

«Wer das erste Knopfloch verfehlt, kommt mit dem Zuknöpfen nicht zu Rande» – so wird Goethe in einem Prozessrechtslehrbuch zitiert.

In der nachfolgenden Geschichte wurde offensichtlich das erste Knopfloch verfehlt und danach ordentlich weiter geknöpft. Wer das 25seitige Urteil liest, das mit einem Freispruch endet, fragt sich zu Recht: Wieviel Ausgewogenheit und Sorgfalt erwartet der Staat von seinem Institut für Rechtsmedizin, das massgeblichen Einfluss darauf hat, ob ein Gefängnisarzt, der unter schwierigsten Bedingungen arbeitet, der fahrlässigen Tötung angeklagt wird? Das über ein Jahr dauernde Verfahren hat personelle und finanzielle Ressourcen des

Staates geschluckt; die Belastung eines solchen Verfahrens für den Angeschuldigten lässt sich erahnen, aber nicht quantifizieren. Zu hoffen ist, dass dieses Verfahren nicht nur Kosten und Ärger verursacht hat, sondern dass daraus auch die nötigen Lehren gezogen werden. Zu erwarten wäre zumindest auch, dass der Staat als Auftrag- oder Arbeitgeber seinen Gefängnisärzten in einer solchen Situation ohne weiteres einen Rechtsbeistand gewährt. Andernfalls könnte Ärzten nur empfohlen werden, die Übernahme derartig undankbarer Aufgaben abzulehnen.

Rechtsdienst FMH,  
Lucia Rabia

## Gefängnisarzt – mit beiden Beinen im Gefängnis?

Reto Gross, Andreas Würmli

Der Todesfall eines Häftlings im Januar 2006 hat ein weites Medienecho gefunden. Der Fall ist inzwischen endgültig abgeschlossen. Zwei niedergelassene, angeschuldigte Ärzte nehmen dazu Stellung. Der eine wurde als stellvertretender Gefängnisarzt und der andere als Notfallarzt in das Verfahren hineingezogen. Im ersten Teil schildern sie nochmals kurz die Fakten, um dann im zweiten Teil ihre Bedenken über den Verlauf des Verfahrens darzulegen. Als Kernaussage kommen sie zu folgendem Schluss: Unser Justizsystem ist selbst mit einfachen medizinischen Fakten überfordert. Daraus resultiert eine grosse Abhängigkeit von medizinischen Gutachten. Deshalb sollte in Zukunft bei solchen Gutachten mindestens das Peer-review-Prinzip als Voraussetzung gelten, und der Gutachter selbst darf nur in seinem ganz spezifischen Fachgebiet Auskunft geben.

### Sachverhalt, dargestellt durch den stellvertretenden Gefängnisarzt

Ein 21-jähriger Mann aus Guinea wird wegen Drogenhandels verurteilt. Nach der Verurteilung entwickelt er ein auffälliges Verhalten, was wenige Tage vor Weihnachten 2005 die Verlegung in ein anderes Gefängnis zur Folge hat. Der Häftling verhält sich aggressiv und zerstört einen Teil des Zellenmobiliars, dann sitzt er nackt in der Zelle und verweigert das Essen, er wäscht sich mit dem Putzwasser den Kopf bzw. versucht dieses zu trinken. Dieses auffällige Verhalten wird von mir als stellvertretender Gefängnisarzt am 26. Dezem-

ber 2005 als Protesthaltung im Sinne einer Pseudodemenz beurteilt, wie sie bei Gefangenen gelegentlich auftritt [1]. Die Auffälligkeit des Inhaftierten konzentriert sich in der Folge zunehmend auf eine demonstrative Nahrungs- und Trinkverweigerung, wobei allerdings durch die Betreuenden nicht objektivierbar ist, ob tatsächlich nichts getrunken wird (die Zelle verfügt über fliessendes Wasser, Tranksame werden ausgeleert). Ich empfehle eine abwartende, symptomatische Behandlung, insbesondere das Bereitstellen von genügend Trinkflüssigkeit und soweit möglich menschliche Zuwendung.

