprüften Wirkung auftritt. Für Medikamente, die im Gefängnis Gefahr laufen, missbräuchlich verwendet zu werden und die als Flüssigkeit unter Sichtkontrolle geschluckt werden sollen, sind dafür geeignete zugelassene pharmazeutische Spezialitäten oder Zubereitungen erforderlich.
- II.13 Richten Sie ein medizinisches Notfall-Set mit Notfallinstrumentarium und Notfallmedikamenten ein, das, regelmäßig gewartet und ergänzt, an geeigneter Stelle im Notfall raschen Zugriff erlaubt.
- II.14 Verbessern Sie durch kontinuierliche Fortbildungsveranstaltungen und interaktive workshops für Gefängnisbeamte deren Wissen über Tuberkulose, HIV/AIDS, Hepatitis B/C und die tatsächlich bestehenden Infektionsrisiken, post-expositionelle Prophylaxe, über Erste Hilfe, Krisenmanagement bei psychiatrischen Notfällen und Gesundheitsvorsorge im Gefängnis. Gehen Sie auf die berechtigten Sorgen und Ängste dieser Berufsgruppe hinsichtlich ihrer Gefährdung ein und versuchen Sie irrationale Ängste abzubauen.

Fördern Sie aktive Teilnahme und Engagement der Justizwachebeamten an Gesundheitsprogrammen und suchen Sie – mit gegenseitiger Rücksichtnahme und Respekt für die unterschiedlichen Aufgaben, Richtlinien und Pflichten von Arzt und Justizwachebeamten - deren Kooperation.

- II.15 Bieten Sie der Gefängnisleitung, in Zusammenarbeit mit den öffentlichen Gesundheitsbehörden, Beratung an hinsichtlich Verpflegung, Hygiene, sanitärer Anlagen, Schutz vor Umweltschäden (z.B. rauchfreie Zonen im Gefängnis) und dokumentieren Sie Ihre Empfehlungen und allfälligen Forderungen. Führen Sie in Zusammenarbeit mit den verantwortlichen Gesundheitsbehörden statistische Aufzeichnungen über die Inzidenz von Gefängnis-spezifischen Gesundheitsproblemen, insbesondere von übertragbaren Infektionen, wie Tbc, Durchfallserkrankungen, Hepatitiden, HIV-Infektionen, um mit diesen epidemiologischen Daten die Implementierung und Beurteilung von Präventionsmaßnahmen zu unterstützen (Siehe III.2).
- II.16 Geben Sie ohne ausdrückliches Einverständnis des Patienten keine Patienten bezogenen medizinischen Daten an die Gefängnisverwaltung weiter. Das Offenlegen medizinischer Daten durch den Arzt bedarf – wie bei Personen in Freiheit – der Entbindung von der Schweigepflicht durch den Patienten oder eines Spruchs des Gerichts. Nur bei Gefahr in Verzug oder wahrgenommenen Anzeichen von Gewaltanwendung ist, unter Abwägung des höherwertigen Rechtsgutes und Verletzung der Verschwiegenheitspflicht, die Meldung an die Gefängnisleitung auch ohne Zustimmung des Patienten zu rechtfertigen (Siehe III.2 und III.3). Unterrichten Sie aber, mit Einverständnis des Gefangenen, die Gefängnisleitung, wenn seine Gesundheit durch die Fortsetzung der Haft oder von Haftbedingungen gefährdet ist. Wenn der Gefangene wünscht, dass medizinische Daten von ihm weitergereicht werden, so händigen Sie sie ihm aus, damit er sie selbst weiterreichen kann.
- II.17 Lassen Sie nicht zu, dass die Separation von Häftlingen oder andere Restriktionen „medizinisch“ begründet werden, wenn diese Maßnahmen aus Ihrer ärztlichen Sicht nicht erforderlich sind. Isolation, Separation oder andere Beschränkungen aus Krankheitsgründen sind im Gefängnis nur dann gerechtfertigt, wenn diese auch in Freiheit aus denselben medizinischen Gründen angezeigt sind.
- II.18 Führen Sie keine von der Gefängnisverwaltung angeordneten Handlungen an den Ihnen anvertrauten Gefangenen wie Leibesvisitationen, orale, rektale, vaginale Untersuchungen, Drogentests oder HIV-Tests durch, die nicht unmittelbar medizinisch indiziert sind. Führen Sie auch über Wunsch des Insassen keine Untersuchungen intimer Körperbereiche durch, wenn sie nur zum Ausschluss versteckter Objekte oder Substanzen dienen sollen und medizinisch nicht indiziert sind. Sollten solche Untersuchungen aus Sicherheitsgründen unumgänglich sein, so sollen Sie von einem Amtsarzt durchgeführt werden.
- II.19 Stellen Sie über Ihre Patienten keine forensischen Expertisen für Gericht oder Strafvollzugorgane aus, es sei denn, der Patient oder das Gericht entbindet Sie dafür von Ihrer Schweigepflicht.
- II.20 Geben Sie niemals ein Zertifikat ab, das die medizinische Tauglichkeit eines Gefangenen für disziplinar verhängte Strafverschärfungen attestiert. Erheben Sie aber aus ärztlicher

Sicht Einspruch gegen Strafverschärfungen oder deren Fortsetzung, wenn sie die Gesundheit des Gefangenen zu beeinträchtigen oder zu gefährden drohen. Aus diesem Grunde ist die tägliche ärztliche Visite bei Gefangenen in Korrekturhaft erforderlich. Stellen Sie nie, in keiner Weise, weder Ihre Präsenz noch Ihr professionelles Wissen für das Auferlegen oder die Durchführung von Leibstrafen oder gar der Todesstrafe zur Verfügung.

- II.21 Lassen Sie sich weder von Insassen noch von Beamten in nichtärztliche Tätigkeiten oder Beziehungen involvieren, die nicht unmittelbar mit Ihrer Aufgabe als Gefängnisarzt zu tun haben.
- II.22 Sollten durch die Gefängnisverwaltung Behinderungen Ihrer ärztlichen Tätigkeit vorkommen, so dokumentieren Sie dies in der jeweiligen Krankengeschichte, informieren Sie den Patienten, und führen Sie Beschwerde beim zuständigen Ministerium. Wenn dies ohne Erfolg bleibt, ziehen Sie einen Bericht an Ihre Berufsvertretung, einen unabhängigen Ombudsmann oder an die CPT in Betracht.
- II.23 Suchen Sie Unterstützung durch den Verband der Gefängnisärzte Ihres Landes oder tragen Sie dazu bei, einen solchen zu gründen, um gemeinsam Ihre und die Interessen Ihrer inhaftierten Patienten vertreten zu können. Suchen Sie mit Ihrem Komitee die Unterstützung durch Kontakte mit anderen nationalen und internationalen Verbänden von Gefängnisärzten.

III Gefängnis-spezifische Gesundheitsprobleme

III.1 Drogenmissbrauch und Suchtkrankheit

Berichten zufolge sind 20 bis 70% von in verschiedenen europäischen Gefängnissen inhaftierten Personen Konsumenten illegaler und legaler ZNS-aktiver Drogen mit Suchtpotential und/oder suchtkrank. Diese im Vergleich zur Gesamtbevölkerung stark erhöhte Prävalenz ist bedingt durch die Beschaffungskriminalität von Suchtkranken sowie durch Gesetze, die nicht nur den Handel, sondern auch den Besitz und Konsum von illegalen Drogen ahnden. Aus einem „war on drugs“ ist ein „war on drug users“ geworden.

Viele Suchtkranke sind bei Haftantritt in reduziertem Ernährungs- und Gesundheitszustand, ein beträchtlicher Prozentsatz der Drogenkonsumenten ist mit Hepatitis C Virus (HCV), Hepatitis B Virus (HBV) und HIV infiziert und es ist unter den HIV infizierten Patienten mit einer zunehmenden Rate an Tuberkuloseerkrankungen zu rechnen (Siehe III.2.1 und III.2.2).

Die Haftsituation mit der Atmosphäre sozialer Spannung, Gewaltbereitschaft und Beschäftigungsmangel, der trotz aller Sicherheitsmaßnahmen nicht verhinderbare Drogenschmuggel sowie die Infiltration organisierter Drogengangs in Gefängnisse induzieren die Fortsetzung, Wiederaufnahme oder den Beginn von Drogenkonsum in Haft.

Zahlreiche Untersuchungen belegen,

- dass die Mehrzahl der Drogenkonsumenten ihren Drogenkonsum in Haft beizubehalten wissen,
- dass 25-79 % der intravenösen Drogenkonsumenten auch während der Haft Drogen intravenös konsumieren und zwar unter Bedingungen, die für die Weitergabe parenteral transmissibler Infektionen wesentlich riskanter sind als in Freiheit,
- dass eine beträchtlicher Anzahl von HCV- und HIV- Infektionen durch das gemeinsame Benützen von Injektionsutensilien in Haft nachgewiesen wurde und
- dass 5-15% der intravenösen Drogenabhängigen ihren intravenösen Drogenkonsum im Gefängnis begannen.

Neben dem Risiko parenteral übertragbarer Infektionen bei intravenösem Konsum geraten Drogenkonsumenten in Haft rasch in Verschuldung, die zu Bedrohungen, Schikanen, Gewaltanwendung, erzwungener oder bezahlter Sex Arbeit mit weiterer Infektionsgefährdung und zu Erpressung von Familieangehörigen oder Freunden führen können (Siehe III.7).

Drogenstrategien

Um die Probleme um Drogenkonsum und Sucht einzudämmen sind

- Maßnahmen zur Verminderung von Angebot und Nachfrage illegaler Drogen
- Therapieprogramme
- Maßnahmen zur Risikominimierung bei Drogenkonsum (Siehe III.2.2) erforderlich.

Verminderung von Angebots und Nachfrage

Im Gefängnis ist die Verminderung des Angebotes eingeschmuggelter Drogen durch strenge Kontrollen Aufgabe der Beamtenschaft. Als Gefängnisarzt tragen Sie ebenfalls zur Verminderung des Angebotes bei, wenn Sie bei Ihrer Verschreibungspraxis beachten, dass Medikamente mit pharmakologischem Suchtpotential wie Benzodiazepine, andere Tranquillizer, Opioide und Amphetaminderivate im Gefängnis oft missbräuchlich verwendet und gehandelt werden, sodass äußerste Sorgfalt bei Aufbewahrung, Rezeptur und Verabreichung angebracht ist. Benzodiazepine sind, vom kurzfristigen Einsatz bei der Behandlung schwerer Entzugssyndrome abgesehen, für die Behandlung drogenabhängiger Patienten nicht geeignet.

Eine Verminderung von Angebot und Nachfrage ist auch durch sogenannte drogenfreie Abteilungen erreichbar, in denen Gefangene, die keinen oder keinen weiteren Kontakt mit Drogen haben wollen, ihre Drogenabstinenz durch obligatorischer Harntests überprüfen lassen müssen, um, als positiven Anreiz, gewisse Erleichterungen im Strafvollzug zu erhalten. Bei Nachweis eines Rückfalls droht die Rückversetzung in den normalen Vollzug.

An Therapieprogrammen für Alkohol- und Drogenabhängige sollen Programme für die medikamentös und psychotherapeutisch gestützte Entzugsbehandlung, für Opiatabhängige die orale Opioids substitution als risikoreduzierende Erhaltungstherapie und psychotherapeutische Programme als Gruppen- und Einzeltherapien vorhanden sein.

Die risikoreduzierenden Maßnahmen für Drogenabhängige werden unter III.2.2 besprochen.

Die Diagnose einer Drogen- und/oder Alkoholabhängigkeit sollte bereits beim Ersteintritt ins Gefängnis anlässlich der Erstuntersuchung (Siehe II.4) gestellt werden. Die Diagnose wird durch anamnestische Daten

- Drogen- und Alkoholkonsum während der letzten 7 Tage?
- Wie, wie oft, und wie viel wurde konsumiert?
- Wie lange besteht der Drogen/Alkoholkonsum, Eskalation des Konsums?
- Entzugssymptome bei Abstinenz?

und Symptome des Abhängigkeitssyndroms gestellt:

- Craving: Subjektiv verspürter Zwang nach Drogen-oder Alkoholkonsum
- Toleranz: Steigerung der Dosis, um gewünschte Wirkung zu erzielen
- Kontrollverlust: Einnahme von mehr als beabsichtigt
- Stereotype Konsummuster
- Verhaltensrepertoire eingengt auf Drogen/Alkoholbeschaffung
- Entzug: substanzspezifische physische und psychische Symptome bei Abstinenz

Opiate

Bei täglichem Konsum von Heroin ist die Wahrscheinlichkeit einer Abhängigkeit und des Bedarfes einer überwachten Entzugstherapie und/oder einer Opioids substitution sehr groß, da sich ohne diese Maßnahmen binnen 24 bis 36 Stunden ein Opiatentzugssyndrom entwickelt:

Craving, Angst, Reizbarkeit, Unruhe, Gliederschmerzen, Hitze-Kälte-Wallung, Schlaflosigkeit; Gähnen, Schwitzen, Gänsehaut, Rhinorrhoe, Tränenfluss, Mydriasis;

Diarrhoe, Bauchkrämpfe, Übelkeit, Erbrechen; Hypertonie, Tachykardie, Tachypnoe, Hyperthermie, Hyperglykämie bis zu Koma und Schocksyndrom.

