



**Menschenrechtsbeirat**

Bundesministerium für Inneres

**Bericht**  
**des Menschenrechtsbeirates**  
**zur**  
**Medizinischen Betreuung von**  
**angehaltenen Personen**

## INHALTSVERZEICHNIS

<b>I. Einleitung .....</b>	<b>6</b>
<b>II. Rechtliche Rahmenbedingungen zur medizinischen Betreuung .....</b>	<b>7</b>
1. Internationale Bestimmungen und Empfehlungen .....	7
1.1. UN-Resolutionen.....	7
1.2. Vorgaben des Europarates .....	8
2. Darstellung relevanter Gesetzes-, Verordnungs- und Erlassregelungen.....	9
2.1. Die Europäische Menschenrechtskonvention.....	9
2.2. Einfachgesetzliche Ebene .....	10
<b>III. Der Polizeiärztliche Dienst.....</b>	<b>12</b>
1. Das amtsärztliche Berufsverständnis.....	12
1.1. Gutachterliche Tätigkeit - kurative Tätigkeit .....	12
1.1.1. Problemaufriss .....	12
1.1.2. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates .....	12
1.1.3. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates .....	15
1.2. Die Frage der Haftung bei kurativer Tätigkeit .....	16
1.2.1. Problemaufriss .....	16
1.2.2. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates .....	16
2. Personal und Qualifikation.....	17
2.1. Problemaufriss .....	17
2.2. Erwägungen und Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates.....	18
2.2.1. Sanitätsdienst.....	18
2.2.1.1. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates .....	20
2.2.2. Schulungen des Sanitätsdienstes .....	21
2.2.2.1. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates .....	21
2.2.3. Kenntlichmachung des Sanitätsdienstes .....	21
2.2.3.1. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates .....	21
2.2.4. FachärztInnen.....	22
2.2.4.1. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates .....	22
2.2.5. Kompendium geltender Regelungen.....	23
2.2.5.1. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates .....	23
3. Umfang der medizinischen Betreuung .....	23
3.1. Der zeitliche Aufwand der medizinischen Betreuung.....	23
3.1.1. Problemaufriss .....	23
3.1.2. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates zum zeitlichen Aufwand der medizinischen Betreuung .....	25
3.1.2.1. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates .....	26
3.1.3. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates zum Umfang der medizinische Versorgung .....	26
3.1.3.1. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates .....	27
4. Kooperation mit VertrauensärztInnen, Betreuungsorganisationen, FachärztInnen und Krankenhäusern.....	27
4.1. VertrauensärztInnen .....	27
4.1.1. Problemaufriss .....	27
4.1.2. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates .....	29
4.1.3. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates .....	31
4.2. Kooperation zwischen amtsärztlichem Dienst und Betreuungseinrichtungen.....	31
4.2.1. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates .....	31

4.2.2. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates .....	32
4.3. Kooperation mit FachärztInnen.....	32
4.3.1. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates .....	32
<b>IV. Medizinische Betreuung von angehaltenen Personen.....</b>	<b>33</b>
1. Prüfung der Haftfähigkeit .....	33
1.1. Allgemein .....	33
1.1.1. Problemaufriss .....	33
1.1.2. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates .....	34
1.2. TBC-Untersuchung.....	35
1.2.1. Problemaufriss .....	35
1.2.2. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates .....	36
1.2.3. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates .....	37
1.3. Prüfung des psychischen Zustandes des/der Angehaltenen .....	38
1.3.1. Problemaufriss .....	38
1.3.2. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates .....	38
1.3.3. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates .....	40
1.4. Haftfähigkeit.....	41
1.4.1. Problemaufriss .....	41
1.4.2. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates .....	41
1.4.3. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates .....	42
2. Erstuntersuchung, regelmäßige Untersuchungen, Folgebehandlung .....	43
2.1. Allgemein .....	43
2.1.1. Problemaufriss .....	43
2.1.2. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates .....	43
2.1.3. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates .....	44
2.2. Ausstattung des ÄrztInnenzimmers/Intimität .....	44
2.2.1. Problemaufriss .....	44
2.2.2. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates .....	45
2.2.3. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates .....	45
2.3. Schulung für AmtsärztInnen, WachebeamntInnen und SchubhaftbetreuerInnen.....	45
2.3.1. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates .....	45
2.3.2. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates .....	46
3. Spezifische Problemlagen der medizinischen Betreuung von angehaltenen Personen....	46
3.1. Sprachliche Verständigung.....	46
3.1.1. Allgemein .....	46
3.1.1.1. Problemaufriss .....	46
3.1.1.2. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates .....	47
3.1.1.3. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates:.....	48
3.1.2. Anamnesebögen .....	49
3.1.2.1. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates .....	49
3.1.2.2. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates .....	49
3.1.3. Sprachenproblem im Zusammenhang mit besonders gefährdeten Gruppen.....	49
3.1.3.1. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates .....	49
3.1.3.2. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates .....	49
3.2. Hungerstreik .....	50
3.2.1. Allgemein .....	50
3.2.1.1. Problemaufriss .....	50
3.2.1.2. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates .....	51
3.2.2. Untersuchungen bei Hungerstreik .....	52
3.2.2.1. Problemaufriss .....	52