Am 1. Januar 2006 wird beim Gefangenen durch das Gefängnispersonal (medizinische Laien) mit dem Ohrthermometer eine sehr tiefe Körpertemperatur gemessen und daraufhin der regionale Notfallarzt gerufen. Dieser untersucht den Inhaftierten, der sich körperlich so wehrt, dass er die Blutdruckmessung verunmöglicht. Der Arzt beurteilt den Zustand als nicht lebensbedrohlich. Die Betreuer im Gefängnis ergreifen sinnvolle und effektive Massnahmen zur Sicherstellung der Körpertemperatur (Fussbodenheizung auf Maximalstufe, Decken, Kleider) und fliessen dem Gefangenen warmen Tee ein, wogegen sich dieser nicht wehrt.

Am nächsten Tag, dem 2. Januar 2006, untersuche ich den Gefangenen erneut. Meine Beurteilung lautet: deutlich reduzierter Allgemeinzustand infolge von Nahrungs- und wahrscheinlich auch Trinkverweigerung, keine unmittelbare

Korrespondenz:

Dr. med. Reto Gross  
Facharzt für Allgemeinmedizin FMH  
Bahnhofstrasse 21a  
CH-9450 Altstätten  
Tel. 071 755 63 77  
Fax 071 755 63 60

rgross@hin.ch

Dr. med. Andreas Würmli  
Facharzt für Kinder- und  
Jugendmedizin FMH  
Trogenerstrasse 20  
CH-9450 Altstätten  
Tel. 071 755 35 77  
Fax 071 755 35 78

praxis.wuermli@bluewin.ch

Lebensgefahr. Ich weise den Gefangenen jedoch darauf hin, dass sein Verhalten für ihn lebensgefährlich sein kann. Die Auffälligkeiten ergeben keine wesentlichen neuen Gesichtspunkte. Die Gefangenenbetreuung ist durch den pflegerischen Aufwand aber an der Grenze ihrer Möglichkeiten. Ich empfehle für den folgenden Tag eine Hospitalisation in einem Gefängnisspital. Zum Zeitpunkt der Untersuchung am 2. Januar 2006 – rückblickend wenige Stunden vor dem Tod des Häftlings – ergeben sich für mich keine Hinweise auf das Vorliegen einer akut lebensbedrohlichen Situation.

In der darauffolgenden Nacht stirbt der Gefangene. Ein gerichtsmedizinisches Gutachten nennt als wesentliche Todesursache einen Flüssigkeitsmangel und erhebt schwere Vorwürfe gegen die beiden behandelnden Ärzte. Der Flüssigkeitsmangel wird durch eine Art Hämatokrituntersuchung im Leichenblut und die Restwasserbestimmung in der Muskulatur «objektiviert». Nicht schlüssig erklärt wird jedoch der Befund in der Blase: 500 ml Urin mit normalem spezifischem Gewicht. Eine Schätzung des wahrscheinlichen Todeszeitpunktes wird ebenfalls nicht vorgenommen [2]. Das rechtsmedizinische Gutachten ist Grundlage für die Eröffnung einer Strafuntersuchung. Die darin genannte Todesursache wird öffentlich gemacht, und der angebliche Tod durch Verdursten in den folgenden Wochen von den nationalen Medien breitgeschlagen. Aus den objektiven Obduktionsbefunden lässt sich diese Todesursache für uns als angeschuldigte Ärzte allerdings nicht nachvollziehen. Der Häftling verstarb mit grösster Wahrscheinlichkeit an den Folgen einer akuten Lungenembolie, die in der gerichtsmedizinischen Sektion ebenfalls festgestellt worden ist. Wir verlangen ein zweites Gutachten, werden aber noch vor einer zweiten Fachmeinung vom Untersuchungsrichter zu einer Einvernahme vorgeladen und fahren mit unseren Anwälten über 90 Kilometer quer durch den Kanton (und zurück) zur Einvernahme, wo wir die Aussage verweigern.

Schliesslich wird doch noch ein zweites Gutachten eingeholt. Es stammt von einem 74-jährigen pensionierten internistischen Spitalchefarzt, der selbst keine Erfahrung als Gefängnisarzt hat. Der Gutachter behauptet, der stellvertretende Gefängnisarzt hätte den Patienten ungenügend untersucht, ohne jedoch zu sagen, was bei der Untersuchung unterlassen wurde.