Bevor eine gezielte Entzugs- oder Substitutionsbehandlung begonnen wird, muss durch einen Harntest mit Nachweis von Opiatmetaboliten der vorangegangene Opiatkonsum bestätigt werden. Das akute Entzugssyndroms dauert nur wenige Tage, während Symptome der psychischen Abhängigkeit lange anhalten und psychotherapeutische Maßnahmen erfordern.

Kokain und Amphetaminderivate

Der Kokainentzug („crash“) ist charakterisiert durch

Apathie, Lethargie, Rückzug, Angst, Depression; Muskelschmerzen, Schlaflosigkeit, Herzrhythmusstörungen und EKG-Veränderungen, psychotische Symptome

und kann nur symptomatisch behandelt werden: bei psychotischen Symptomen sind Neuroleptika erforderlich. Das craving ist insbesondere nach Inhalieren von crack besonders stark und psychotherapeutische Betreuung nach Abklingen des Kokainentzuges vordringlich.

Cannabis

Cannabis führt erst nach lang dauerndem Konsum zu Toleranz und Abhängigkeit. Als Entzugssymptome werden

Reizbarkeit, Unruhe, Appetitlosigkeit und Schlaflosigkeit

genannt. Eine spezifische Entzugstherapie ist nicht möglich und nicht erforderlich. Bei und nach sehr hohen Dosen wurden gelegentlich Psychosen beobachtet.

Alkohol und Benzodiazepine

Der Entzug von Alkohol und/oder von Benzodiazepinen kann, abhängig von der Höhe und Dauer des vorausgegangenen Konsums, zu den klinisch schwersten und bedrohlichsten Entzugssyndromen führen:

Schlaflosigkeit, Albträume, Angst, Schwitzen, Tremor; kleinmotorische Unruhe; Tachykardie, Hyperventilation, optische und taktile Halluzinationen, Entzugsepilepsie, Psychose, Delirium.

Das Vollbild des Alkohol- und/oder Benzodiazepinentzuges ist eine lebensbedrohliche Notfallsituation und erfordert intensivtherapeutische Betreuung.

Die frühzeitige Diagnose einer aktuellen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit hilft, diesen unter Umständen lebensbedrohlichen Entzugssyndromen durch gezielte medikamentöse Therapie vorzubeugen oder rechtzeitig zu behandeln. Diese Behandlung erfordert Erfahrung und täglichen ärztlichen Kontakt zum Patienten. Wenn dies im Gefängnis nicht möglich ist, ist die stationäre Behandlung in einer dafür geeigneten Krankenanstalt notwendig. Setzen Sie bei opiatabhängigen Drogenkonsumenten, die bis zur Inhaftierung nachweislich (Harntest) unter einer oralen Opioid-Substitution (Methadon) waren, die Substitution unter Beachtung gemeinsam festgelegter Regeln (Sichtkontrolle der Einnahme) und eines Zieles (langsame Reduktion oder Beibehaltung der Substitution) während der Haft fort, gegebenenfalls mit Hilfe eines Drogentherapeuten. Die Substitutionstherapie in Haft ist sowohl eine wirksame die Opiat-Nachfrage reduzierende Maßnahme als auch eine Risiko minimierende Maßnahme.

Benutzen Sie die Erstuntersuchung (Siehe II.4) dazu, Drogen konsumierende Häftlinge

- nach entsprechender Beratung (pre-test counseling) zu HBV, HCV und HIV Screening Untersuchungen mit ärztlicher Beratung über das Testergebnis-(post-test counseling) einzuladen,
- sie über Infektionswege und Risiken der Infektion und wie diese zu vermeiden sind zu beraten,
- sie zur Hepatitis A/B Impfung zu motivieren (Siehe III.2.2) und
- sie über allfällige psycho-und soziotherapeutische Angebote zur Behandlung ihrer Suchtkrankheit zu informieren.

Die unstrukturierte, chaotische Lebensführung suchtkranker Menschen bringt es mit sich, dass sie in Freiheit von Therapieangeboten selten erreicht werden oder notwendige längere Behandlungen kaum durchhalten. Die durch die Haftsituation aufgezwungene Reglementierung ihrer Lebensweise führt oft nicht nur zur physischen und psychischen Stabilisierung, sondern birgt auch die Chance in sich, sich einer Therapie ihrer Suchtkrankheit unterziehen zu können. Art, Zielsetzungen (mit oder ohne Abstinenzanspruch) und Ausmaß des Therapieangebotes für Drogenabhängige in Haft werden zumeist von der Kapazität und Ausbildung der Psychiater und Drogentherapeuten bestimmt. Sie sollen jedoch, dem Äquivalenzprinzip entsprechend (Siehe II.8), mit den Behandlungsangeboten für Drogenabhängige in Freiheit vergleichbar sein. Wenn Ihrer Justizanstalt selbst keine Drogentherapeuten zu Verfügung stehen, suchen Sie für Ihre drogenabhängigen Patienten die Kooperation mit auswärtigen Behandlungseinrichtungen. Helfen Sie mit, allfällige Behandlungserfolge durch Planung der Weiterbetreuung nach der Haftentlassung zu sichern.

Drogenabhängige Schwangere bedürfen besonderer Betreuung in dafür spezialisierten ambulanten und stationären Einrichtungen, um bei Opiatabhängigkeit mit optimal eingestellter Substitution jeden für das Ungeborene gefährlichen Beikonsum zu vermeiden und um das peri- und postpartale Management unter Berücksichtigung des Entzugssyndroms des Neugeborenen richtig durchführen zu können.

Informieren Sie Opiatabhängige vor der Haftentlassung über die Gefahr von lebensbedrohlichen Heroin Überdosierungen durch Misseinschätzung der Konzentrationen von aktuellem Straßenheroin nach der durch die Haft bedingte Opiatkarenz.

Literatur:

Prisons, Drugs and Society. A consensus Statement on Principles, Policies and Practises. WHO (Regional Office for Europe) Health in Prisons Project and the Pompidou Group of the Council of Europe. Berne, September 2001

Muscat R: Drug Use in Prison. Council of Europe Publishing, Strasbourg 2000 (ISBN 92-871-4521-0)

Kosten TR, O'Connor PG: Management of drug and alcohol withdrawal. N Engl J Med 348:1786-1795, 2003

Fiellin DA, O'Connor PG: Office-based treatment of opioid-dependent patients. N Engl J Med 347:817-823, 2002

III.2 Übertragbare Infektionen: Tuberkulose, HIV, Hepatitis B und C

Gefängnisse sind für diese Infektionen und Infektionskrankheiten epidemiologische Brennpunkte, weil

- überproportional viele Inhaftierte aus sozio-ökonomisch benachteiligten Bevölkerungsgruppen kommen, in denen durch hygienisch mangelhafte Lebensumstände und durch Risikoverhalten diese Infektionen gehäuft auftreten und nicht oder erst verzögert diagnostiziert und behandelt werden, sodass ein beträchtlicher Anteil von Neuinhaftierten bereits infiziert oder erkrankt ins Gefängnis kommt, oft ohne überhaupt von ihrer Infektion zu wissen.
- im Gefängnis durch das erzwungene Zusammenleben auf engem Raum mit oft mangelhafter Hygiene und durch in Haft aufrechterhaltenem Risikoverhalten bei gegenüber in Freiheit vermindert oder erschwert verfügbaren risikoreduzierenden Maßnahmen die Übertragung von Infektionen begünstigt wird. Diese Situation wird durch die Überfüllung der Gefängnisse und Mangel an Ressourcen noch verschärft.
- der Strom infizierter oder stark infektionsgefährdeter Menschen in die Gefängnisse und zurück in die Gesellschaft bedeutet, dass es sich nicht nur um ein epidemiologisches Problem der Gefängnispopulation, sondern um eines der gesamten Bevölkerung handelt.

Literatur

Prison health as part of public health. Declaration of Moscow, 24 October 2003. World Health Organisation, Regional office for Europe, 2003

International Compendium of Current Practices to Address Infectious Diseases in Prisons. The International Centre for Criminal Law Reform and Criminal Justice Policy, Vancouver, and The International Corrections and Prisons Association, Ottawa 2001

III.2.1 Tuberkulose

Für die Zunahme der Tuberkulose, deren weltweite Inzidenz sich in den letzten 15 Jahren verfünffacht hat, ist neben Armut und Unterernährung ganz wesentlich die HIV Pandemie mitverantwortlich. Ko-Infektionen von Tbc und HIV stellen eine deletäre Kombination dar, da jede den Verlauf der anderen beschleunigt. Im Gefängnis besteht ein besonders hohes Risiko für diese Ko-Infektion, da viele Gefangene durch Obdachlosigkeit, Unterernährung und intravenösen Drogenkonsum Risikofaktoren für eine oder beide Erkrankungen mit sich bringen und die Haftbedingungen selbst mit Überfüllung der Gefängnisse, Mangel an Durchlüftung und Sonnenlicht sowie das Fortsetzen von Risikoverhalten in Haft die Übertragung der Infektionen begünstigen.

Ein weiteres bedrohliches Problem ist die Zunahme resistenter und multiresistenter (=Resistenz zumindest gegen INH und Rifampicin, die beiden effektivsten Tuberkulostatika) Tuberkuloseerreger, die durch inkonsistente und partielle tuberkulostatische Behandlung wegen vorzeitigen Behandlungsabbruchs, mangelnder Compliance, fehlender Verfügbarkeit oder Finanzierbarkeit der tuberkulostatischen Kombinationstherapie entsteht und deren Ausheilung nicht oder nur unter außerordentlich aufwendiger und langwieriger Therapie gelingt. Tuberkuloseepidemien in osteuropäischen und zentralasiatischen Gefängnissen mit Tbc-Prävalenzen bis zu 20%, von diesen bis zu 25% multiresistente Erreger, wurden dokumentiert.

Als Gefängnisarzt kommt Ihnen, in Zusammenarbeit mit Ihren nationalen Gesundheitsbehörden und deren Tuberkuloseprogrammen, die nach den Guidelines der WHO ausgerichtet sein sollen, die Mitwirkung an den entscheidenden strategischen Prinzipien zur Eindämmung der Tuberkulose zu:

- Frühe Erkennung von infektiösen (=sputum-positiven) Tuberkulose Patienten durch klinische Beobachtung (Husten länger als 3 Wochen) und Screening Untersuchungen entsprechend den nationalen Tuberkuloseprogrammen und WHO-Guidelines.
- Behandlung infektiöser Patienten in Separation bis das Sputum negativ ist
- DOTS (Directly Observed Treatment, Short-course), das eine definierte und überwachte 6 – 8 Monate dauernde Therapie mit direkt observierter Medikamenteneinnahme sowie eine standardisierte Dokumentation des Erfolgs des Programms und der Behandlung entsprechend WHO Richtlinien einschließt.

Hinsichtlich organisatorischer, diagnostischer und therapeutischer Details verweisen wir auf die WHO Guidelines for the Control of Tuberculosis in Prisons.

Beraten Sie die Gefängnisleitung über die Wichtigkeit von Ventilation und Sonnenlicht (Siehe II.15).

Stellen Sie in Rechnung, dass für Gefangene Zwänge und Motive vorliegen können, die zur Vortäuschung oder zur Vereitelung der Diagnose Tuberkulose verleiten können (Überstellung in eine andere Institution, Isolierung) und dass verordnete Tuberkulostatika für den schwarzen Markt im Gefängnis abgezweigt werden können. Es ist daher ratsam, nicht nur entsprechend DOTS die Einnahme der Medikamente zu überwachen, sondern auch die Expektoration des Sputums unter Sicht kontrollieren zu lassen. Ihre ärztliche Information über Art und Sinn der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen und deren Nebenwirkungen und Ihre Motivation des Patienten zur langwierigen und nebenwirkungsbelasteten Therapie sind jedoch mindestens ebenso wichtig wie alle Kontrollmaßnahmen (Siehe II.6).

Suchen Sie auch bei der Bekämpfung der Tuberkulose die Zusammenarbeit mit den Justizwachebeamten durch Schulungen über Tbc, Screening- und Kontaktuntersuchungen sowie über Schutzmassnahmen (Siehe II.14). Für die WHO-Empfehlung, dass jeder Gefangene der länger als 3 Wochen hustet, einer Sputum Untersuchung unterzogen werden soll, sind Beobachtungen der Beamten sehr hilfreich. Sorgen Sie für die Verfügbarkeit von HEPA (High efficiency particulate air) Masken für jene Mitglieder des medizinischen Personals und der Justizwachebeamten, die in Kontakt mit ansteckenden oder möglicherweise ansteckenden Tuberkulose Patienten stehen und von chirurgischen Gesichtsmasken für diese Patienten.

Bauen Sie eine enge Kooperation mit den Gesundheitsbehörden und Tuberkulose Behandlungseinrichtungen außerhalb des Gefängnisses auf, um im Sinne eines erfolgreichen Tuberkulose Programms den Patienten bei Überstellung und Entlassung die Fortsetzung der Therapie und deren Kontrolle zu sichern (Siehe II.7).