3.2.3. Kriterien für Haftunfähigkeit bei Hungerstreik .....	54
3.2.3.1. Problemaufriss .....	54
3.2.3.2. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates .....	54
3.2.3.3. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates .....	55
3.2.4. Betreuung von hungerstreikenden Personen.....	55
3.2.4.1. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates .....	55
3.2.4.2. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates .....	56
3.2.5. Sanktionen bei Hungerstreik .....	56
3.2.5.1. Problemaufriss .....	56
3.2.5.2. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates .....	57
3.2.5.3. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates .....	59
3.2.6. Aufklärung über Konsequenzen/Folgen des Hungerstreiks.....	59
3.2.6.1. Problemaufriss .....	59
3.2.6.2. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates .....	60
3.2.6.3. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates .....	60
3.2.7. Frage des “Freipressens” durch Hungerstreik .....	60
3.2.7.1. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates .....	60
3.2.7.2. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates .....	62
3.3. Selbstbeschädigungen.....	62
3.3.1. Allgemein .....	62
3.3.1.1. Problemaufriss .....	62
3.3.2. PAZ Schwechat .....	64
3.3.2.1. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates .....	64
3.3.3. Sprachliche Verständigung .....	65
3.3.4. Fehlen eines psychologischen Dienstes.....	65
3.3.4.1. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates .....	65
3.3.4.2. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates .....	65
3.3.5. Fehlen einer psychologisch sensibilisierenden Schulung der BeamtInnen.....	65
3.3.5.1. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates .....	65
3.3.5.2. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates .....	66
3.4. Traumatisierung.....	67
3.4.1. Problemaufriss .....	67
3.4.2. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates .....	67
3.4.3. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates .....	68
3.5. Kostenintensive Behandlung .....	68
3.5.1. Problemaufriss .....	68
3.5.2. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates .....	70
3.5.3. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates .....	71
3.6. Betreuung von medikamenten-, drogen-, oder alkoholabhängigen Personen.....	72
3.6.1. Problemaufriss .....	72
3.6.2. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates .....	73
3.6.3. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates .....	73
3.7. Vorsorge für medizinische Versorgung nach der Haftentlassung.....	74
3.7.1. Problemaufriss .....	74
3.7.2. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates .....	76
3.7.3. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates .....	77
2. 4. Dokumentation und Information.....	77
4.1. Dokumentation des Gesundheitszustandes und der Behandlung des Angehaltenen.....	77
4.1.1. Problemaufriss .....	77
4.1.2. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates .....	79
4.1.3. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates .....	81

4.2. Information der Angehaltenen, des Wachpersonals, der Betreuungsorganisation....	81
4.2.1. Problemaufriss .....	81
4.2.2. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates .....	82
4.2.3. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates .....	83
<b>V. Präventive Maßnahmen zur Minimierung medizinischer Problemlagen.....</b>	<b>83</b>
1. Haftbedingungen - infrastrukturelle Maßnahmen.....	83
1.1. Problemaufriss .....	83
1.2. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates .....	85
1.3. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates .....	86
2. Psychosoziale Betreuung.....	87
2.1. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates .....	87
2.2. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates .....	88
3. Hygienische Überwachung der Anhalteorte.....	88
3.1. Allgemeine Erwägungen des Menschenrechtsbeirates .....	88
3.2. Überwachung der Verpflegung .....	88
3.2.1. Problemaufriss .....	88
3.2.2. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates .....	89
3.2.3. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates .....	90
<b>VI. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates.....</b>	<b>91</b>
<b>VII. Erstellung des Berichtes.....</b>	<b>101</b>
<b>VIII. Anhang .....</b>	<b>102</b>

## **I. Einleitung**

Jährlich werden in Österreich bis zu 25.000 Menschen als Gerichts-, Verwaltungs- oder Schubhäftlinge angehalten. Eine Auswertung der bis zum 31. Dezember 2000 von den Kommissionen des Menschenrechtsbeirates verfassten Berichte über die begleitende Überprüfung von Dienststellen der Sicherheitsexekutive machte deutlich, dass die medizinische Betreuung von angehaltenen Personen immer wieder Anlass zu Beanstandungen gab.

Der Menschenrechtsbeirat beschloss daher in seiner 17. Sitzung vom 13. März 2001 den Problemkreis "Medizinische Betreuung von angehaltenen Personen" vordringlich zu behandeln und betraute Günter Ecker, Mitglied des Menschenrechtsbeirates, mit der Einrichtung und Leitung einer gemischten Arbeitsgruppe, bestehend aus VertreterInnen des Menschenrechtsbeirates, der Kommissionen des Menschenrechtsbeirates, des Bundesministeriums für Inneres, des Polizeiärztlichen Dienstes, sowie der Schubhaftbetreuung.

Aufgabe der Arbeitsgruppe war es, strukturelle Problemfelder in der medizinischen Betreuung insbesondere in den Polizeianhaltezentren (PAZ, ehemals: Polizeigefangenenhäuser, PGH) zu untersuchen und praktikable Lösungsansätze als Vorschläge für Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates an den Bundesminister für Inneres zu erarbeiten.