11 Monate nach dem Tod des Häftlings werde ich als stellvertretender Gefängnisarzt aufgrund des zweiten Gutachtens der fahrlässigen Tötung angeklagt. Diese Tatsache erfahre ich zuerst von meinem jüngsten, 14-jährigen Sohn, der es in den Mittag Nachrichten von Radio

DRS 3 hört. Der entsprechende Brief der Staatsanwaltschaft erreicht meinen Anwalt erst einige Tage später.

14 Monate nach dem Geschehen findet die Verhandlung in erster Instanz vor dem Kreisgericht statt. Sie endet mit einem vollumfänglichen Freispruch für mich. Das Urteil ist inzwischen rechtskräftig.

### **Bezüglich menschlicher, rechtlicher und fachlicher Unterstützung ist anzufügen**

Die Anklagekammer stellt bei ihrem Entscheid fest, dass die beiden Ärzte in dieser Sache in Beamtenfunktion gehandelt hätten. Der Kanton lehnt unser Gesuch um Rechtshilfe aber mehrfach ab. Erst die konkrete Zustellung des kantonalen Personalreglements an die zuständige Regierungsrätin ändert diese Haltung des Kantons und uns Ärzten wird Rechtsbeistand bis zur ersten Instanz gewährt.

Mehrere Rückfragen bei verschiedenen schweizerischen Rechtmedizinern – auch bei ehemaligen Studienkollegen – ergeben, dass es für die beiden angeschuldigte Ärzte in der Schweiz keine referenzierbaren Auskünfte aus diesem Fachgebiet geben wird. Nicht einmal banale Normwerte können genannt werden, die jeder selbst nachschlagen könnte (wenn er nur wüsste, wo!). Einzig der Gefängnisleiter unterstützt uns aktiv mit aktueller nichtmedizinischer Fachliteratur. Die kantonalen Behörden bzw. die Verwaltung (Gesundheits- und Justizdepartement) lassen in den 14 Monaten des Verfahrens nichts von sich hören. Fachlich sind wir beiden Ärzte in erster Linie auf uns selbst gestellt. Die regionalen Kollegen und die kantonale Ärztesgesellschaft sichern uns ihre Unterstützung zu, was spürbaren Halt gibt.

Die Aufarbeitung der sachlichen und fachlichen Rechtfertigung des ärztlichen Tuns und Lassens während der wenigen entscheidenden Stunden der konkreten Situation beansprucht praktisch die ganze Freizeit während eines Jahres und belastet uns zwei Ärzte (und unser Umfeld!) schwer. Sie ist nur durch gute Englisch- und Internetkenntnisse überhaupt möglich (schliesslich referenzieren wir über 200 Internetweblinks). Dank zweier aufmerksamer und kompetenter Anwälte lassen sich die komplexen medizinischen/naturwissenschaftlichen Fakten in eine für Laien verständliche juristische Sprache umformulieren.

### **Persönliches Fazit als stellvertretender Gefängnisarzt**

Die öffentlich bestellten Gutachter haben mehr zur Verwirrung als zur Lösung des Falls beigetragen, angesichts der unkritischen Expertenhörig-

keit der Justizorgane gegenüber medizinischen Fachgutachten eine erschreckende Wahrnehmung. Daher ist zu fordern, dass medizinische Gutachten vor Gericht zumindest einen Peer-review-Prozess (Vier-Augen-Prinzip) durchlaufen.

Zur Strategie der Aussageverweigerung: «Reden ist Silber – Schweigen ist Gold». Die Vorstellung, die Untersuchungsorgane bzw. der Staatsanwalt seien tatsächlich nur an der Wahrheit interessiert, erwies sich als naive Staatskunderomantik. Meine Wahrnehmung war, dass sie vor allem Schuldige suchten. Ein Posthalter, eine Kindergärtnerin oder ein Jurist(!) wären an unserer Stelle in noch viel grössere Bedrängnis geraten.

Der Arzt (und wohl auch der gesunde Menschenverstand) ist seinerseits mit der Funktion der Justiz überfordert. Fazit: Besorgen Sie sich in solchen Nöten einen guten Anwalt!