Literatur:

Maher D, Grzemska M, Coninx R, Reyes H. Guidelines for the control of tuberculosis in prisons. WHO/TB/98.250; Geneva, World Health Organization, 1998

Reyes H, Coninx R: Pitfalls of tuberculosis programmes in prisons. BMJ, 315: 1447–1450, 1997

Bone A et al. TB control in prisons – a manual for programme managers. Geneva, World Health Organization, 2000 (WHO/TBCDS/281)

Declaration of Edinburgh on prison conditions and the spread of tuberculosis and other communicable diseases. World Medical Association, Edinburgh, 2000. <http://www.wma.net/e/policy/p28.htm>

Stern V (ed): Sentenced to die? The problem of TB in prisons in Eastern Europe and Central Asia. International Centre for Prison Studies, King's College London, 1999

Granich R et al: Guidelines for the prevention of tuberculosis in health care facilities in resource limited settings. Geneva, World Health Organization, 1999 (WHO/TB/99.269)

Centers for Disease Control and Prevention: Prevention and control of tuberculosis in correctional facilities. Recommendations of the Advisory Council for the Elimination of Tuberculosis. MMWR 45 (R8):1-27, 1996

III.2.2 HIV/AIDS, Hepatitis B and C

Die große Spannweite der HIV-, Hepatitis B- und C- Prävalenzen von Insassen europäischer Gefängnissen erklärt sich durch die unterschiedlichen Prävalenzen bei injizierenden Drogenabhängigen jedes Landes und durch die nationalen gesetzlichen Bestimmungen und Urteilspraxis für Drogen assoziierte Delikte (Siehe III.1). Die Prävalenz für HIV Infektionen rangiert zwischen 0,03 und 10%, sie ist derzeit in den westeuropäischen Staaten höher als in den osteuropäischen, zeigt aber in diesen eine sehr stark steigende Tendenz. Die Prävalenzen von Hepatitis B und C sind, der größeren Infektiosität dieser Viren entsprechend, deutlich höher als von die von HIV.

Die Gefahr der Weitergabe dieser parenteral transmissiblen Infektionen im Gefängnis ist durch die hohen Anzahl von Menschen mit Risikoverhalten für die Übertragung dieser Infektion, die ihr Risikoverhalten in Haft aufrechterhalten, und durch das Fehlen oder die erschwerte Verfügbarkeit risikoreduzierender Maßnahmen in Haft gegeben. Haftaufenthalte sind als Risikofaktor für HIV- und Hepatitis C Infektionen Drogenabhängiger wissenschaftlich belegt und epidemische Ausbrüche von HIV Infektionen in Gefängnissen sind wissenschaftlich dokumentiert. Ko-infektionen von HIV und Hepatitis B und vor allem C sind bei injizierenden Drogenabhängigen eher die Regel als die Ausnahme und sind imstande, die Prognose und Therapie jeder dieser Erkrankungen zu komplizieren.

Übertragungen im Gefängnis geschehen in erster Linie durch

- intravenösen Drogenkonsum mit gemeinsamen Gebrauch von Injektionsutensilien (Nadel, Spritzen, Löffel, Filter, Lösungsmittel),
- Tätowieren mit gemeinsamen Gebrauch von Nadel und/oder Tusche,
- ungeschützten penetrativen Geschlechtsverkehr.

Die effektivste von den Präventionsmaßnahmen ist die Information für alle Gefangenen über HIV-, Hepatitis B- und C-Infektionen, deren Übertragungswege und wie sie vermieden werden können. Der Information im Rahmen der ärztlichen Erstuntersuchung kommt dabei ein besonders hoher Stellenwert zu (Siehe II.4), mehrsprachige Informationsbroschüren, wiederholte Informationsveranstaltungen und work-shops, auch durch außenstehende Organisationen, sollen sie ergänzen. Auch für die Justizbeamten sind regelmäßige, interaktiv gestaltete Fortbildungstage, in denen sowohl auf berechtigte Sorgen als auch auf irrationale Ängste eingegangen werden kann, von Wichtigkeit (Siehe II.14).

Die Verminderung von Angebot und Nachfrage von injizierbaren Drogen durch strenge Kontrollen, Einrichtung drogenfreier Abteilungen und die orale Opioid Substitutionstherapie haben ebenfalls beträchtliche präventive Bedeutung (Siehe III.1).

Weiters haben sich als Risiko reduzierende Maßnahmen die Schulungen zu „safer use“ mit Verfügbarkeit von Desinfektionsmittel und „safer sex“ mit anonymer Verfügbarkeit von Kondomen mit Gleitmittel bewährt. Nadel- Spritzenaustauschprogramme, deren präventive Wirkung in Freiheit bewiesen ist, wurden in Gefängnissen in der Schweiz, Deutschland und Spanien evaluiert und haben ihre Durchführbarkeit, Akzeptanz bei Gefangenen und Beamten und eine hohe Entsorgungsrate kontaminierter Injektionsutensilien unter Beweis gestellt und gezeigt, dass sie zu keiner Zunahme des Drogenkonsums und keiner Gefährdung für Beamte geführt haben.

Empfehlen Sie allen injizierenden Drogenabhängigen während des Gefängnisaufenthalts die Hepatitis A/B Impfung. Die Behandlung der chronischen Hepatitis C mit Interferon A und Ribavirin, die in einem beträchtlichen Prozentsatz zur Ausheilung und Viruselimination führt und die antiretrovirale Therapie fortgeschrittener HIV Infektionen mit HAART (highly active antiretroviral treatment) besitzen ebenfalls präventive Bedeutung für die Verminderung der Ausbreitung dieser Infektionen.

Auch dem Aufdecken und Unterbinden von sexueller Gewalt (Siehe III.3), die nach sorgfältiger Abwägung das Verletzen Ihrer ärztlichen Schweigepflicht erforderlich machen können (Siehe II.16), kommt in dieser Hinsicht präventive Bedeutung zu.

Motivieren Sie injizierende Drogenabhängige, nach sorgfältiger Beratung, sich einem HIV und Hepatitis B und C Test zu unterziehen, achten Sie auf strikt vertrauliche Handhabung der Testresultate und führen Sie die Beratung nach Erhalt des Testresultates, bei positivem Ergebnis nach Erhalt des Bestätigungstests, persönlich durch. Führen Sie keine verpflichtend angeordnete Tests durch, da sie epidemiologisch ineffektiv, diskriminierend und unethisch sind. Da in der freien Gesellschaft aufgrund eines positiven Testergebnisses keinerlei Separation, Isolierung oder Ausschluss von Arbeit, Bewegung und Sport als notwendig erachtet wird, sind solche Restriktionen auch in Haft in keiner Weise gerechtfertigt (Siehe II.17).

HIV positive schwangere Frauen bedürfen spezialisierter Betreuung durch HIV Experten oder Zentren, um das Risiko der vertikalen Übertragung der Infektion so niedrig als möglich zu halten. Aus dem gleichen Grund ist auch für Schwangere mit aktiver Hepatitis B und C spezialisierte Betreuung um die Geburt erforderlich.

Betreuen Sie Ihre Patienten mit fortgeschrittener HIV Infektion oder AIDS, die einer komplexen Behandlung mit HAART mit den erforderlichen Kontrollen bedürfen, gemeinsam mit HIV Experten oder einem spezialisierten Zentrum. Obwohl an Gefangenen keine medizinische Forschung durchgeführt werden darf, dürfen sie von der Teilnahme an klinischen Studien dann nicht ausgeschlossen werden, wenn ein unmittelbarer und signifikanter Behandlungserfolg durch die Teilnahme möglich erscheint und alle ethischen Studienvoraussetzungen wie full informed consent und Vertraulichkeit von einer auswärtigen ethischen Kommission penibel überprüft werden (Siehe III.10).

Beantragen Sie aus ärztlicher Sicht für schwerkranke AIDS Patienten, so wie für alle Patienten mit kurzfristig schlechter Prognose, nach Rücksprache mit dem Patienten, die Freilassung auf dem Gnadenwege oder Haftaufschub, sofern die Betreuung und Pflege nach der Entlassung durch Familie oder Freunde des Patienten gesichert sind (Siehe III.9).

Literatur:

Prison and criminological aspects of the control of transmissible diseases including AIDS and health related problems in prison. Recommendation No. R(93) 6 and explanatory report. Council of Europe Press 1995

WHO guidelines on HIV infection and AIDS in prison, Geneva, March 1993

Prisons and AIDS: UNAIDS Points of view (UNAIDS Best Practice Collection: Point of View), UNAIDS Geneva, April 1997

Bollini P(ed): HIV in prisons. A reader with particular relevance to the newly independent states. World Health Organization, Regional Office for Europe, 2001

International Compendium of Current Practices to Address Infectious Diseases in Prisons. The International Centre for Criminal Law Reform and Criminal Justice Policy, Vancouver and The International Corrections and Prisons Association 2001

Allen SA, Spaulding AC, Osel AM et al: Treatment of chronic hepatitis C in a state correctional facility. Ann Intern Med 138:187-190, 2003

Backmund M, Meyer K, Von Zielonka M, Eichenlaub D: Treatment of hepatitis C Infection in injection drug users. Hepatology 34:188-193, 2001

Prison Needle Exchange: Lessons from a Comprehensive Review of International Evidence and Experience. Canadian HIV/AIDS Legal Network, 2004.
www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/prisons.htm

III.3 Physische und psychische Gewalt

Gewalt im Gefängnis wird durch zahlreiche, verschiedene, einander beeinflussende Faktoren bedingt und ausgelöst, die, außer Kontrolle geraten, Gefängnisse zu sehr unsicheren Orten für Insassen und Beamten machen können.

Zu den Ursachen, die vom Gefängnisumfeld ausgehen, gehören die Überfüllung der Gefängnisse, der Mangel an Personal, der Mangel an Arbeit und Beschäftigung für Insassen, das erzwungene enge Zusammenleben von Gefangenen verschiedener Kulturen, Religionen und ethnischen Zugehörigkeiten und die mangelnde Bereitschaft fremdenfeindlichen Tendenzen gegenzusteuern.

Dazu kommen von den Gefangenen ausgehende Ursachen, wie der wegen Gewaltverbrechen belangte Anteil von Gefangenen mit habituell gewalttätigem Verhalten und Gefangene mit dissozialen Persönlichkeitsstörungen, die dazu neigen, Konflikte, persönliche Enttäuschungen oder Einschränkungen mit Gewalt zu beantworten (Siehe III.4) und Drogenmissbrauch, im besonderen der von Kokain sowie Drogenhandel mit unbezahlten Schulden.

Gefängnisinsassen stehen unter dem Druck zweier nebeneinander bestehender Machtstrukturen: der offiziellen der Gefängnisverwaltung und der inoffiziellen der Hierarchie der Häftlinge, die für vulnerable Insassen (Siehe III.7) eine zusätzliche Strafverschärfung bedeutet.

Als Gefängnisarzt kommt Ihnen die Aufgabe zu, alle bei Ihrer ärztlichen Tätigkeit festgestellten Zeichen von Gewaltanwendung sorgfältig zu untersuchen und zu dokumentieren (Siehe II.4 und II.5).

Melden Sie jede Erfahrung oder jeden Untersuchungsbefund, der auf Gewaltanwendung, insbesondere auch sexueller Gewalt, gegen Insassen hinweist, im Einvernehmen mit dem Betroffenen der Gefängnisleitung. Bei schweren Zwischenfällen kann und muss, nach sorgfältiger Abwägung des höheren Rechtsgutes für den Betroffenen und/oder für andere zukünftig Betroffene, unter Verletzung der Verschwiegenheitspflicht, auf die Zustimmung des Betroffenen zur Meldung verzichtet werden (Siehe II.16).

Beraten Sie die Gefängnisleitung hinsichtlich Maßnahmen zum Schutz von Opfern von Gewaltanwendung, aber lassen Sie sich nicht in die Verfolgung und Bestrafung von Gewaltanwendern involvieren – dies ist ausschließlich Aufgabe des Sicherheitspersonals.

Es ist aber Ihre Pflicht, jene Gefangenen, die wegen Gewaltanwendung mit Korrekturhaft bestraft werden, zu visitieren (→Strafverschärfungen). Anlässlich dieser Visiten können Ursachen für das gewalttätige Verhalten exploriert und bei Kooperationsbereitschaft des Gewalttäters psychologische oder psychiatrische Hilfestellung in Aussicht gestellt werden (Siehe III.4).

Führen Sie darüber hinaus ein Register aller Wahrnehmungen von physischer oder psychischer Gewaltanwendung, um der Gefängnisleitung und den zuständigen Ministerien regelmäßig eine anonymisierte systematische Statistik über das Ausmaß von Gewaltanwendung in Ihrem Gefängnis abgeben zu können, die den Effekt präventiver Maßnahmen zu beurteilen erlaubt und deren Erstellung von sich selbst aus präventiv wirksam sein kann.