Die Arbeitsgruppe konnte sich nicht nur auf die zahlreichen Berichte der sechs Kommissionen des Menschenrechtsbeirates, sondern auch auf umfangreiche Vorarbeiten zur Fachtagung "Zukunft der Schubhaft" stützen, die vom Bundesministerium für Inneres gemeinsam mit den NGO-Partnern in der Schubhaftbetreuung im Juni 2001 veranstaltet wurde. Weiters wurden insbesondere in Kapitel II die relevanten völkerrechtliche Vereinbarungen und Verträge, sowie weitere internationale Standards mit bindendem und empfehlendem Charakter ebenso dargestellt, wie maßgebliche Regelungen in Gesetzen, Verordnungen und Erlässen.

Untersucht wurde im Kapitel III zunächst die Aufgabenstellung des Polizeiärztlichen Dienstes, seine personelle Ausstattung, die fachliche Qualifikation, sowie die Kooperation mit VertrauensärztInnen, Betreuungsorganisationen, FachärztInnen und Krankenhäusern.

Bei der medizinischen Betreuung selbst wurden in Kapitel IV neben Überlegungen zur Haftfähigkeitsprüfung, der Erstuntersuchung, der Dokumentation und Information über den Gesundheitszustand einige spezifische Problemlagen näher analysiert: Defizite in der sprachlichen Verständigung, der Umgang mit angehaltenen Personen im Hungerstreik, das Erkennen und Vermeiden von Selbstschädigung, die Behandlung traumatisierter Personen.

Als medizinisch wie ethisch nicht tragbar wurden jene Fälle bewertet, in denen Schubhäftlinge aus Kostengründen nicht der medizinisch gebotenen Spitalsbehandlung zugeführt, sondern als haftunfähig unversorgt auf die Straße entlassen wurden.

Im Kapitel V wurden schließlich präventive Maßnahmen zur Minimierung medizinischer Problemlagen untersucht. Insbesondere wird auf die sehr positiven Auswirkungen der Offenen Station im PAZ Linz und auf andere Verbesserungen betreffend Haftstandards verwiesen.

Nicht bearbeitet wurden im Rahmen dieses Berichts hingegen jene medizinischen Fragestellungen, denen sich der Menschenrechtsbeirat schon in vorangegangenen Sitzungen gewidmet hat. Dies betrifft im Wesentlichen die Altersfeststellung bei Minderjährigen, medizinische Aspekte von Problemabschiebungen, sowie die Behandlung von Menschen, die Drogenpakete verschluckt haben.

## **II. Rechtliche Rahmenbedingungen zur medizinischen Betreuung**

### **1. Internationale Bestimmungen und Empfehlungen**

#### **1.1. UN-Resolutionen**

Grundsatz 24 des Grundsatzkataloges für den Schutz aller irgendeiner Form von Haft oder Strafgefangenschaft unterworfenen Personen<sup>1</sup> besagt, dass der/die Inhaftierte oder Strafgefangene so rasch wie möglich nach seiner/ihrer Aufnahme in die Haft- oder Strafanstalt einer entsprechenden ärztlichen Untersuchung zu unterziehen und später nach Bedarf ärztlich zu betreuen und zu behandeln ist. Hinsichtlich der Dokumentation besagt Grundsatz 26 des obzitierten Grundsatzkataloges, dass die Ergebnisse der Untersuchung ordnungsgemäß festzuhalten sind und dass der Zugang zu diesen Unterlagen gewährleistet sein muss.

Der Verhaltenskodex für BeamtInnen mit Polizeibefugnis<sup>2</sup> hält unter Artikel 6 fest, dass es BeamtInnen mit Polizeibefugnissen obliege, die Gesundheit der in ihrem Gewahrsam befindlichen Personen in vollem Umfang zu schützen und insbesondere unverzüglich für deren ärztliche Betreuung zu sorgen, wann immer dies erforderlich ist.

## **1.2. Vorgaben des Europarates**

Der Europarat verabschiedete im April 1998 einen Katalog von 74 Empfehlungen zu ethischen und organisatorischen Aspekten der medizinischen Versorgung in Haftanstalten<sup>3</sup> und geht dabei auf die Rechte der angehaltenen Personen, die Rolle des ärztlichen Dienstes sowie auf spezielle organisatorische Besonderheiten (ansteckende Krankheiten, Suchtmittelabhängigkeit und psychische Erkrankungen,...) im Zusammenhang mit der ärztlichen Versorgung in Gefangenenhäusern ein.

Das European Committee for Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) hat Österreich bisher drei Besuche – in den Jahren 1990, 1994 und 1999 - abgestattet. Der medizinischen Versorgung wurde jeweils ein eigenes Kapitel gewidmet, wobei wiederholt, zuletzt im Bericht über den Besuch im Jahr 1999, die mangelnde psychologische und psychiatrische Betreuung kritisiert wurde<sup>4</sup>. Ebenso großes Augenmerk wurde der Sprachenproblematik und dem Problemkreis des Hungerstreiks geschenkt.

Im dritten Jahresbericht des CPT<sup>5</sup> wird in den Abschnitten 30 bis 77 näher auf die medizinische Versorgung in Haftanstalten eingegangen. Das CPT betont dabei, dass eine inadäquate medizinische Betreuung zu einer Situation führen kann, die als eine unmenschliche und erniedrigende Behandlung zu werten wäre. Als oberstes Prinzip sieht es das CPT an, dass Häftlinge den selben Standard an medizinischer Versorgung genießen sollen, wie Menschen außerhalb der Haftanstalt.