### **Persönliche Feststellungen zum Ereignis (vom Pädiater als Notfallarzt am 1. Januar 2006)**

Ein unangemeldetes Telefon erreicht mich in der vollen Sprechstunde: «Grüezi Herr Würmli, ich bin Staatsanwaltstellvertreter des Kantons und teile Ihnen mit, dass gegen Sie eine Strafuntersuchung eröffnet wird. Ich empfehle Ihnen dringend, einen Anwalt zu nehmen ...». Diese Mitteilung einer kantonalen Behörde war in kürzester Zeit erledigt – meine Welt damit auch! Seit kurzer Zeit praktizierend, wurde ich schon angeschuldigt. Ich war verunsichert, fühlte mich auf schwabbeligen Beinen, die Hände waren kaltschweissig – aber halt, ich bin ja noch in der Praxis und habe seriös weiterzufunktionieren. Schön lächeln und weiter geht's, nun leider noch mehr unter Zeitdruck, zum nächsten Patienten.

Zwei Monate (!) später erhalte ich die Akten, darunter auch das belastende gerichtsmedizinische Gutachten mit Autopsiebericht. Dieses wurde vor mir schon von mehreren Juristen sorgfältig (?) gelesen und anhand dessen wird die Strafuntersuchung gegen meinen Kollegen und mich eröffnet. Etwas erstaunt bin ich, in diesen von Fachpersonen durchgelesenen Berichten schon beim ersten Durchsehen einige offensichtliche Ungereimtheiten zu finden, die ich hier in aller Kürze aufzeige.

Ein scheinbar massiv auffälliger Hauttumor (Hautfalte post mortem verbleibt zwischen 3 und 4 Minuten) wird in der Autopsie nur bei der Hälfte der untersuchten Stellen am Integument gefunden, aber im Gutachten als fast beweisend für eine Exsiccose aufgeführt. Zur aspektmässigen Beschreibung des Wassergehaltes der Muskeln des Toten wird der Begriff «Trockenfleisch» verwendet (Wassergehalt von Trockenfleisch: um

50%. Gerichtsmedizinisch nachgewiesener Wassergehalt der Muskeln in der Autopsie: 72%). Es wird im Gutachten ein Normwert von «rund 80%» für den Wassergehalt der Muskulatur genannt, aber keine mögliche Streubreite diskutiert (Alter, Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, spezifischer Muskel). In der Literatur findet man bei in vivo entnommener Muskulatur auch Normwerte von 73% [3]. Eine Lungenembolie auf der rechten Seite wechselt plötzlich auf die linke – oder war sie doch rechts oder gar beidseits? Die Todesursache Unterkühlung wird zwar ausgeschlossen, aber trotzdem wird suggestiv erwähnt, dass eine gewisse Unterkühlung eine Rolle gespielt habe, da schon Patienten auf einem kalten Steinboden erfroren seien (tatsächlich aber war es ein Zellenboden mit funktionierender Bodenheizung). Eine volle Harnblase mit 500 ml Urin mit einer normalen Osmolalität von 765 mOsm/kg wird nicht erklärt. Das Ohrthermometer wird vom Gerichtsmediziner mit einem selbst erfundenen Testverfahren geprüft, um mit scheinbarer Wissenschaftlichkeit dessen Funktionstüchtigkeit zu beweisen, ohne aber die Handhabungsprobleme bei medizinischen Laien (Temperaturmessung durch Gefängnispersonal) auch nur anzudeuten. Der Gerichtsmediziner erwähnt im Gutachten den GCS (Glasgow Coma Score). Ihm liegt mein schriftlicher Notfallbericht vor, wo im Status festgehalten ist: «Augen geöffnet, gezielte Abwehr, unverständliche Sprache, Patient nicht kooperativ ...». Daraus schliesst er im Gutachten, der GCS sei so tief gewesen, dass jeder Arzt, ja sogar nichtärztliche Medizinalpersonen, anders gehandelt hätten als wir. Beim zweiten Durchlesen findet man noch weitere Ungereimtheiten ... Praktisch all diesen Fragen geht die Staatsanwaltschaft trotz unseren ausführlichen erklärenden Hinweisen nie spezifisch nach!