Literatur:

The ethical and organisational aspects of health care in prison. Recommendation No. R(98) 7. Council of Europe Publishing, 1999

Penal Reform International: Making Standards Work. An international handbook on good prison practice. 2nd edition, 2001. www.penalreform.org

III.4 Psychische Erkrankungen

Prävalenz

Eine von Fazel & Danesh 2002 publizierte Zusammenfassung von 62 mittels klinischer Untersuchung oder diagnostischen Instrumenten erhobenen Berichten über 22.790 zwischen 1966 und 2001 inhaftierte Gefängnisinsassen aus 12 westlichen Ländern (Australien, Kanada, Dänemark, Finnland, Irland, Holland, Neu Seeland, Norwegen, Spanien, Schweden, Großbritannien und Nordirland, USA) zeigte, dass jeder siebente eine Psychose oder schwere Depression hatte. Bei jedem zweiten männlichen Inhaftierten und jeder fünften weiblichen Inhaftierten fand sich eine dissoziale Persönlichkeitsstörung.

Diese gegenüber der vergleichbaren Allgemeinbevölkerung bis zu 10-fach höheren Prävalenzen beschreiben das Ausmaß schwerer psychischer Erkrankungen unter Inhaftierten. Zusätzlich müssen Neurosen sowie Drogen- und Alkoholabhängigkeit mit ihren Komorbiditäten, die ebenfalls eine hohe Prävalenz unter Inhaftierten aufweisen (Siehe III.1), in Rechnung gestellt werden.

Gefängnispopulationen nicht-westlicher Länder wurden hinsichtlich der Prävalenz psychischer Erkrankungen kaum untersucht, obwohl sich von den weltweit 9 Millionen Inhaftierten 70% in Gefängnissen nicht-westlicher Länder befinden.

Die Diagnose psychischer Krankheiten im Gefängnis

Die UN Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners, die European Prison Rules und die American Standards of Health Care for the Medical Care of Prisoners beinhalten die Forderung, dass allen Gefängnissen ein psychiatrischer Fachdienst zur Verfügung steht, der mit den psychiatrischen Einrichtungen für die Allgemeinbevölkerung in enger Kooperation stehen soll. Dessen ungeachtet ist es von entscheidender Bedeutung, dass der Arzt für Allgemeinmedizin im Gefängnis die Methodik beherrscht, Inhaftierte mit psychischen Erkrankungen frühzeitig zu erkennen, um die geeignete Behandlung einzuleiten und/oder die Zuweisung zum Psychiater zu veranlassen.

Die Früherkennung psychischer Erkrankungen muss bereits bei der Erstuntersuchung beginnen (Siehe II.4). Dafür eignen sich bestimmte Fragen, die vom Arzt oder der Pflegeperson, die das Erstgespräch führt, erhoben werden sollen, um nach möglichen psychischen Störungen zu fahnden:

- Vorgegangene psychiatrische Behandlung?
- Derzeitige Medikation ?
- Vorgegangene Selbstmordversuche?
- Alkoholanamnese
- Drogenanamnese
- Mord, Totschlag oder ein Sexualdelikt als Vergehen?

Hinweise auf Suizidgefährdung

Die Selbstmordraten von Menschen in Haft sind hoch. Dem Selbstmord in Haft kann aber vorgebeugt werden, wenn Gefährdete erkannt und entsprechend betreut werden. Weiteres dazu im Kapitel III.6, Selbstmord in Haft.

Hinweise auf Depression

- Schlafstörungen; Die Patienten wachen frühmorgens auf und können nicht mehr einschlafen
- Verlust des Interesses an den täglichen Dingen des Lebens, Lethargie
- Konzentrationsstörungen
- Schlechte Laune und Pessimismus
- Hoffnungslosigkeit, keine Perspektive für die Zukunft: cave Suizidalität!
- Zunehmende Reizbarkeit
- Appetitstörung
- Selbstbehandlung der Depression und Angst mit Drogen oder Alkohol, mit der Folge der Substanzabhängigkeit (Bestand zuerst die Depression oder die Abhängigkeit?)
- Selbstmordgedanken

Hinweise auf Schizophrenie

Schizophrenie ist die häufigste Psychose. Sie beginnt meist bei jungen Erwachsenen manifest zu werden und da Gefängnispopulationen vorwiegend aus jüngeren Männern bestehen, müssen Sie als Gefängnisarzt auch an die Möglichkeit einer auftretenden Psychose denken, wenn sich das Verhalten eines Gefangenen als „eigenartig“ darstellt. Das kann sich in Zurückgezogenheit und Kontaktscheu genauso wie in unmotivierter Aggressivität und Gewaltbereitschaft äußern. Versuchen Sie für die Exploration eine ungestörte, beruhigende Atmosphäre zu schaffen, wenn möglich in Präsenz nur einer Pflegeperson. Die folgenden Punkte sollen hierbei geprüft werden:

Verhalten. Verhält der Patient sich während der Untersuchung oder des ärztlichen Gesprächs der Situation entsprechend? Manchmal kann auch der Bericht von Justizwachebeamten über sonderbares Verhalten von Inhaftierten wie unmotiviertes Lachen, offensichtliches Sprechen mit nicht Anwesenden oder bewegungsloses Verharren über lange Zeit Hinweise zur Diagnose liefern.

Sprache. Ist die sprachliche Ausdrucksweise auffällig? Sie kann bei Schizophreniepatienten verschwommen und schwer verständlich scheinen, philosophische oder pseudophilosophische Begriffe beinhalten und gelegentlich völlig unverständlich sein, bedingt durch kognitive Störungen wie Denkblockaden oder Unterbrechungen des Gedankenflusses.

Stimmung. Der Patient kann deprimiert, ängstlich oder reizbar erscheinen. Charakteristisch sind Affektflachung und Affektinkongruenz, d.h. Stimmungslage und Affekt halten mit der Situation nicht Schritt.

Halluzinationen. Bei der Schizophrenie treten häufig akustische Halluzinationen auf, die der Patient in seinem Kopf zu hören vermeint. Zumeist werden eine oder mehrere Stimmen vernommen, die das Verhalten des Patienten kommentieren, ihm Instruktionen geben oder ihm Befehle erteilen. Diese Befehle können bis zum Selbstmord oder, seltener, zur Tötung einer anderen Person führen. Nehmen Sie sich daher die Zeit, mit Geduld die Inhalte dieser Halluzinationen zu explorieren.

Wahnvorstellungen äußern sich als unverrückbare Ansichten, die mit den akzeptierten, gängigen Ansichten in der Gesellschaft nicht vereinbar sind, wie systemisierter oder nicht systemisierter Beziehungswahn, Verfolgungswahn und der Wahn, von irgendwem beherrscht zu werden, z.B. von aus dem Fernsehgerät austretenden Strahlen, die das Gehirn des Patienten unter Kontrolle hätten.

Aufmerksamkeit und Konzentration werden durch die bisher beschriebenen Symptome, insbesondere durch Halluzinationen, deutlich beeinträchtigt, wie bei der ärztlichen Untersuchung von schizophrenen Patienten oft beobachtet werden kann.

Chronische Schizophrenie, schizophreses Residuum (ICD-10: F 20.5).

Mit längerem Verlauf mündet die Schizophrenie in einen Defektzustand der Persönlichkeitsstruktur. Diese Patienten wirken zurückgezogen, inaktiv und emotionell apathisch, wenngleich moderne Therapiemaßnahmen und Pharmakotherapie sie heute auf einem höheren Aktivitätsniveau halten können als das früher der Fall war.

Hinweise auf dissoziale Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F 60.2)

Die hohe Prävalenz dissozialer Persönlichkeitsstörungen unter Gefängnisinsassen zwingt Sie, sich als Gefängnisarzt mit dieser Störung auseinanderzusetzen. Der dissozialen Persönlichkeitsstörung, die in der späten Adoleszenz manifest wird, gehen oft kindliche Verhaltensstörungen voraus. Die Diagnose kann erst dann mit einer gewissen Sicherheit gestellt werden, wenn die Symptome zumindest mehr als 2 Jahre vorhanden waren.

Die gemeinsamen Merkmale dissozialer Persönlichkeitsstörungen sind:

- Herzlose Gleichgültigkeit den Gefühlen anderer gegenüber
- Nachhaltige Verantwortungslosigkeit und Missachtung sozialer Normen, Regeln und Verpflichtungen
- Unfähigkeit dauerhafte Beziehungen aufrechtzuerhalten, die Fähigkeit, Beziehungen anzubahnen ist jedoch nicht beeinträchtigt.
- Niedrige Frustrationstoleranz
- Niedrige Schwelle für aggressives und gewalttätiges Verhalten
- Neigung andere zu beschuldigen

Das Spektrum des Ausmaßes der Persönlichkeitsstörung reicht von relativ geringen bis zu sehr schweren Störungen. Patienten mit sehr schweren dissozialen Persönlichkeitsstörungen sind einer Behandlung kaum zugänglich bzw. lehnen sie ab, während Menschen mit weniger starker Persönlichkeitsstörung unter gewissen Umständen, am besten in einer therapeutischen Gemeinschaft, geholfen werden kann, insbesondere dann, wenn sie imstande sind, etwas Einsicht in jene Verhaltensmuster zu bekommen, die sie in Schwierigkeiten gebracht haben. Gestörte Persönlichkeiten können äußerst manipulativ agieren und erfordern daher das Setzen klarer Grenzlinien sowie frequenter Teambesprechungen der Betreuer von therapeutischen Gemeinschaften, um nicht gegeneinander ausgespielt zu werden.

Als Arzt dürfen Sie nicht außer Acht lassen, dass auch dissozial gestörte Personen eine klinische Depression bekommen können, die der Behandlung bedarf, oder, wie es bei diesen Personen häufig der Fall ist, an einer Alkohol-oder Drogenabhängigkeit leiden, die ebenfalls der Behandlung bedürfen.

Betreuung und Behandlung von psychisch Kranken in der Haftsituation

Psychiatrisch-fachärztlicher Rat und Hilfe ist in allen Gefängnissen notwendig, aber am dringendsten dort, wo Gefangene sich in der Untersuchungshaft oder während des Gerichtsverfahrens befinden. Da psychisch Kranke ein höheres Risiko als psychisch Gesunde tragen, von der Polizei festgenommen zu werden, und da in einigen Ländern Untersuchungsgefangene in Ermangelung von Haftplätzen in Justizanstalten über Monate in Polizeigewahrsam festgehalten werden, muss auch in Polizeigewahrsam festgehaltenen Menschen unverzüglicher Zugang zu psychiatrischer Betreuung zugesichert sein.

Verwehren Sie sich gegen jedes Unterfangen, an akuter Psychose Erkrankte im Gefängnis zu behandeln zu wollen, da Gefängnisse keine psychiatrischen Spitäler sind. Gegen seinen

Willen darf in Haft kein Patient behandelt werden, es sei denn, es besteht unmittelbare Selbst- oder Fremdgefährdung oder die Zwangsbehandlung ist gesetzlich angeordnet (Siehe II.6). Jeder inhaftierte Patient mit Symptomen einer akuten Psychose, wie Halluzinationen und Wahnvorstellungen muss in ein psychiatrisches Krankenhaus überstellt und dort zumindest solange behandelt werden bis eine Remission der akuten Psychose erreicht wurde und er medikamentös eingestellt wurde. Danach kann von Psychiatern argumentiert werden, dass gut eingestellte und/oder chronische Patienten außerhalb des Krankenhauses betreut werden können und Gefangene daher wieder ins Gefängnis überstellt werden können. Es zeigt sich aber, dass die sichere Betreuung von chronischen Psychosepatienten in Justizanstalten ohne spezielle Einrichtungen oft doch nicht möglich ist und die Überstellung in ein Gefängnisspital oder eine Abteilung für besonders schutzbedürftige Gefangene erforderlich wird. Wenn die Fortsetzung der Haft für psychisch chronisch Kranke wirklich nicht vermeidbar ist, so muss ihnen ein gelockerter Vollzug mit Zugang zu etablierten Therapieverfahren wie therapeutischen Gemeinschaften mit künstlerischer oder kunsthandwerklicher Beschäftigung ermöglicht werden.

Gutachten für Gericht

Ihre Aufgabe als Gefängnisarzt umfasst die Betreuung Ihrer inhaftierten Patienten und nicht das Erstellen von Gutachten für das Gericht über die mentale Verfassung, das Rückfallrisiko oder die Gefährlichkeit Ihrer Patienten. Psychiatrisch-forensische Gutachten über einen Patienten für das Gericht sollen ausschließlich von Psychiatern, die nicht in die Betreuung/Behandlung dieses Patienten involviert sind, erstellt werden. Wenn Sie als der behandelnde Arzt aber der Meinung sind, dass die Vorlage eines psychiatrisch-forensischen Gutachten bei Gericht im Interesse Ihres Patienten wäre, und dieser damit einverstanden ist, dann beantragen Sie ein solches Gutachten durch einen unabhängigen Psychiater (Siehe II.19).