Aufgrund von systematischen Erwägungen wird in den einzelnen Kapiteln auf die spezifischen Ausführungen und Empfehlungen des CPT eingegangen.

---

<sup>1</sup> Resolution 43/173 der Generalversammlung der Vereinten Nationen vom 9.12.1988

<sup>2</sup> Resolution 34/169 der Generalversammlung der Vereinten Nationen vom 17.12.1979

<sup>3</sup> Recommendation No. R (98) 7 of the Committee of Ministers to Member States concerning the ethical and organisational aspects of health care in prison vom 8.4.1998

<sup>4</sup> CPT/Inf (2001) 8, § 55 ff.

<sup>5</sup> 3<sup>rd</sup> General Report CPT/Inf (93) 12



## 2. Darstellung relevanter Gesetzes-, Verordnungs- und Erlassregelungen

### 2.1. Die Europäische Menschenrechtskonvention

Einzelne Konventionsrechte der in Österreich im Verfassungsrang stehenden Europäischen Menschenrechtskonvention enthalten nach der Rechtsprechung des EGMR eine Schutzpflicht des Staates gegenüber dem/r einzelnen BürgerIn. Eine solche staatliche Schutzpflicht wird beispielsweise von Art 2 EMRK in Bezug auf das Leben und die Gesundheit angenommen<sup>6</sup>. Art 2 EMRK schützt grundsätzlich das Recht auf Leben. Die staatliche Schutzpflicht setzt allerdings nicht erst dann ein, wenn der/die Einzelne von einer vorsätzlichen Tötungshandlung bedroht ist. Vielmehr besteht der Schutzanspruch gegen den Staat auch schon gegenüber potenziellen Lebensgefährdungen und ganz unabhängig von der Intentionalität des drohenden Eingriffs<sup>7</sup>. Art 2 (1) EMRK verpflichtet somit den Staat nicht nur von vorsätzlichen und unrechtmäßigen Tötungen abzusehen, sondern auch, geeignete Maßnahmen zum Schutz des Lebens zu treffen<sup>8</sup>. Die Schutzpflicht aus Art 2 EMRK bezieht sich sowohl auf die Regelung des Verhältnisses der Einzelnen untereinander als auch auf das Verhältnis des/der Einzelnen zum Staat. Insbesondere dort, wo Einzelne von staatlichen Leistungen oder Maßnahmen abhängig sind, weil der Staat selbst sie ihrer Möglichkeit zur eigenverantwortlichen Vorsorge entkleidet, kann auch eine staatliche Unterlassung eine Verletzung der Schutzpflicht aus Art 2 EMRK bewirken<sup>9</sup>.

Art 3 EMRK bestimmt, dass niemand der Folter oder unmenschlicher oder erniedrigender Strafe oder Behandlung unterworfen werden darf. Art 3 EMRK besagt auch, dass grundsätzlich jedeR selbst über sein/ihr Leben und seine/ihre Gesundheit frei entscheiden können soll, soweit er/sie damit nicht Leben oder Gesundheit anderer bedroht. Andererseits

---

<sup>6</sup> Siehe *Kneihs*, Grundrechte und Sterbehilfe (1998); *Kneihs*, Recht auf Leben und Terrorismusbekämpfung – Anmerkungen zur jüngsten Judikatur des EGMR zu Art. 2 EMRK, in *Grabenwarter/Thienel (Hrsg)*, Kontinuität und Wandel der EMRK (1998), 21 mit einer Besprechung zu *Mc Cann et al gg Vereinigtes Königreich* vom 27.9.1995, A-324, und *Andronicou und Constantinou gg Zypern* vom 9.10.1997, R 1997-VI; *Tretter*, Art 2 EMRK, in *Ermarcora/Nowak/Tretter (Hrsg.)*, Die europäische Menschenrechtskonvention in der Rechtsprechung der österreichischen Höchstgerichte (1983), 83; *Kopetzki*, Unterbringungsrecht I (1995).

<sup>7</sup> *Kneihs*, Das Recht auf Leben in Österreich, JBI 1999, 2, 78, mwN.

<sup>8</sup> EGMR, *Keenan gg Vereinigtes Königreich* vom 3. April 2001.

<sup>9</sup> *Kneihs*, Das Recht auf Leben in Österreich, JBI 1999, 2, 76, mwN; *Tretter* weist hier insbesondere darauf hin, dass Gesetze in diesem Zusammenhang nicht nur nicht in das Recht auf Leben verletzend eingreifen dürfen, sondern auch Vorsorge für seine Nichtgefährdung zu treffen haben und gibt als ein Beispiel an, durch entsprechende Vorschriften für die Behandlung und Versorgung Inhaftierter zu sorgen: *Tretter*, Art 2 EMRK, in *Ermarcora/Nowak/Tretter (Hrsg.)*, Die europäische Menschenrechtskonvention in der Rechtsprechung der österreichischen Höchstgerichte (1983), 117.

ist aber nicht jede Behandlung, der der/die Betroffene nicht zugestimmt hat, schon als unmenschliche und erniedrigende Behandlung im Sinne des Art 3 EMRK zu qualifizieren.