Acht Monate nach dem ersten Gutachten datiert das von uns geforderte zweite Gutachten, verfasst von einem ehemaligen Chefarzt einer medizinischen Klinik (unsere Anregung war: entweder ein anderer Gefängnisarzt aus der Schweiz oder ein Gerichtsmediziner von ausserhalb der Schweiz). Der zweite Gutachter widerspricht dem ersten Gutachten völlig: Dehydrierung als Todesursache ist ausgeschlossen (deshalb wird das Verfahren – nach neun Monaten Zittern – gegen mich aufgehoben). Er anerkennt aber ausdrücklich die professionelle Qualität des ersten Gutachtens und lässt sich als Nichtpsychiater über psychiatrische Diagnosen aus. Eigentlich hätte er den Auftrag von der Staatsanwaltschaft gehabt, bei für ihn als Internisten nicht fachspezifischen Fragen einen geeigneten Fachspezialisten um sein schriftliches Urteil zu bitten. Entweder

hat die Staatsanwaltschaft nicht bemerkt, dass der Zweitgutachter diesem Auftrag nicht nachgekommen ist, oder sie stört sich bewusst nicht daran.

Ein Untersuchungsrichter/stellvertretender Staatsanwalt darf sich erlauben, während der Einvernahme nicht auf meine Bitte einzugehen, mich kurz mit meinem Anwalt zu besprechen, was ein Grundrecht des Angeschuldigten wäre. Dieser einmalige Fauxpas hat keine Konsequenzen. Schliesslich ist es sogar möglich, dass der Staatsanwalt uns die Bitte abschlägt, ein Doppel des Einvernahmeprotokolls zu erhalten. Mein Anwalt darf aber alles von Hand abschreiben, bevor wir es unterzeichnen. Währenddessen müssen wir alle warten, selbst der Staatsanwalt!

### Konsequenz aus meinen Wahrnehmungen

Ich wünsche mir, dass Gerichtsmediziner, Fachgutachter, Untersuchungsrichter, Staatsanwälte und alle Beteiligten auch im Justiz- und Polizeiwesen sich so professionell und ethisch korrekt verhalten, wie sie es vom behandelnden Arzt verlangen. Der wirklich Professionelle kennt seine Schwächen und Grenzen. Das genaue Gegenteil habe ich in diesem Verfahren erlebt. Es hätte der

gerichtlichen Untersuchung nur gedient, wenn der Untersuchungsrichter und die Gutachter bei gewissen Fragen ihr Defizit an exaktem Wissen geäussert hätten. Wenn der Untersuchungsrichter konkrete Fragen vor dem Erstellen des ersten Gutachtens an den Gerichtsmediziner stellt, müsste sich der Gutachter wahrscheinlich nicht an für ihn völlig fremde Themen wagen (Thermometer, GCS).

Es geht mir nicht um die Vergangenheit, sondern um die Zukunft. Um die Weichen für die Zukunft zu stellen, braucht man die Erfahrung der Vergangenheit.

### Literatur

- 1 Butzke IF, Hofmann F, Offinger A, Stanga Z. Das Ganser-Syndrom: Scheinblödsinn oder Konversionsstörung? Schweiz Med Forum. 2005;5:299-300.
- 2 Mund MT, Bär W. Rechtsmedizinische Aspekte beim plötzlichen Todesfall. Schweiz Med Forum. 2005;5:129-35.
- 3 Flear CT, Carpenter RG, Florence I. Variability in the water, sodium, potassium and chloride content of human skeletal muscle. J Clin Path. 1965;18:74-81.

## Medizin im Gefängnis: Ausübung ärztlicher Tätigkeit unter Druck

Bruno Gravier

Präsident der Konferenz der Schweizerischen Gefängnisärzte.

Die dramatische Situation, die unsere Berufskollegen schildern, unterstreicht die Schwierigkeit und besondere Komplexität, die der Ausübung der ärztlichen Tätigkeit im Gefängnis innewohnt. Der von den Kollegen vorgelegte Bericht illustriert auch die Schwierigkeiten, vor denen der hinzugezogene Gutachter steht – nämlich die ärztliche Tätigkeit in einem so speziellen Umfeld zu evaluieren und zu bewerten. Die Autoren beleuchten in ihren Ausführungen auch die schwierige Rolle, die dem Richter, der die für den medizinischen Laien oft wenig verständlichen Expertenberichte beurteilen muss, zufällt – und der sich damit einem komplexen und unbekanntem Bereich gegenübergestellt sieht. In solchen Fällen wird man sich bewusst, wie wenig die Justiz für solche Sachverhalte vorbereitet ist; dass heisst effektiv unterscheiden kann zwischen der Wahl des optimalen, zweckmässigen Mittlereinsatzes – der jede ärztliche Tätigkeit auszeichnet – und einer Sorgfaltspflichtverletzung.