Psychiatrisch relevante Nebenwirkungen von Pharmaka

Von zahlreichen Medikamenten sind psychische Nebenwirkungenseit langem bekannt, insbesondere bei Langzeitmedikation von Antihypertensiva, Antibiotika, NSAIDs sowie von Kortikosteoiden, vor allem wenn deren Dosis zu rasch reduziert wird. Aber auch bei den erst in letzter Zeit eingeführten neueren Medikamenten muss auf psychische Nebenwirkungen geachtet werden:

- Antiretrovirale Substanzen für die Behandlung von HIV Erkrankungen
- Anti-Parkinsonmedikamente: bis zu 50% von Parkinsonpatienten entwickeln Halluzinationen und bis zu 90% machen depressive Phasen durch
- Antikonvulsive Substanzen: Ein Drittel aller Epilepsiepatienten entwickeln irgendwann psychotische oder depressive Symptome, die sowohl durch ihr Grundleiden als auch durch ihre Medikation verursacht sein können.

Literatur:

Fazel S, Danesh J: Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. Lancet 359 (9306):545-550, 2002

Paton J. Jenkins R. (eds) Mental Health Primary Care in Prison. 2002 WHO Collaborating Centre for Research and Training for Mental Health, the Institute of Psychiatry, Kings College London. Royal Society of Medicine Press Ltd., London

ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders WHO, Geneva, 1992

Davies DM, Ferner RF, de Glaville (eds): Davies Textbook of Adverse Drug Reactions (5th edition). p.699-731

III.5 Vorsätzliche Selbstbeschädigung

Selbstbeschädigung in Haft ist ein Phänomen, das vor allem bei jüngeren Gefangenen beobachtet wird. Am häufigsten kommen Schnittverletzungen an Handgelenken und Unterarmen vor, aber auch Vergiftungen. Sie werden oft wiederholt durchgeführt: binnen der ersten 12 Monate verletzen sich 20% dieser Gefangenen neuerlich vorsätzlich.

Die Selbstbeschädigung ist Ausdruck der hochgradigen inneren Spannung einer Person, die ihre inneren Konflikte weder selbst lösen noch sie mit anderen kommunizieren kann. Die selbstschädigende Handlung wird nicht nur als Alternative zur Kommunikation gesetzt, sie führt auch zur Verminderung der unerträglichen Spannung – Patienten berichten oft, dass es ihnen erst besser ging, nachdem sie sich geschnitten hatten.

Ursache der Spannung sind gewöhnlich familiäre oder intrapersonelle Probleme, zu Beispiel früherer sexueller Mißbrauch über den nie gesprochen werden konnte oder lang anhaltende Einschüchterung. Viele Selbstbeschädiger zeigen Anzeichen maskierter klinischer Depression.

Jeder Gefangene, der sich vorsätzlich selbst verletzt, soll daher von einem Psychiater untersucht werden. Gefängnisverwaltungen neigen dazu, Selbstbeschädigung als reinen Akt des Aufmerksamkeit-auf-sich-Ziehens zu werten und als solchen disziplinar zu ahnden, ein Vorgehen, das das defekte Selbstwertgefühl des Patienten noch weiter vermindert und daher abzulehnen ist. Die psychiatrische Untersuchung soll beurteilen

- ob eine suizidale Intention vorhanden war. Selbstbeschädigungen sind zwar meist nicht vorausgeplant, sind aber oft Ausdruck lang dauernder und weiterhin anhaltender leidvoller Erfahrungen.
- welche Ursache der Selbstbeschädigung zugrunde liegt
- ob Probleme im familiären Umfeld oder mit Mithäftlingen vorliegen
- ob eine psychiatrische Erkrankung, eine Depression oder eine Persönlichkeitsstörung mitbeteiligt ist. Bei Gefängnisinsassen finden sich Persönlichkeitsstörungen häufig und insbesondere border-line Persönlichkeitsstörungen gehen oft mit Selbstbeschädigungen einher (Siehe III.4).
- wie groß das Risiko für zukünftige vorsätzliche Selbstbeschädigungen und Suizid ist, zumal sich bei Selbstbeschädigern Risikofaktoren für Selbstmord finden (Siehe III.6).

Idealerweise sollte die Betreuung dieser behandlungsbedürftigen Personen durch ein multidisziplinäres psychiatrisches Team erfolgen, das im Gefängnis aber oft nicht zur Verfügung steht. Es gilt daher, mit den vorhandenen Ressourcen Spannungsabbau zu erreichen und Problemlösungsstrategien zu erarbeiten durch

- Supervision
- Empathische Krisenintervention
- Verständnisbereitschaft
- Aufbau einer therapeutischen Beziehung
- Behandlung psychiatrischer Begleiterkrankungen

Literatur:

Hawton K. Catalan J. (eds): Attempted suicide: a practical guide to its nature and management. Second edition. Oxford University Press 1987.

Liebling A. Ward T (eds): Deaths in Custody: International perspectives. Whiting & Birch Ltd 1994

III.6 Selbstmord in Haft

Die Rate an Selbstmorden in den Gefängnissen westlicher Staaten hat in den letzten 20 Jahren in erschreckender Weise zugenommen. Sie ist etwa viermal so hoch wie in der Allgemeinbevölkerung, in der ebenfalls eine Zunahme zu verzeichnen ist. Der Selbstmord eines Gefangenen ist eines der belastendsten Ereignisse im Gefängnis: für die Beamten, insbesondere jene, die den Toten auffinden, für die Mitgefangenen und für die Angehörigen, die alle, unter der Annahme der Selbstmord wäre abwendbar gewesen, mit Schuldgefühlen kämpfen müssen. Selbstmordgefährdete zu erkennen ist also ein ganz wichtiges Ziel, das gemeinsam mit dem gesamten Gefängnispersonal angestrebt werden muss, insbesondere mit jenen, die in ständigem engen Kontakt mit den Gefangenen stehen und dadurch Änderungen von Verhalten oder Stimmung eher bemerken und darauf reagieren können.

Untersuchungsergebnisse über Selbstmord:

90 % aller Menschen, die Selbstmord begehen, leiden an

- Affektstörungen, davon sind 50% depressiv
- Schizophrenie
- Alkohol- oder Drogenabhängigkeit
- 50-60% äußerten Selbstmordabsichten in der Woche vor ihrem Selbstmord
- 80% konsultierten einen Arzt innerhalb des Monats vor ihrem Selbstmord.

Vorzeichen für einen Selbstmord bei affektiven Störungen sind

- Hoffnungslosigkeit
- Agitierte Depression, Panik und wahnhafte Depression
- Alkoholmissbrauch
- Selbstmordgedanken
- Selbstmordversuche.

Bei der Suchtkrankheit wird die Selbstmordgefahr erhöht durch

- Komorbidität mit anderen psychischen Erkrankungen, v.a. Depression
- Schlechte Behandlungcompliance
- Unbehandelte „kalte“ Entzüge
- Personelle oder psychosoziale Verlustereignisse.

Von Gefangenen, die Selbstmord begingen, hatten

- 33% psychische Vorerkrankungen,
- 25% stationäre Aufnahmen an psychiatrischen Abteilungen in der Vorgeschichte,
- 33% einen Alkoholmissbrauch,
- 20% einen Drogenmissbrauch und
- 50% Selbstverletzungen in der Vorgeschichte.

Das höchste Selbstmordrisiko besteht in den allerersten Tagen nach der Inhaftierung und bei Gefangenen in Untersuchungshaft. Die Hälfte aller Selbstmorde in Haft ereignet sich in den ersten 3 Monaten nach Haftantritt.

Selbstmordgefährdete Gefangene

- Wegen Totschlag/Mordes Beschuldigte (10-20% aller Selbstmörder haben Gewalt gegen andere in ihrer Vorgeschichte)
- Wegen Sexualdelikten Beschuldigte
- Drohende Langzeitstrafen
- Psychisch Kranke
- Alkohol- und Drogenabhängige

Die Wichtigkeit der Aufnahmsuntersuchung für die Selbstmordverhütung kann daher gar nicht genug unterstrichen werden (Siehe II.4). Sie soll noch am Tag der Aufnahme, spätestens binnen 24 Stunden erfolgen und insbesondere Selbstverletzungen, Selbstmordversuche, psychiatrische Behandlungen und Alkohol – und/oder Drogenabhängigkeit in der Anamnese erfragen. Wenn Selbstbeschädigungen, Selbstmordversuche oder psychiatrische Behandlung in der Vorgeschichte erfasst werden, ist das Zuziehen eines Facharztes für Psychiatrie anzuraten. Bis dahin liegt es in Ihrer Entscheidung sein, ob der neue Insasse durch Pflegepersonal betreut werden muss oder durch Justizwachebeamte überwacht werden kann. Diese Entscheidung erfordert eine sorgfältige Untersuchung der psychischen Verfassung, insbesondere, ob Selbstmordgedanken fassbar sind. Wenn dies der Fall ist, muss der Patient kontinuierlich überwacht werden. Es ist nicht ratsam, suizidale Patienten in eine jener Sicherheits-Einzelzellen zu stecken, in denen keinerlei Einrichtung vorhanden ist: auch wenn sie, solange sie dort eingesperrt sind, keine Möglichkeit vorfinden mögen, Selbstmord zu begehen, so steigt durch den Stress der Einzelhaft die Selbstmordgefahr für später noch weiter an und das Vertrauen in die medizinische Betreuung wird schwer gestört. In einigen Gefängnissen werden geeignete und dafür ausgebildete Mitgefangene neu aufgenommenen Gefangenen, bei denen ein Suizidrisiko vermutet wird, als Zellengefährten und Begleiter („Listener“) zur Seite gestellt. Obwohl dieses System, insbesondere bei Personalmangel, ganz gut zu funktionieren zu scheint, darf nicht davon abgegangen werden, suizidale Gefangene aus dem Gefängnis in ein psychiatrisches Krankenhaus zu überweisen. Die meisten Gefängnisse haben weder ausreichendes noch ausreichend ausgebildetes Personal, um der intensiven Betreuung suizidaler Patienten nachkommen zu können.

Schulung der Beamten

Gefängnisärzte sollen für die Schulung von Beamten hinsichtlich Selbstmordverhütung Mitverantwortung zeigen. Da auch die der gefährdeten Insassengruppe zugehörigen Gefangenen nicht immer suizidal sind, ist es wichtig, dass die Beamten jene Stressfaktoren und Verhaltensmuster kennen, die Selbstmordgefährdung auslösen bzw. dieser vorausgehen. Das gilt für alle Gefangenen, da Depression, vor allem bei jungen Menschen, die sie oft zu verbergen versuchen, unbemerkt bleiben kann. Die Beamten müssen angeleitet werden, sich jener Insassen besonders anzunehmen, die offensichtlich in Schwierigkeiten stecken, und ihre Vorgesetzten, vor allem aber Pflegepersonal und Arzt, davon in Kenntnis zu setzen.

Besondere Umstände, die in Haft die Suizidalität erhöhen:

- Isolation. Führen Sie daher regelmäßige ärztliche Visiten für isolierte Gefangene durch.
- Angst. Gefangene sollen die Möglichkeit haben, über ihre Ängste zu sprechen
- Einsamkeit, vor allem zu Beginn der Haft
- Zerschneiden von Beziehungen.
- Erlebte Einschüchterungen und Gewaltanwendungen (Siehe III.3)
- Beschäftigungslosigkeit und Inaktivität
- Hoffnungslosigkeit und Verlust von Perspektiven für die Zukunft
- Schuldgefühle und Scham: häufig nach Tötungsdelikten
- Gefühl, dass keinerlei Hilfe verfügbar ist. Beamte sollen daher ihre Gesprächsbereitschaft immer erkennen lassen. Ausbilden von Vertrauensbeamten.

Besondere Ereignisse, die in Haft die Suizidalität erhöhen

- Antritt zum ersten Gefängnisaufenthalt
- Unvorhergesehene schlechte Nachrichten
- In Schulden geraten
- Ausbleiben eines erwarteten Besuchs
- Unvorhergesehene Überstellung in ein anderes Gefängnis
- Urteilsspruch, insbesondere bei Langzeitstrafen

Anzeichen von Belastung und Verzweiflung

- Zurückgezogenheit und Kontaktscheue
- Schlaflosigkeit
- Appetitlosigkeit
- Aufgeben des Planens für die Zukunft z.B. für die Entlassung
- Wutausbrüche wegen Kleinigkeiten
- Zunahme der Besuche beim Arzt

Präventionsmaßnahmen

Es ist wichtig, dass jedes Gefängnis ein Programm zur Erkennen und Verhüten der Selbstmordgefahr besitzt, das auf „Compassion, Cooperation, Care and Communication“ (Mitgefühl, Zusammenarbeit, Betreuung und Kommunikation) baut und folgende Maßnahmen beinhalten soll:

- Ein Komitee zur Selbstmordverhütung, das aus Vertretern der verschiedenen Berufsgruppen des Personals, das in ständigem Kontakt mit den Gefangenen steht, zusammengesetzt ist und von einem erfahrenen Beamten geleitet wird
- Schulungsmaßnahmen für alle Beamte, die in Kontakt mit Gefangenen stehen, mit den folgenden Inhalten:
 - 1) Kenntnis der Faktoren, die die Selbstmordgefahr im Gefängnis erhöhen und
 - 2) der Vorwarnzeichen, wie oben angeführt.
 - 3) Die Wichtigkeit des Zuhörens und Schulung für intelligentes Zuhören
 - 4) Einfühlsames Fragen nach Selbstmordgedanken
 - 5) Die Wichtigkeit, die eigene Besorgnis um gefährdete Gefangene den anderen Staffmitgliedern und dem medizinischen Personal mitzuteilen aber
 - 6) nicht anzunehmen, dass damit die Verantwortung an andere abgegeben worden ist.
 - 7) Miteinbinden von Insassen in Strategien der Selbstmordverhütung und Schulung von freiwilligen, dafür geeigneten Gefangenen als „Listeners“
- Eine formale Anweisung an den Staff, wann und was bei vermuteter Selbstmordgefährdung zu unternehmen ist und
- Regelmäßige Evaluation des Programms.