Was die medizinische Zwangsbehandlung anbelangt, so sollte dieselbe nur bei Personen angewandt werden, die zu einer entsprechenden Entscheidung nicht mehr fähig sind, bei denen aber die Behandlung vom ärztlichen Standpunkt aus notwendig erscheint<sup>10</sup>. Der VfGH hat diesbezüglich ebenfalls ausgesprochen, dass eine Zwangsinjektion von Beruhigungsmitteln Art 3 EMRK verletzen kann<sup>11</sup>.

Die Europäische Kommission für Menschenrechte leitete aus Art 3 EMRK ab, dass auch in Strafanstalten bei Gefahren für die Gesundheit der Gefangenen die notwendige medizinische Betreuung möglich sein muss. Sollte diese nicht gewährleistet werden können, müsse eine Verlegung in ein Krankenhaus erfolgen<sup>12</sup>. Der VfGH weist in diesem Zusammenhang – in ständiger Jud. – auch darauf hin, dass auch die absichtliche Verweigerung oder Verzögerung der ärztlichen Versorgung während der Haft gegen Art 3 EMRK verstoßen könne<sup>13</sup>.

## **2.2. Einfachgesetzliche Ebene**

Gemäß § 41 Abs 1 Ärztegesetz sind AmtsärztInnen die bei den Sanitätsbehörden hauptberuflich tätigen ÄrztInnen, die behördliche (dh.: hoheitliche) Aufgaben zu vollziehen haben. § 41 Abs 2 Ärztegesetz legt fest, dass PolizeiärztInnen AmtsärztInnen der Bundespolizeibehörden sind und dass das Ärztegesetz nicht auf AmtsärztInnen anzuwenden ist (Abs 4). Für ärztliche Tätigkeiten neben der amtsärztlichen Tätigkeit unterliegt der Arzt/die Ärztin jedoch wieder dem Ärztegesetz (Abs 5). Ist ein Amtsarzt/eine Amtsärztin auch Angehöriger einer Ärztekammer, so ist er/sie dieser gegenüber insoweit verpflichtet, als dies nicht im Widerspruch zu seinen/ihren amtsärztlichen Pflichten steht.

Polizei-amtsärztInnen bzw. AmtsärztInnen sind in Erfüllung ihrer polizeiärztlichen und amtsärztlichen Aufgaben generell vom Geltungsbereich des Ärztegesetzes ausgenommen, da Pflichtenkollisionen, die sich aus den möglicherweise einander widersprechenden

---

<sup>10</sup> EKMR, X gg Bundesrepublik Deutschland, DR 20, 193.

<sup>11</sup> VfSlg 10.051/1984

<sup>12</sup> EGMR, *Hurtado gg Schweiz* vom 28. Jänner 1994, A/280-A = EuGRZ 1994, 219 (gütl Einigung); *Frowein/Peukert*, 49; ausführlicher *Zellenberg*, Der grundrechtliche Schutz vor Folter, unmenschlicher oder erniedrigender Strafe oder Behandlung, in: *Machacek/Pahr/Stadler (Hrsg)*, Grund- und Menschenrechte in Österreich, Bd III (1997) 441

<sup>13</sup> VfSlg 10.427/1985; 10.680/1985; 11.687/1988.

Bestimmungen des für PolizeiärztInnen (AmtsärztInnen) geltenden Dienstrechts und des Ärztegesetzes 1984 ergeben, vermieden werden sollen. Insbesondere würde die Kammerzugehörigkeit zu Pflichtenkollisionen in Bezug auf dienstrechtliche Gegebenheiten, die Bindung an das ärztliche Berufsgeheimnis zu Unvereinbarkeiten mit der amtlichen Tätigkeit führen<sup>14</sup>.

Für den Bereich der den Gemeinden zugewiesenen sanitätspolizeilichen Aufgaben auf Landesebene werden Gemeinde-, Kreis-, Distrikts- und SprengelärztInnen eingesetzt. Die Stellung dieser ÄrztInnen ist in den Landessanitätsgesetzen geregelt. Bei diesen ÄrztInnen handelt es sich nicht um AmtsärztInnen im Sinne des Ärztegesetzes<sup>15</sup>. In einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis stehende GemeindeärztInnen sind als den Gemeindebehörden iS des § 52 Abs 1 AVG beigegebene Amtssachverständige anzusehen<sup>16</sup>.

Gemäß § 51 Abs 1 Ärztegesetz 2001 sind ÄrztInnen verpflichtet, Aufzeichnungen über jede zur Beratung oder Behandlung übernommene Person, insbesondere über den Zustand der Person bei Übernahme der Beratung oder Behandlung, die Vorgeschichte einer Erkrankung, die Diagnose, den Krankheitsverlauf sowie über Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen einschließlich der Anwendung von Arzneyspezialitäten und der zur Identifizierung dieser Arzneyspezialitäten und der jeweiligen Chargen im Sinne des § 26 Abs. 8 des Arzneimittelgesetzes, BGBl. Nr. 158/1983 erforderlichen Daten zu führen und hierüber der beratenen oder behandelten oder zu ihrer gesetzlichen Vertretung befugten Person alle Auskünfte zu erteilen. ÄrztInnen sind gemäß obzittierter Bestimmung weiters verpflichtet, PatientInnen Einsicht in die Dokumentation zu gewähren oder gegen Kostenersatz die Herstellung von Abschriften zu ermöglichen.