### Der Gefängnisarzt in ständigem Zwiespalt zwischen Patient und Administration

Der Gefängnisarzt\* ist regelmässig mit klinischen Extremsituationen konfrontiert (Hungerstreik, Verdacht auf Simulation, Fremd- und Selbstaggression usw.). Er befindet sich zudem in einer Doppelrolle, die ihn vor oft nicht lösbare Gegensätze stellt: einerseits die seinem Patienten geschuldete Loyalität der optimalen Behandlung und andererseits die Loyalität gegenüber der Gefängnisadministration, deren auferlegte, einschränkende Sicherheitsvorschriften ebendiese Behandlungspraxis bestimmen.

2002 publizierte die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften – nachfolgend an eine gleich dramatische Situation wie die im vorliegenden Artikel geschilderte – Richtlinien zur «Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten Personen». Ziel dieser Richtlinien ist es, dem Gefängnisarzt und seinen Partnern klare Orientierungspunkte bezüglich der Handlungs-

\* Die weibliche Form gilt sinngemäss im gesamten Text.

Korrespondenz:  
Prof Dr. med. Bruno Gravier  
Service de médecine et  
de psychiatrie pénitentiaires  
Département de psychiatrie  
du CHUV  
Site de Céry  
CH-1008 Prilly

praxis zu geben, konform mit Gesundheitsgesetz und internationalen Empfehlungen. Diese Richtlinien weisen auf die Grundanforderungen der ärztlichen Tätigkeit im Gefängnisbereich hin: Vertraulichkeit, ärztliche Unabhängigkeit, Verhalten in Situationen von administrativ verhängten Disziplinarstrafen und Zwangsmassnahmen, Äquivalenzprinzip der Behandlung. Im besonderen wird auch darauf hingewiesen, dass der Entscheid zum Hungerstreik, selbstverständlich nur wenn die betreffende Person zu diesem Zeitpunkt voll urteilsfähig ist, «auch im Falle eines beträchtlichen Gesundheitsrisikos medizinisch respektiert werden muss». Diese Grundprinzipien mögen dem Arzt, der nie im besonderen Umfeld der Gefängnisse und Haftanstalten gearbeitet hat, selbstverständlich scheinen. Diejenigen, die dort gearbeitet haben, wissen jedoch, dass im Gefängnis solche Grundvoraussetzungen rasch verloren gehen können.

Die Beurteilung eines medizinischen Notfalls im Gefängnis ist immer heikel: Sie wird durch Erwägungen gestört, die über die klinische Einschätzung hinausgehen, ebenfalls Druck ausüben und somit eine Einschätzung verzerren können.

Sind die Krankheitssymptome, die der Patient aufweist, authentisch oder willentlich verstärkt? Simuliert der Patient, um eine Verlegung ins Spital zu erreichen? Ist das (nächstliegende) Spital ausgerüstet, um Inhaftierte zu betreuen? Wird man dem Arzt nicht eine – aufgrund der notwendigen Sicherheitsvorschriften – allzu rasche Hospitalisationspraxis vorwerfen? Klinische Bil-

### Die Beurteilung eines medizinischen Notfalls im Gefängnis ist immer heikel

der sind oft trügerisch: Ist die Verweigerung der Nahrungsaufnahme bei einem Patienten als Forderung oder als Protest zu werten? Beeinflusst eine psychische Erkrankung seine Wahrnehmungsfähigkeit? Der Grat zwischen einer Krankheitskrise und der Verhaltensstörung ist oft schmal. In diesen Notfallsituationen kennt der Arzt oft nicht alle mitbeeinflussenden Faktoren – und kann seine objektive Einschätzung nur mit den Beobachtungen des Gefängnispersonals ergänzen. Wobei die Betreffenden aus verständlichen Gründen durch das beunruhigende Bild, das sich bietet, ebenfalls gefordert sind.