Management des suizidalen Patienten

Alle Beamten müssen in Kenntnis ihrer besonderen Verantwortung suizidalen Gefangenen gegenüber das Programm zur Selbstmordverhütung kennen und die oben beschriebenen Schulungen erhalten und regelmäßig aufgefrischt haben. Sie müssen ebenfalls die Grundsätze der Ersten Hilfe für Wiederbelebungsmaßnahmen bei Auffinden eines Selbstmörders beherrschen.

Es kann hilfreich sein, suizidale Patienten ihrem eingeschätzten Risiko nach in 3 Kategorien einzuteilen und entsprechend zu behandeln:

Level 1: Unmittelbare aktive Suizidalität, die kontinuierliche Überwachung verlangt:

Für diese Patienten, die aktiv ihren Selbstmord planen oder gerade eben einen Selbstmordversuch unternommen haben, muss die Überstellung an eine psychiatrische Abteilung veranlasst werden. Bis dies erfolgt, muss der Patient unter kontinuierlicher Sichtbeobachtung stehen, am besten durch eine ausgebildete Pflegeperson. Sorgfältige Übergabe bei Schichtwechsel des Personals muss sichergestellt sein. Mit Einverständnis des Patienten kann und soll eine medikamentöse Therapie bereits vor der Überstellung eingeleitet werden, orale Medikamente müssen aber unter Sichtkontrolle geschluckt werden, um nicht ein Aufsparen für einen späteren Suizidversuch zu ermöglichen.

Level 2: Bis vor kurzem suizidal, unterstützende Beobachtung alle 15 Minuten erforderlich.

Dies sind Patienten, die derzeit nicht mehr aktiv suizidal sind, aber vor kurzem noch Selbstmordgedanken hatten oder Selbstmordversuche unternommen hatten, und immer noch mit Verlusten oder anderen Stressfaktoren ringen. Diese Patienten sollten nie allein sein und ein Mitglied des medizinischen Teams sollte über die Befindlichkeit des Patienten ständig in Kenntnis gehalten werden. Alle zuständigen Beamten müssen über die viertelstündliche unterstützende Beobachtung informiert sein. Tägliche psychotherapeutische und psychiatrische Betreuung und 2-wöchentliche Evaluation sind erforderlich.

Level 3: Der Gruppe selbstmordgefährdeter Gefangener angehörend, erhöhte Aufmerksamkeit erforderlich.

Diese Patienten gehören einer der oben beschriebenen Risikogruppen an, sind derzeit aber nicht suizidal. Sie können im normalen Vollzug gehalten werden, aber die Beamten sollen über ihre Gefährdung informiert sein und erhöhte Aufmerksamkeit walten lassen. Therapeutische Unterstützung durch regelmäßige psychologische und/oder psychiatrische Konsultationen soll angeboten werden.

Literatur

Paton J, Jenkins R (eds): Mental Health Primary Care in Prison. Royal Society of Medicine Press Limited, 2002

Morgan.G, Owen J: Persons at risk of suicide. The Boots Company PLC, 1990

Gordon H: Suicide in secure psychiatric facilities. Journal of Advances in Psychiatric Treatment. pp 408-417, 2002

III.7 Besonders verletzbare, schutzbedürftige Gefangene

Das Leben in Haft, in erster Linie der Verlust der Selbstbestimmung, macht alle Gefangenen verletzlich und schutzbedürftig, aber die im Folgenden beschriebenen Personengruppen bedürfen darüber hinaus außerordentlichen Schutzes.

Die Aufgabe des Gefängnisarztes

Der Gefängnisarzt kann der besonderen Verletzlichkeit Gefangener Rechnung tragen, indem er

- ihnen vorurteilsfrei gegenübertritt, ihnen Achtung vermittelt und aufmerksam zuhört,
- Diagnose und Therapiemöglichkeiten erläutert und Fragen offen gegenübersteht,
- bereit ist, fachärztliche Konsilien zu suchen, sofern erforderlich oder gewünscht,
- klar stellt, dass er ausschließlich im Interesse des Patienten tätig ist,
- seine Vertraulichkeit und Verschwiegenheit garantiert,
- die Konsultationen soweit als möglich unter vier Augen durchführt und
- in allen Situationen korrekt und umsichtig agiert.

Faktoren, die die Verletzlichkeit Gefangener erhöhen:

- Beeinträchtigte Fähigkeit, Erklärungen zu verstehen und Anforderungen nachzukommen. Dies kann durch intellektuelle Defizite, die bei Gefangenen oft unbemerkt bleiben, Drogenmissbrauch, psychotische Störungen oder auch nur durch Sprachunverständnis bedingt sein. Es ist daher sinnvoll, bei der Aufnahme ins Gefängnis eine einfache, leicht verständliche, in allen erforderlichen Sprachen verfasste Broschüre auszuhändigen, die alle erforderlichen Informationen über die Gesundheitsvorsorge im Gefängnis erklärt (Siehe II.4).
- Entmündigung durch Entzug von Privatsphäre und Vertraulichkeit bei der ärztlichen Konsultation

- Angehörigkeit zu einer ethnischen, kulturellen oder sexuellen Minorität
- Vorangegangene traumatisierende Lebenserfahrungen wie Folter oder Kindesmissbrauch, die zu exzessiver Angst in der Haftsituation führen.

Einzelne Gefangene können für psychische oder physische Übergriffe durch Mitgefangene oder durch gedankenlos oder voreingenommen agierende Beamte oder durch das Gefängnisssystem selbst, besonders anfällig sein: zum Beispiel behandeln zahlreiche Gefängnisysteme Jugendliche und junge Gefangene in gleicher Weise wie Erwachsene, ohne ihrer Unreife und der United Nations Convention on the Rights of the Child (1990) Rechnung zu tragen (Siehe Annex 1). Auch Frauen, die unter Häftlingen eine Minorität darstellen (mehr als 80% aller Gefangenen sind Männer), sind mit Diskriminierung konfrontiert, da die meisten Gefängnisordnungen und Strafvollzugsziele Männer-orientiert ausgerichtet sind. Psychisch Kranke und Gefangene mit intellektuellen Defiziten sind in Untersuchungshaft oder dem normalen Strafvollzug ebenfalls außerordentlich verletzlich und schutzbedürftig. (Obwohl die meisten Gefängnisse separate Abteilungen für Jugendliche und für Frauen eingerichtet haben, sind deren Ausstattung und Bedingungen gegenüber denen, in denen erwachsene Männer inhaftiert sind, oft benachteiligt. Es ist eine der Aufgaben des Gefängnisarztes in seiner Rolle als medizinischer Berater des Gefängnisdirektors, Druck auszuüben, um für diese Minoritäten im Gefängnis Verbesserungen zu erreichen.)

Dieser Abschnitt will sich aber im Besonderen mit jener Gruppe von Gefangenen auseinandersetzen, die Gefahr laufen von ihren Mitgefangenen bedroht oder missbraucht zu werden und daher zu ihrem Schutz gesondert untergebracht werden müssen. Es sind dies:

- Wegen Kindesmisshandlung Belangte
- Wegen Sexualvergehen, insbesondere Pädophilie, Belangte
- Gefangene, die wegen körperlicher, psychischer oder emotioneller Auffälligkeiten schikaniert werden
- Gefangene, die sich anderen Gefangenen gegenüber verschuldet haben, z.B. durch Drogenkonsum
- Homosexuelle, Transsexuelle oder Transvestiten, die zu erzwungenem Sex missbraucht werden

Richten Sie als Gefängnisarzt Ihre spezielle Aufmerksamkeit auf diese Gefangenen und zwar nicht nur aus humanitären Gründen, sondern auch um deren psychische Verfassung zu überwachen und um über Bedrohungen und Missbrauch informiert zu sein. Diese Personen neigen dazu, in Depressionen zu verfallen und suizidal zu werden. Als Gefängnisarzt kommt Ihnen dabei nicht nur die Aufgabe des den individuellen Patienten betreuenden Arztes zu, sondern auch die eines Anwaltes dieser im Gefängnis gefährdeten Personengruppen, der die Gefängnisdirektion dazu veranlassen muss, diese Personen vor Bedrohungen und Missbrauch geschützt unterzubringen, ihren Bedürfnissen soweit als möglich gerecht zu werden und ihnen, insbesondere den Sexualdelinquenten, gezielte Therapiemaßnahmen zu ermöglichen. Den zu ihrer Sicherheit von anderen Insassen abgesonderten Gefangenen muss der gleiche Zugang zur ärztlichen Betreuung gewährleistet werden wie allen anderen Gefangenen.

Transsexuelle Gefangene

Transsexuelle sind Menschen, die überzeugt sind, dass sie dem anderem Geschlecht als dem, das durch ihr äußeres Genitale angezeigt wird, angehören und die den unbedingten Wunsch haben, dem anderen Geschlecht gemäß zu leben. Obwohl selten, trifft man als Arzt

gelegentlich auf sie, zumal sie wegen der Weiterverschreibung von Medikamenten, die ihre Geschlechtsmerkmale verändern sollen, ärztliche Hilfe suchen. Im Gefängnis ergibt sich mit ihnen sofort das Problem der Unterbringung, da sie üblicherweise zunächst ihrem angeborenen Geschlecht entsprechend untergebracht werden. Zu ihrem Schutz sollen Transsexuelle in von Mitgefangenen getrennte Einheiten des Gefängnisses verlegt werden. In Anbetracht der seltenen und schwierigen Problematik ist die Konsultation eines Experten anzuraten, der gewöhnlich zur Fortsetzung einer auswärts begonnenen endokrinen Behandlung raten wird, während der Beginn einer solchen im Gefängnis sehr sorgfältig überlegt werden muss und auch Wünschen nach operativen Eingriffen erst nach Beendigung der Haft Rechnung getragen werden sollte. Ärzten und dem Pflegepersonal werden bei der Betreuung Transsexueller außerordentlich viel Geduld und Verständnis für ihren zwanghaften vorgetragenen Wunsch, ihre Geschlechtsmerkmale zu ändern, abverlangt.

Pädophile Gefangene

Pädophile Menschen fühlen sich sexuell zu Kindern anstatt zu Erwachsenen hingezogen. Sie rangieren in den Häftlingshierarchien an unterster Stelle, sind daher oft Ziel von Übergriffen und Schikanen, sodass eine von anderen Insassen abgesonderte Unterbringung notwendig werden kann.

Die Behandlung der Pädophilie zielt auf Erlernen von Selbstkontrolle und von Vermeidungsstrategien, setzt Gruppentherapien und Aversionstherapien als Instrumente ein und muss von spezialisierten Psychologen durchgeführt werden. Die Planung der Supervision von Pädophilen und anderen Sexualdelinquenten nach der Entlassung, die das Rückfallsrisiko vermindern soll, erfordert eine enge Zusammenarbeit zwischen Therapeuten, Sozialarbeitern und Bewährungshelfern vor und nach der Entlassung aus dem Gefängnis.

Hormontherapien (Androgenentzug) wurden immer wieder befürwortet, insbesondere in Herstedvester, einem auf die Behandlung von Sexualdelinquenten spezialisierten Gefängnis in Dänemark, sie bergen jedoch die Problematik in sich, kaum sicher sein zu können, dass das Einverständnis des Patienten wirklich freiwillig und ohne jeglichen Zwang erfolgt ist, wenn die Entlassung aus dem Gefängnis vom Einverständnis zur Behandlung abhängt. Darüber hinaus ist die Fortsetzung der Medikation nach der Entlassung oft nicht garantiert und die präventive Wirksamkeit der Hormontherapie ist dann nicht zu erwarten, wenn nicht der Sexualtrieb sondern Aggression die dominierende Rolle im Deliktverlauf spielt. Als Gefängnisarzt sollten sie sich, in erster Linie aus ethischen Gründen, in die Durchführung einer Androgenentzugstherapie nicht involvieren lassen.

Homosexuelle

In westlichen Ländern ist Homosexualität nicht strafbar und wird daher, wenn sie konsensuell praktiziert wird, auch im Gefängnis nicht geahndet. Dennoch sind Homosexuelle im Gefängnis oft Opfer von Übergriffen und sexuellen Missbrauchs durch Mitgefangene und daher schutzbedürftig. Als Gefängnisarzt sollen Sie dafür Sorge tragen, dass die Gefängnisdirektion zur Vorbeugung der Verbreitung sexuell übertragbarer Infektionskrankheiten anonymen Zugang zu Kondomen gewährleistet und zwar allen Gefangenen, da auch nicht homosexuell orientierte Menschen in Haft gleichgeschlechtliche sexuelle Kontakte haben können (Siehe III.2.2).