---

<sup>14</sup> Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales vom 11.3.1997; GZ 21.100/0-VIII/D/14/97. Siehe auch *Aigner* in RdM 1997, 85.

<sup>15</sup> *Stellamor/Steiner*, Handbuch des österreichischen Arztrechts, 1999, 447. Der VfGH hat in diesem Zusammenhang allerdings die zwangsweise Verabreichung von Injektionen durch einen Sprengelarzt als einen Akt unmittelbarer verwaltungsbehördlicher Befehls- und Zwangsgewalt qualifiziert. Begründet wurde dies dahingehend, dass der Arzt nicht in seiner Eigenschaft als Sprengelarzt iSd §§ 5 ff. des Tir. Landesgesetzes vom 8.10.1952, LGBl. 33, über die Regelung des Gemeindesanitätssdienstes, des Leichen- und Bestattungswesens und des Rettungswesens, idF der Nov. LGBl 15/1980, eingeschritten sei und somit die Eigenschaft als Sprengelarzt hier unerheblich sei. Der Arzt (...) habe im (stillschweigenden) Auftrag der Gendarmeriebeamten gehandelt, deren Verhalten (...) der Bezirkshauptmannschaft Kitzbühel zuzurechnen sei (VfSlg 10.051).

<sup>16</sup> *Stellamor-Steiner*, Handbuch des österreichischen Arztrechts, 447 f. Siehe auch VfGH 16.2.1982, 2780/80.

Nähere Bestimmungen zur ärztlichen Versorgung sind der AnhO<sup>17</sup> und der Dienstanweisung über den polizeiärztlichen Dienst<sup>18</sup> zu entnehmen, auf die in den einzelnen Kapiteln näher eingegangen wird.

### **III. Der Polizeiärztliche Dienst**

#### **1. Das amtsärztliche Berufsverständnis**

##### **1.1. Gutachterliche Tätigkeit - kurative Tätigkeit**

###### **1.1.1. Problemaufriss**

Mehrere Kommissionen des Menschenrechtsbeirates berichten über Unsicherheiten von PolizeiamtsärztInnen, ob über die gutachterliche Tätigkeit hinaus auch eine kurative (behandelnde, therapeutische) Tätigkeit in ihren Kompetenzbereich falle. AmtsärztInnen betonen, dass ihre Aufgabe streng genommen nur in der Begutachtung und nicht in der Behandlung von Krankheiten bestünde. Der kurativen Tätigkeit fehle es an einer gesetzlichen und sozialversicherungsrechtlichen Deckung. Teilweise geben AmtsärztInnen an, zwar kurativ tätig zu sein, die gesetzliche Deckung jedoch als unklar zu empfinden.

Diese wahrgenommene Unsicherheit zur rechtlichen Ausgestaltung der Kompetenzen und Absicherung der AmtsärztInnen birgt die Gefahr in sich, dass Angehaltenen nicht die erforderliche kurative Behandlung zukommt.

###### **1.1.2. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates**

Die Diskussion, ob AmtsärztInnen nur gutachterlich oder auch kurativ tätig sein sollen, wird schon seit längerem geführt und ist auch im Kontext der geänderten Zusammensetzung der in den Polizeianhaltezentren<sup>19</sup> (PAZ) angehaltenen Personengruppen zu sehen, die auch das Anforderungsprofil der dort tätigen PolizeiamtsärztInnen verändert hat.

So sind etwa Verwaltungsstrafhäftlinge (2000: 6.066 Personen) zumeist kranken- und unfallversichert. Sie sind damit in die ortsübliche medizinische Versorgung durch frei gewählte praktische ÄrztInnen, FachärztInnen, Ambulanzen und Spitäler eingebunden. Im Falle krankheitsbedingter Haftunfähigkeit wird die Verwaltungsstrafhaft ausgesetzt, sodass die betroffene Person die medizinische Versorgung des allgemeinen Gesundheitssystems in

---

<sup>17</sup> Verordnung des Bundesministeriums für Inneres über die Anhaltung von Menschen durch die Sicherheitsexekutive (Anhalteordnung – AnhO); BGBl. II Nr. 128/1999.

<sup>18</sup> Erlass des Bundesministeriums für Inneres vom 2.8.1996, Zahl 1.110/327-II/3/96.

Anspruch nehmen kann. Im PAZ angehaltene gerichtliche Untersuchungshäftlinge (2000: 5.766 Personen) können im Krankheitsfall auf Anweisung des Gerichts auch in ein Inquisitenspital überstellt werden.

Völlig anders ist die Ausgangslage in der medizinischen Versorgung der Schubhäftlinge, deren Zahl von 8.200 (1990) auf 14.329 (2000) angestiegen ist. Sie sind in der Regel nicht krankenversichert und in keiner Weise in die ortsübliche medizinische Versorgung eingebunden. Im Krankheitsfall erfolgt in der Regel weder ein Aussetzen der Schubhaft noch eine Überstellung in ein Inquisitenspital. Sofern nicht eine eintretende Haftunfähigkeit zur Entlassung des Schubhäftlings führt, ist die kurative Tätigkeit der PolizeiamtsärztInnen stärker gefordert. Während somit bei Verwaltungshäftlingen keine größeren Heilbehandlungskosten übernommen werden – es erfolgt zB. eine Haftunterbrechung zur notwendigen Zahnbehandlung -, wird ein Schubhäftling bei Weiterbestehen der Haftfähigkeit auf Kosten des Bundes behandelt, solange eine ordnungsgemäße Behandlung gewährleistet werden kann.