Was kann der Arzt – auch nach Entbindung vom Arztgeheimnis – dem Bewachungspersonal,

der Direktion und den Betreuenden in einer solchen Situation und vor allem bei unklarer Diagnose sagen? Es kam zum Beispiel vor, dass das Vorhandensein funktioneller Störungen und Angstäusserungen durch das Gefängnispersonal als Beweis für eine Simulation genommen und in der Folge eine Sanktion verhängt wurde. Auch im Gefängnis ist die Vertraulichkeit bei der ärztlichen Tätigkeit primordial.

Nichtsdestotrotz wird der Arzt oft heftig kritisiert, falls er sich weigert, dem Gefängnispersonal die Diagnose offenzulegen. Er wird dann verdächtigt, das Gefängnispersonal zu gefährden, indem ansteckende Krankheiten verdeckt oder geistige Krankheiten nicht benannt würden.

Andersherum kann der Arzt vom Laien auch dafür verantwortlich gemacht werden, Kranke, die einer akutpsychiatrischen Behandlung bedürfen oder vermeintlich bedürfen, im Gefängnis zu belassen. Wobei aber keine psychiatrische Klinik diese Patienten aufnehmen kann oder will ...

Obwohl uns die obgenannten Punkte von der konkret beschriebenen Situation zu entfernen scheinen, wiegen sie doch oft schwer in der klinischen Beurteilung von Fällen wie dem aktuell von unseren Kollegen geschilderten.

Der Arzt steht im Zwiespalt zwischen seiner Aufgabe, Hilfe zu leisten, und dem Druck, die Sicherheitsaspekte zu wahren – und sollte sich bei seiner Arbeit im Gefängnis auf Entscheidungsregeln und Behandlungsstandards abstützen können. Abgesehen der obenerwähnten SAMW-Richtlinien existiert hierzu jedoch nichts. Die Gesundheitsbehörden scheinen diesen Bereich vergessen zu haben – obwohl er Tausende von diesbezüglich vulnerablen Personen betrifft. Die Schaffung unabhängiger medizinischer Dienste, die öffentlichen Gesundheitsdiensten angegliedert sind, ist ein Mittel, das den betroffenen Ärzten in diesem Dilemma die notwendige Abstützung, den notwendigen Rückhalt und die notwendige Durchsetzungskraft geben kann. Obwohl diese Empfehlung, die in zahlreichen internationalen Empfehlungen figuriert, mannigfaltig vortragen und unterstützt wurde, geschah in Tat und Wahrheit nur wenig in dieser Hinsicht.

Im Gefängnis – wie anderswo auch – muss der Arzt einwandfreie klinische Kenntnisse in unterschiedlichsten Fachbereichen (Suchterkrankungen, Psychiatrie usw.) und eine konsequente Haltung in der Diagnostik vorweisen. Er muss jedoch auch über Detailwissen bezüglich der Rechtsvorschriften des Justiz- und Strafvollzuges und die Funktion des Gefängnismilieus verfügen. Zudem muss er in diesem schwierigen Umfeld jederzeit erhebliches diplomatisches Geschick anwenden, um die sehr verschiedenartigen Aufgaben des

Gefängnispersonals, die oft weit entfernt von einem Heilungsauftrag liegen, zu berücksichtigen. Nicht zu vergessen, dass ihm oft nur ungenügende Mittel, nicht geeignete Räumlichkeiten und strikt bemessene Zeit zur Verfügung stehen, um eine umfassende Beurteilung vornehmen zu können.

**Der konkrete Fall:  
die Einsamkeit der betroffenen Ärzte**

In der hier geschilderten Begebenheit haben unsere Kollegen eine peinliche Erfahrung der Einsamkeit erlitten: Einsamkeit gegenüber einer klinisch besonderen Situation: War der Patient wirklich in dehydriertem Zustand? Handelte es sich hierbei um eine Protestreaktion? War es das klinische Erscheinungsbild einer Persönlichkeitsstörung bzw. einer anderen Pathologie? Wie jeder Arzt in einer solcher Situation haben sie die Dringlichkeit der Lage beurteilt und diejenigen Massnahmen ergriffen, die ihnen aufgrund von Eigenbeobachtung und fremdanamnestischen Angaben am adäquatesten erschienen.