In jenen Ländern, in denen Homosexualität noch als Delikt gilt, ist die Verschwiegenheit des Arztes bei Kenntnis der sexuellen Orientierung des Patienten von ganz besonderer Wichtigkeit.

Wenn Ihnen aber als Arzt zur Kenntnis gelangt, dass sexuelle Gewalt oder Missbrauch ausgeübt wird, ist es Ihre Pflicht die Anstaltsleitung zu informieren um Maßnahmen dagegen ergreifen zu lassen, möglichst aber ohne die Vertraulichkeit dem betroffenen Patienten gegenüber zu verletzen (Siehe III.3 und II.16).

Drogenabhängige Gefangene

Vielen Gefangenen gelingt es, während der Haft Zugang zu illegalen Drogen zu bekommen, die aber auf die eine oder andere Weise bezahlt werden müssen, entweder mit Geld oder Waren oder aber mit Dienstleistungen wie sexuellen Diensten. Die daraus resultierende Bedrohung kann Drogenabhängige, die sich verschuldet haben, zu vulnerablen, schutzbedürftigen Gefangenen werden lassen. Auch aus diesem Grund sind alle Maßnahmen zum Eindämmen des Drogenkonsums im Gefängnis erforderlich, wie sie im Kapitel III.1 Drogenmissbrauch und Suchtkrankheit beschrieben sind.

Literatur:

Vulnerable patients, vulnerable doctors. Royal College of Psychiatrists, London 2002.

Penal Reform International: Making Standards Work. An international handbook on good prison practice. 2nd edition, 2001. www.penalreform.org

Convention on the Rights of the Child. Adopted by the General Assembly on 2 September 1989. United Nations www.unhcr.ch/html/menu2/6/crc/treaties/crc.htm

III.8 Hungerstreik

Definition: Bewusste, im Vollbesitz psychischer Gesundheit begonnene, anhaltende, völlige oder partielle Nahrungsverweigerung mit der Absicht gegen Umstände oder Maßnahmen zu protestieren oder etwas einzufordern, was ohne Protestmaßnahmen nicht erreichbar scheint.

Die ärztliche Betreuung hungerstreikender Gefangener ist ein seltenes Ereignis, das den Gefängnisarzt in seiner in jedem einzelnen Fall einzigartigen Konstellation vor eine außerordentliche klinische und ethische Herausforderung stellt. Hungerstreikende beabsichtigen zum Durchsetzen ihrer Forderungen das Interesse der Öffentlichkeit auf sich zu ziehen und dies gelingt ihnen oft, insbesondere bei politischen Anliegen. Die staatliche Autorität, gegen die der Hungerstreik gerichtet ist, will einerseits den gestellten Forderungen nicht nachgeben, fürchtet andererseits aber die Reaktion der Öffentlichkeit bei tödlichem Ausgang des Hungerstreiks, sodass auf den Arzt Druck ausgeübt wird, den hungerstreikenden Gefangenen am Leben zu erhalten, wenn nötig durch Zwangsernährung.

Die wichtigsten Leitlinien für Gefängnisärzte hinsichtlich der Betreuung Hungerstreikender finden sich in den Deklarationen der World Medical Association von Malta 1991 und Marbella 1992, die zusammengefasst wie folgt lauten:

Um einen hungerstreikenden Gefangenen ärztlich zu betreuen, braucht der Arzt, wie von jedem anderen Patienten, dessen Einverständnis, es sei denn, es ist eine Notfallbetreuung erforderlich und der Patient ist nicht imstande, sein Einverständnis auszudrücken. Da als Folge des Hungerstreiks ein Bewusstseinsverlust eintritt, der den Patienten außer Stand setzt, sein Einverständnis zu geben, kann argumentiert werden, dass in dieser Phase der Arzt mit künstlicher Ernährung intervenieren muss. Wenn der Hungerstreikende aber, solange er noch konnte, ein klares Verbot zu intervenieren, ausgesprochen hat, ist dies nicht der Fall. Jeder Arzt, der ein solches Verbot nicht akzeptieren kann, soll dies frühzeitig dem Hungerstreikenden klarmachen, damit dieser von einem anderen Arzt betreut werden kann.

Ärztliches Management

Jeder Gefangene, der die Nahrung verweigert, muss von Ihnen befragt und die Ursache der Nahrungsverweigerung abgeklärt werden. Entsprechend oben angeführter Definition erfüllt keinesfalls jede Verweigerung von Nahrung durch Gefangene die Kriterien des „gezielten Protestfastens“, wie der Hungerstreik eigentlich genannt werden sollte: sämtliche Formen des Nichtessens oder der Nahrungsverweigerung von Insassen mit psychischen Erkrankungen wie Psychosen, Depression mit Selbstdestruktionstendenz und Essstörungen wie Anorexia nervosa dürfen nicht als Hungerstreik fehlgedeutet werden, sondern müssen fachgerecht behandelt werden (Siehe III.4). Ziehen Sie im Zweifelsfall einen von der Gefängnisverwaltung unabhängigen Psychiater zu.

Sobald Sie sicher sind, dass ein Hungerstreik vorliegt, machen Sie von allem Anfang an allen Beteiligten klar, dass Sie der ärztlichen Betreuung nur nachkommen können, wenn Sie diese ausschließlich nach den Grundsätzen Ihrer ärztlichen Ethik und Professionalität und unabhängig von anderen Interessen als denen des Patienten durchführen können. Dies ist von besonderer Wichtigkeit bei aus politischen Gründen Gefangenen, bei deren Betreuung im Hungerstreik Konflikte zwischen Interessen der staatlichen Autorität und der Gefängnisverwaltung einerseits und der ärztlichen Ethik andererseits geradezu vorprogrammiert sind.

Hinterfragen Sie die Gründe für den Hungerstreik und welches Ziel zu erreichen beabsichtigt wird. Versuchen Sie zu eruieren, ob eine totale oder partielle Nahrungsverweigerung beabsichtigt ist. Informieren Sie Hungerstreiker in sachlich richtiger Weise über die zu erwartenden Beschwerden, Symptome, Funktionsstörungen und die irreversiblen und fatalen Folgen sowie über den Zeitrahmen, in dem diese zu erwarten sind. Ersuchen Sie Hungerstreiker schriftlich zu bestätigen, dass Sie sie über die Folgen der Nahrungsverweigerung unterrichtet haben und dennoch alle Interventionen abgelehnt wurden. Machen Sie ihnen klar, dass sie ihre Entscheidung jederzeit widerrufen können.

Überlegen Sie den besten Ort für die Betreuung hungerstreikender Gefangener: Schon bald nach Beginn des Hungerstreikes sollten sie in die Krankenstation des Gefängnisses überstellt werden. Die Unterbringung gemeinsam mit anderen Gefangenen kann sich dann als hilfreich erweisen, wenn es diesen gelingt, sie zur Nahrungsaufnahme zu bewegen. Zumeist wird aber die Einzelunterbringung vorgezogen, insbesondere dann, wenn bei kollektivem Hungerstreik von einem Gruppenzwang, die Nahrungsverweigerung aufrechtzuerhalten, ausgegangen werden muss. Am schwierigsten zu betreuen sind politisch motivierte Hungerstreiker. So fanatisch ihre Überzeugung auch sein mag, so sehr muss auch bedacht werden, dass ihr Hungerstreik nicht immer aus freien Stücken begonnen oder fortgesetzt wird, sondern dass sie auch unter dem Zwang Gleichgesinnter stehen können. Im ärztlichen Vieraugengespräch kann es gelingen, jene Gefangene, die den Hungerstreik nur unter Zwang mitmachen, zu identifizieren und ihnen Hilfe anzubieten, ohne sie vor ihren Kameraden bloßzustellen, z.B. durch die Überstellung in ein Krankenhaus.

Visitieren Sie daher den Patienten täglich ohne Beisein Dritter, machen sie dem Patienten klar, dass Ihr Gespräch der ärztlichen Verschwiegenheit unterliegt und dass Sie seine Entscheidung auch dann respektieren, wenn Sie als Arzt wünschten, sie wäre anders ausgefallen. Auf diese Weise gewinnen Sie eher das Vertrauen des Patienten, auch wenn Sie ihm nicht mehr als Trost und Unterstützung angedeihen lassen können.

Bieten Sie die regelmäßige, tägliche ärztliche Betreuung an und raten Sie, eine gründliche Ausgangsuntersuchung und regelmäßige Kontrolluntersuchungen mit Erhebung der wichtigsten metabolischen Parameter durch Sie durchführen zu lassen:

Gewicht

body mass index (BMI)= Quotient aus Körpergewicht in Kilogramm und Quadrat der Körpergröße in Meter,

Ketoseparameter,

Serum-Kreatinin, Serum-Elektrolyte, Harnsäure, Blutbild mit Hämatokrit

Lassen Sie dem Patienten zu allen Mahlzeiten weiterhin Essen servieren und versuchen Sie zumindest zu ausreichender Trinkmenge (mindest 2-3 l) und wenn möglich zur Supplementierung von Elektrolyten (1,5 g NaCl und 100 mmol K⁺ pro Tag) und Vitaminen zu motivieren. Achten Sie auf vorbestehende Erkrankungen (z.B. Diabetes mellitus, Gicht, Nephrolithiasis, Hepatitis, Gastritis, Magen/Darmulcera, akute und chronische Infektionskrankheiten) bei deren Vorliegen zusätzliche Gefährdungen durch das Fasten zu erwarten sind, informieren Sie den Patienten über diese und schlagen Sie die entsprechende Behandlung vor.

Informieren Sie insbesondere darüber, dass nach Eintreten der schweren Funktionsstörungen des zentralen Nervensystems, bei totalem Fasten spätestens ab der 6. Woche, keine Entscheidungsfähigkeit und Zurechnungsfähigkeit mehr möglich ist, sodass der Hungerstreikende seine Willensäußerung hinsichtlich danach durchzuführender lebensrettender medizinische Maßnahmen vorher geben und dokumentieren muss und ersuchen Sie ihn, dies schriftlich zu tun.

Ab einem Verlust von 10% des Körpergewichtes oder einem BMI <16,5 ist die kontinuierliche Überwachung und Pflege in einem Krankenhaus und nicht in einem Gefängnis anzuraten. Eine Kopie der Krankengeschichte sowie dokumentierte Willensäußerungen des Patienten hinsichtlich seiner Erlaubnis oder seines Verbots, lebenserhaltende medizinische Maßnahmen nach Verlust seiner Entscheidungs- und Zurechnungsfähigkeit zu setzen, müssen dem betreuenden Arzt im Krankenhaus übergeben werden.

Jegliche unter physischem Zwang gegen den Willen eines zurechnungsfähigen, mental kompetenten Gefangenen erfolgende Zwangsernährung (sei es über eine nasogastrische Sonde oder intravenöse Infusion) ist mit ärztlicher Ethik absolut unvereinbar! (Siehe II.6)

Ob nach Verlust des Bewusstseins und damit der Fähigkeit zur Willensäußerung die lebensrettende artifizielle Ernährung begonnen werden darf oder muss, obwohl der Patient, solange er noch konnte, dies untersagt hat, wird sowohl von Ärzten als auch Gesetzgebern kontroversiell gesehen, je nachdem ob dem Respekt vor dem Willen des Patienten und seinem Recht über sich zu verfügen oder aber der Erhaltung des Lebens ein höherer Stellenwert beigemessen wird. Die World Medical Association empfiehlt, die ärztliche Betreuung eines Hungerstreikenden nur dann zu übernehmen oder fortzusetzen, wenn der Arzt den Wunsch des Patienten akzeptieren und mit seinem ärztlichen und weltanschaulichen Gewissen vereinbaren kann, andernfalls aber die Betreuung an einen anderen Arzt abzugeben. Die letztendliche Entscheidung soll immer dem betreuenden Arzt überlassen bleiben ohne dass Dritte, deren Interessen andere als die des Patienten sind, Einfluss nehmen.

Ausmaß der Nahrungsverweigerung, klinischer Verlauf

1. *Die absolute Verweigerung jeglicher Aufnahme von Flüssigkeit und Nahrung* kommt extrem selten vor: bekanntlich hat sie unbehandelt binnen weniger Tage den Tod an Exsikkose zur Folge, eine Zeit, die für das Erleben des beabsichtigten Erfolges eines Hungerstreiks zu kurz ist.

2. *Totale Nahrungsverweigerung (Voluntary total fasting)* bedeutet den Verzicht auf jegliche Nahrung, lediglich Trinkwasser wird zu sich genommen. Es unterbleibt also jegliche Zufuhr an Kalorien, Vitaminen und vieler Elektrolyte und Spurenelemente.