Die Doppelfunktion “amtliche/r GutachterIn” und “ärztliche/r Behandler/in” kann zu Interessenskonflikten führen, beispielsweise im Bereich der hungerstreikenden Angehaltenen. Dies deshalb, da der/die selbe Arzt/Ärztin, der/die den Hungerstreik behandeln soll, auch ein Gutachten darüber erstellen muss, ob die angehaltene Person entlassen werden oder weiterhin in Schubhaft angehalten werden soll. Auch wenn AmtsärztInnen die Haftunfähigkeit grundsätzlich nach medizinischer Vertretbarkeit zu beurteilen haben, würden - so eine Hypothese – ausschließlich kurativ tätige ÄrztInnen hungerstreikende Häftlinge unter Umständen früher entlassen, als rein die Haftfähigkeit begutachtende AmtsärztInnen. Eine Alternative zur

Auch das CPT konstatiert, dass der ärztliche Dienst bei seiner Tätigkeit in Haftanstalten dazu tendiert, durch Überlegungen aus der Sicht des Haftmanagements und der Sicherheit in Konflikte zu geraten. Dieser Zustand könne zu ethischen Konflikten führen. Um trotzdem die Unabhängigkeit des ärztlichen Dienstes zu gewährleisten, schlägt das CPT vor, den ärztlichen Dienst in Haftanstalten so nah wie möglich den Vorgaben der allgemeinen Gesundheitsversorgung anzupassen. Wie auch immer die formale Position eines/r

---

<sup>19</sup> Mit Erlass Zahl 50.590/90-II/A/3/01 wurde die Bezeichnung Polizeigefangenenhaus (PGH) durch Polizeianhaltezentrum (PAZ) abgeändert. Die Änderung erfolgte per 01.02.2002.

Anstaltsarztes/Anstaltsärztin ausgestaltet ist, geht das CPT davon aus, dass deren Aktivitäten alleine auf medizinischen Erwägungen zu basieren haben<sup>20</sup>. In diesem Zusammenhang geht auch der Menschenrechtsbeirat davon aus, dass der/die Arzt/Ärztin lediglich die Haftfähigkeit vom medizinischen Standpunkt zu beurteilen hat, wogegen der/die JuristIn die Schlüsse daraus ziehen und die Entscheidung über eine mögliche Entlassung treffen muss. Der Menschenrechtsbeirat ist weiters der Ansicht, dass die kurative von der gutachterlichen Tätigkeit in jenen PAZ bei hungerstreikenden Personen probeweise getrennt werden sollten, in denen mehrere AmtsärztInnen Dienst versehen, die hier arbeitsteilig wirken könnten.

Hinsichtlich der ärztlichen Betreuung legt § 10 AnhO fest, dass “die notwendige ärztliche Betreuung der Häftlinge durch AmtsärztInnen oder sonst durch Vorsorge dafür sicherzustellen (ist), dass erforderlichenfalls ohne unnötigen Aufschub ein/e Arzt/in einschreiten kann”. Den Erläuterungen zu § 7 AnhO ist zu entnehmen, dass die AnhO von einem weiten Krankheitsbegriff ausgeht, der sowohl psychische als auch physische Krankheiten umfasst. Dieser Bestimmung ist aber nicht zu entnehmen, in welchem Umfang sich die amtsärztliche Tätigkeit zu bewegen hat. Insbesondere bleibt die Frage offen, ob sie sich auf die gutachterliche beschränkt oder ob auch die kurative Tätigkeit darunter fällt.

Unter Punkt 1.1.3. der Dienstanweisung über den polizeiärztlichen Dienst bei den Bundespolizeibehörden<sup>21</sup> wird festgehalten, dass “abgesehen von Fällen Erster Hilfeleistung der Polizeiamtssarzt in seiner amtsärztlichen Eigenschaft grundsätzlich nicht zur Heilbehandlung berufen ist”. Als Ausnahme wird lediglich “die notwendige Heilbehandlung von kasernierten Wachebeamten und von Polizeiarrestanten nach Art einer hausärztlichen Tätigkeit (im Umfang etwa wie in der Praxis eines Arztes für Allgemeinmedizin) sowie der nötigen medizinischen Versorgungsmaßnahmen (Impfungen u. dgl.)” gesehen. Diese Vorgabe wird unter Pkt 1.11.4 dahingehend wiederholt, dass “erkrankten oder verletzten Personen die notwendige Heilbehandlung nach Ausmaß der vorhandenen Möglichkeiten gegeben werden sollte”.

Das Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales beantwortet unter GZ 21.100/0-VIII/D/14/97 eine Anfrage seitens der Ärztekammer über die kurative Tätigkeit von PolizeiarztInnen wie folgt: (...) *Für Polizeiamtsärzte (Amtsärzte) gilt im Rahmen ihrer*

---

<sup>20</sup> CPT/Inf (93) 12, § 71.