Einsamkeit erfuhren sie auch gegenüber den berufenen Gutachtern: Diese werden durch die Betroffenen als wenig erfahren in der Realität der Gefängnismedizin eingeschätzt. Die Gutachter verfolgen hier zudem als Todesursache eine Hypothese, die sich offensichtlich von den klinischen Tatsachen, so wie sie durch die Kollegen erlebt wurden, entfernt ...

Ein medizinisches Gutachten muss mit der grösstmöglichen Strenge geführt werden. Der Gutachter muss besonders aufmerksam bezüglich der Grenzen seiner eigenen Kompetenzen vorgehen, und er darf sich nicht mit vorgefassten Meinungen über das Funktionieren einer ihm unbekanntem Institution begnügen. Der Richter, der den Gutachter bestimmt, muss sich ebenfalls des Vorhandenseins von dessen notwendigen Detailkenntnissen versichern – nicht nur im Hinblick auf die spezielle medizinische Fachkenntnis, sondern auch bezüglich der Urteilsfähigkeit über die ärztliche Praxis in einem spezifischen Kontext.

Auf gewisse Tatsachen, die allzuoft vergessen gehen, muss hier hingewiesen werden. Ein Gutachten muss die Qualitätskriterien, die durch anerkannte Institutionen aufgestellt werden, erfüllen (rechtsmedizinischen Institute, Fachgesellschaften usw.). Ein Gutachten muss aber gleichzeitig fähig sein, diverse, im Text weiter oben erwähnte Parameter objektiv zu beurteilen. So muss im Gutachten ein spezifischer Kontext

mitberücksichtigt werden: Also konkret die Spannung, die infolge eines Hungerstreiks im Gefängnis bei einem Patienten entsteht, wenn dieser durch Verhaltensstörungen auffällt, wodurch die klinische Beurteilung erschwert bzw. verfälscht wird.

Schliesslich muss im Gutachten der oft komplexe medizinische Sachverhalt in für den Richter klar verständlicher Sprache dargelegt werden: So muss hergeleitet sein, wie die ärztliche Entscheidung, die zu Verschreibung, Notfallmassnahmen oder einer Hospitalisation führt, entsteht. Nämlich abgeleitet aus Beobachtung, (oft rudimentärer) Diagnostik und Abwägung von Interessen und Prioritäten. All diese Schritte, die die ärztliche Tätigkeit beinhaltet, laufen im Gefängnisumfeld oft komplizierter oder werden auch verzerrt.

**Nachholbedarf in der Gefängnismedizin**

Die Konferenz der Schweizerischen Gefängnisärzte vertritt beharrlich die Anerkennung der Besonderheiten der Praxis des Gefängnisarztes, die Notwendigkeit der Unabhängigkeit dieser ärztlichen Tätigkeit, die Entwicklung von Referenzen und Standards und weiteres mehr.

Mit Unterstützung der FMH hat sie eine Untersuchung über Kenntnis und Art der Umsetzung der SAMW-Richtlinien bei den schweizerischen Justiz- und Gefängnisbehörden sowie bei den im Gefängnis praktizierenden Ärzten initiiert. Dies ist ein erster Schritt, der diesem speziellen Bereich der Medizin zur Erlangung der so dringlich notwendigen spezifischen Referenzen verhelfen soll.

Fall es in unserem Land noch einen Bereich mit grossem Nachholbedarf gibt, liegt dieser in der Gefängnismedizin. Gesundheits- und Justizbehörden müssen den Akteuren in Gesundheitsberufen im Gefängnisbereich dringend den Status und die Anerkennung geben, die der Schwierigkeit der Ausübung dieser Tätigkeit im Gefängnisumfeld gerecht werden. Dieser Status soll nebst der Wahrnehmung durch die Öffentlichkeit auch die universitäre Ausbildung berücksichtigen. Die Behörden sollen erkennen, dass die Gefängnisärzte über einen Status verfügen müssen, der ihnen die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit unter anständigen Bedingungen ermöglicht sowie die notwendige Unabhängigkeit garantiert. Es liegt im Interesse aller, dass die Gefängnismedizin zu einem durch die Medizinischen Fakultäten anerkannten Lehr- und Forschungsfach wird.