Bei totaler Nahrungsverweigerung muss der Organismus rasch auf seine Energiespeicher, die Fettdepots und Glykogenspeicher, zurückgreifen. Die durch überschießende β -Oxidation der Fettsäuren aus den Fettdepots entstehende Ketose bedingt, dass bereits ab dem 3. Tag kein quälendes Hungergefühl mehr verspürt wird. Da offensichtlich auch das Durstgefühl reduziert wird, führt die nicht ausreichende Trinkmenge auch zur Verminderung des extrazellulären Flüssigkeitsvolumens. Nachdem die Glykogenreserven nach spätestens 14 Tagen aufgebraucht sind, setzt mit der Glukoneogenese aus Eiweiß der Gewebsabbau von Skelett- und Herzmuskulatur ein. Der Mangel an Thiamin spielt ebenfalls eine entscheidende Rolle für das Entstehen bedrohlicher Herzrhythmusstörungen und Schädigungen des zentralen Nervensystems (Wernicke Enzephalopathie).

Ohne Behandlung muss ab der 6. Woche mit Bewusstseinsbeeinträchtigung und Entscheidungsunfähigkeit, ab der 7. Woche mit dem Tod gerechnet werden. Ein Überleben länger als 75 Tage wurde bei totalem Fasten bisher nicht beobachtet.

Symptome im zeitlichen Ablauf:

- Tag 1 bis 3: Hunger und epigastrische Krämpfe, die nach dem 3.Tag sistieren.
- Ab dem Tag 15: Subjektiv: Benommenheit, Schwäche und Schwindelgefühl, Frieren, Euphorie und/oder Bradyphrenie, Verminderung oder Schwinden des Durstgefühls.
Objektiv: Bradykardie, Hypotonie, Orthostatische Dysregulation, Singultus
- Ab dem Tag 30: Partielle, zunehmende Augenmuskelparesen: Strabismus, Doppelbilder und Nystagmus mit quälendem Vertigo, Nausea und Erbrechen. Nystagmus, Vertigo Nausea und Erbrechen sistieren etwa nach einer Woche, sobald die Augenmuskelparese komplett ausgebildet ist.
- Ab dem Tag 40: Somnolenz, kognitive Störungen mit Konzentrations- und Gedächtnisverlust, Verwirrtheit, Stupor. Spätestens ab dieser Periode kann dem Patienten keine Entscheidungs- oder Zurechnungsfähigkeit mehr zugemutet werden.

In der Folge können hämorrhagische Diathesen, Amaurose, Taubheit, Cheyne Stoke'sche Atmung, Bradykardie und schließlich Asystolie auftreten.

3. Unter *partieller oder nicht-totaler Nahrungsverweigerung (voluntary non- total fasting)* wird wohl der Verzicht auf feste Nahrung, nicht aber der auf flüssige Nahrungsstoffe, wie Milch, Honig, aufgelöster Zucker, Zufuhr von Vitaminentabletten verstanden. Darüber hinaus existieren in verschiedenen Kulturen unterschiedliche Begriffe von Nahrungsverzicht. Die partielle Aufnahme von Nahrungsstoffen, von Hungerstreikenden gelegentlich durchaus beabsichtigt, um die Dauer des Hungerstreiks und des hierdurch ausgeübten moralischen Drucks zu prolongieren, darf nicht dazu verleiten, die Gefährdung zu unterschätzen: Wenn partielle Nahrungsverweigerung lange Zeit aufrechterhalten wird, kann auch sie, wenngleich später, zu den oben beschriebenen Beeinträchtigungen mit unter Umständen letalem Ausgang führen.

Literatur

World Medical Association: Declaration on Hunger Strikers, Malta 1991, revised Marbella 1992.
<http://www.wma.net/e/policy/h31.htm>

Kalk WJ, Felix M, Snoey ER, Veriawa Y: Voluntary total fasting in political prisoners – clinical and biochemical observations. S Afr Med J 83:391-194, 1983

Faintuch J, Soriano FG, Ladeira JP et al: Changes in body fluid and energy compartments during prolonged hunger strike. Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo 55:47-54, 2000

Peel M: Hunger Strikes: Understanding the underlying physiology will help doctors provide proper advice. BMJ 315:829-830, 1997

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 25:451-456, 1999

III.9 Tod im Gefängnis

Da Sterben im Gefängnis mit menschlicher Würde kaum vereinbar ist, beantragen Sie, nach Rücksprache mit dem Patienten und sofern die Betreuung und Pflege nach der Entlassung durch Familie, Freunde oder karitative Einrichtungen gesichert sind, für todkranke inhaftierte Patienten von ärztlicher Seite aus die Freilassung auf dem Gnadenwege oder den Haftaufschub, um ihnen ein Sterben in Würde und Freiheit zu ermöglichen.

Bei unerwarteten, plötzlichen Todesfällen muss unmittelbar nachdem durch den Arzt der Tod festgestellt wurde die Gefängnisdirektion und die Polizei verständigt werden, bis zu deren Eintreffen die Leiche unberührt und die Zelle abgeschlossen verbleiben muss. Die Verständigung der Angehörigen ist Aufgabe der Gefängnisleitung.

Verlangen Sie ungeachtet nationaler gesetzlicher Regelungen bei allen Todesfällen im Gefängnis die Feststellung der Todesursache durch einen von der Gefängnisverwaltung und Vollzugsbehörde unabhängigen Leichenbeschauer oder durch eine gerichtliche Obduktion.

III.10 Medizinische Forschung im Gefängnis

In Hinblick auf die in der Vergangenheit verübten medizinischen Verbrechen an Gefangenen unter dem Deckmantel der Wissenschaft ist in zahlreichen Staaten jegliche medizinische Forschung an und mit Gefängnisinsassen vom Gesetz her untersagt. Mit der AIDS Epidemie und den sich sehr rasch entwickelnden durch klinische Forschung ermöglichten Therapiefortschritten mit neuen Medikamenten hat sich jedoch herausgestellt, dass das Ausschließen von Patienten von klinischen Phase III Studien diese Patienten benachteiligen kann und damit unethisch ist.

Es wird daher, unter Berücksichtigung nationaler Gesetzgebung empfohlen, Gefangenen die Teilnahme an klinischen Studien dann zu ermöglichen, wenn ein unmittelbarer und signifikanter Behandlungserfolg durch die Teilnahme möglich erscheint, wenn Einverständniserklärung und Teilnahme nicht durch in Aussichtstellen von irgendwelchen Privilegien induziert wurde

und jederzeit widerrufen werden kann und wenn alle ethischen Studienvoraussetzungen wie umfassende Information, schriftliche Einverständniserklärung und Vertraulichkeit von einer auswärtigen ethischen Kommission penibel überprüft werden.

Forschung zur Epidemiologie, Prävention, Behandlung und Management von übertragbaren Krankheiten in Gefängnissen ist zu befürworten, wenn die erforderlichen Daten durch Studien außerhalb des Gefängnisses nicht erhalten werden können. Auch bei diesen Studien sind dieselben hohen ethischen Anforderungen und eine überprüfende Ethikkommission erforderlich.

Literatur:

Recommendation No. R(90) 3 on medical research on human beings, Council of Europe Press, Strasbourg 1990

Prison and criminological aspects of the control of transmissible diseases including AIDS and related health problems in prison. Recommendation No.R(93) 6 and explanatory report. Council of Europe Press, Strasbourg 1995

ANNEX 1: Internationale Deklarationen, Konventionen und Empfehlungen

European Documents:

- The European Convention on Human Rights, Adopted on 4 November 1950 and entered into force on 3 September 1953. Council of Europe, Strasbourg, 1952, 1963, 1966, <http://www.hri.org/docs/ECHR50.html>
- European Convention for the Prevention on Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. Adopted on 26 November 1987 and entered into force 1 February 1989, Council of Europe, Strasbourg 1987. <http://www.cpt.coe.int/en/docsref.htm>
- European Prison Rules. Revised European Version of the Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners. Recommendation No. R(87) 3. Adopted by the Committee of Ministers of the Council of Europe on 12 February 1987, Strasbourg 1987. www.uncjin.org/Laws/prisrul.htm
- Recommendation Rec (2006) 2 of the Committee of Ministers to the member states on the European Prison Rules.
- Medical research on human beings. Recommendation No. R(90) 3. Adopted by the Committee of Ministers of the Council of Europe on 18 October 1993. Council of Europe Press, Strasbourg 1991
- Prison and criminological aspects of the control of transmissible diseases including AIDS and health related problems in prison. Recommendation No. R(93) 6. Council of Europe Press, Strasbourg 1995
- The ethical and organisational aspects of health care in prison. Recommendation No. R (98) 7. Adopted by the Committee of Ministers of the Council of Europe on 8 April 1998, Council of Europe Publishing, Strasbourg 1999
- Prison overcrowding and prison population inflation. Recommendation No. R (99) 22. Adopted by the Committee of Ministers of the Council of Europe on 30 September 1999, Council of Europe Publishing, Strasbourg 2000

United Nations Documents:

- Universal Declaration of Human Rights: Adopted by the General Assembly of the United Nations on 10 December 1948. www.unhchr.ch/udhr/index.htm
- United Nations Standard Minimum Rules for Treatment of Prisoners. Adopted in 1955, endorsed on 31 July and effective implementation approved on 13 May 1977. www.unhchr.ch/html/menu3/b/h_comp34.htm
- International Covenant on Civil and Political Rights. Adopted by the General Assembly on 16 December 1966 and entered into force on 23 March 1976. www.unhchr.ch/html/menu3/b/a_ccpr.htm
- Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. Adopted by the General Assembly on 16 December 1966 and entered into force on 3 January 1976. www.unhchr.ch/html/menu3/b/a_cescr.htm
- Principles of Medical Ethics Relevant to the Role of Health Personnel, particularly Physicians for the Protection of Detained Persons and Prisoners against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. Adopted by the General Assembly on 18 December 1982. www.unhchr.ch/html/menu3/b/h_comp40.htm
- Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. Adopted by the General Assembly on 10 December 1984. www.unhchr.ch/html/menu3/b/h_cat39.htm
- Body of Principles for the Protection of Persons under any Form of Detention or Imprisonment. Adopted by the General Assembly on 9 December 1988. United Nations, New York, 1989. www.unhchr.ch/html/menu3/b/h_comp36.htm
- Basic Principles for the Treatment of Prisoners. Adopted by the General Assembly on 14 December 1990. United Nations, New York, 1991.
- Convention on the Rights of the Child. Adopted by the General Assembly on 2 September 1989. www.unhchr.ch/html/menu2/6/crc/treaties/crc.htm
- United Nations Rules for the Protection of Juveniles Deprived of their Liberty. Adopted by the General Assembly on 14 December 1990. www.unhchr.ch/html/menu3/b/h_comp37.htm

WHO

- WHO guidelines on HIV infection and AIDS in prison. World Health Organization, Geneva, March 1993
- HIV in Prisons. A reader with particular relevance to the newly independent states. World Health Organization - 2001
- WHO Declaration of Moscow on Prison Health as Part of Public Health. World Health Organization, 2003

World Medical Association (WMA):

Declaration of Helsinki. Recommendations guiding physicians in biomedical research involving human subjects. Adopted June 1964, amended Tokyo, 1975; Venice 1983 and Hong Kong 1989, 1996, 2000.

World Medical Association, Fernay-Voltaire, 1990. <http://www.net/e/policy/b3.htm>

Declaration of Tokyo 1975: Guidelines for Medical Doctors Concerning Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment in Relation to Detention and Imprisonment.

<http://www.wma.net/e/policy/c18.htm>

Declaration on Hunger Strikers, Malta 1991, revised Marbella 1992. <http://www.wma.net/e/policy/h31.htm>

Statement on Body Searches of Prisoners, Budapest 1993. <http://www.wma.net/e/policy/b5.htm>

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.

<http://www.wma.net/e/policy/c19.htm>

Declaration on Prison Conditions and the Spread of Tuberculosis and Other Communicable Diseases, Edinburgh 2000. <http://www.wma.net/e/policy/p28.htm>

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. <http://www.wma.net/e/policy/t1.htm>

Physicians for Human Rights

Istanbul Protocol. The Manual on Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. www.phrusa.org/research/istanbul_protocol

International Council of Prison Medical Services: Oath of Athens, 1979

Penal Reform International: Making Standards Work. An international handbook on good prison practice. 2nd edition, 2001. www.penalreform.org

ANNEX 2: Nützliche Websites:

Council of Europe	www.coe.int
European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment	www.cpt.coe.int/en
World Health Organization WHO Regional Office for Europe	www.euro.who.int
WHO Health in Prison Project	www.hipp-europe.org
Center for Disease Control and Prevention CDC	www.cdc.gov
Prison Health Care Practitioners PHCP	www.prisonhealthcarepractitioners.com
World Medical Association WMA	www.wma.net
WMA/Norwegian Medical Association: Web-based course “Doctors working in prison: Human rights and ethical dilemmas”	http://lupin-nma.net
International Committee of the Red Cross	www.icrc.org
Physicians for Human Rights	www.phrusa.org
World Psychiatric Association	www.wpanet.org
Penal Reform International	www.penalreform.org
American Correctional Health Service Association	www.corrections.com/achsa
U.S. National Commission on Correctional Health Care	www.ncchc.org
International Centre for Prison Studies	www.prisonstudies.org
European Network on Drugs and Infections Prevention in Prison ENDIPP	www.endipp.net