<sup>21</sup> Erlass des Bundesministeriums für Inneres vom 2.8.1996, Zahl 1.110/327-II/3/96

*polizei(amts)ärztlichen Tätigkeit keine Bindung an die Beschränkung auf das Gebiet des jeweiligen Sonderfaches gemäß § 13 Abs 2 des Ärztegesetzes 1984, weshalb Polizeiarzte (Amtsarzte) im Rahmen ihrer erlernten ärztlichen Fähigkeit insgesamt tätig werden können. Die Qualifikation als Arzt und die Verpflichtung zur gewissenhaften Ausübung des ärztlichen Berufes aufgrund medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntnis werden durch die Nichtanwendung des Ärztegesetzes 1984 keinesfalls berührt. Polizeiarzte haben aufgrund ihrer eingegangenen Dienstverpflichtung bei den Bundespolizeibehörden die ihnen zugewiesenen dienstrechtlichen Aufgaben zu vollziehen, wobei angeordnete (Heil)Behandlungen in dem Ausmaß, in dem der Arzt aufgrund seines Erkenntnis-, Wissens- und Erfahrungsstandes dazu in der Lage ist, sei es als Arzt für Allgemeinmedizin oder als Facharzt eines oder mehrerer Sonderfächer, auszuüben sind. Eine ärztliche Versorgungstätigkeit in Form erster ärztlicher Grundversorgung, insbesondere auch in diagnostischer Hinsicht, wird jedenfalls auch von Polizeiarzten aufgrund ihrer Ausbildung im Rahmen der jeweiligen Fähigkeit zu erwarten sein. (...)<sup>22</sup>.*

Auf AmtsarztInnen ist hinsichtlich ihrer hoheitlichen Aufgaben das Ärztegesetz nicht anwendbar. Dies ist jedoch lediglich dahingehend begründet, dass die im Ärztegesetz 1984 vorgesehene Kammerangehörigkeit zu Pflichtenkollisionen in Bezug auf dienstrechtliche Gegebenheiten, die Bindung an das ärztliche Berufsgeheimnis zu Unvereinbarkeiten mit der amtlichen Tätigkeit führen könnte<sup>23</sup>. Die kurative Tätigkeit durch PolizeiarztInnen steht dagegen mit dem Ärztegesetz sehr wohl im Einklang<sup>24</sup>.

Die Ausübung der kurativen Tätigkeit ist somit jedenfalls in dem Ausmaß zu erwarten, in dem der/die Arzt/Ärztin einerseits aufgrund seines/ihres Erkenntnis-, Wissens- und Erfahrungsstandes und andererseits nach den in den jeweiligen PAZ vorhandenen Möglichkeiten dazu in der Lage ist, jedenfalls aber nach Art einer hausärztlichen Tätigkeit.

### **1.1.3. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates**

**? Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, den Polizeiarztlichen Diensten umgehend das Erfordernis kurativer Tätigkeit in den Polizeigefangenenhäusern auf dem Erlasswege in Erinnerung zu rufen und zu konkretisieren. Insbesondere soll Punkt**

---

<sup>22</sup> Siehe auch Aigner in RdM 1997, 85.

<sup>23</sup> Aigner in RdM 1997, 85

<sup>24</sup> Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen vom 12.10.2001 zu GZ: 21.100/157-VIII/D/01.

**1.1.3. Satz 1 der Dienstanweisung über den polizeiärztlichen Dienst (der Polizeiamtssarzt ist grundsätzlich nicht zur Heilbehandlung berufen) derart abgeändert werden, dass dies nicht als Hinderungsgrund für kurative Tätigkeit in Polizeigefangenenhäusern missverstanden werden kann. [1]**

- ? **Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, im Rahmen einer Neufassung der Anhalteordnung die Ausübung der kurativen Tätigkeit durch PolizeiamtsärztInnen im Ausmaß ihres Erkenntnis-, Wissens- und Erfahrungsstandes und nach den im jeweiligen PAZ vorhandenen Möglichkeiten, jedenfalls aber nach Art einer hausärztlichen Tätigkeit, rechtlich zu verankern. [2]**
- ? **Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, an PAZ in denen mehrere AmtsärztInnen tätig sind, die begutachtende und die kurative Tätigkeit dahingehend zu trennen, dass AmtsärztInnen arbeitsteilig kurative und gutachterliche Aufgaben übernehmen. [3]**

## **1.2. Die Frage der Haftung bei kurativer Tätigkeit**

### **1.2.1. Problemaufriss**

Verschiedentlich berichten die Kommissionen, dass AmtsärztInnen immer wieder Bedenken hinsichtlich der Haftung im Zusammenhang mit der kurativen Tätigkeit äußern. Die Frage stellt sich bei fahrlässigen Handlungen im Zuge der Behandlung von angehaltenen Personen. Im Unterschied zu Krankenhäusern, die Fonds eingerichtet hätten, um Schadenersatzforderungen zu übernehmen, gebe es eine solche Einrichtung bei PAZ nicht. AmtsärztInnen zeigten sich darüber beunruhigt, im Falle von Fehlern bei der kurativen Behandlung selbst privat haften zu müssen.

### **1.2.2. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates**

Der hier empfohlene Umfang der kurativen Tätigkeit von PolizeiärztInnen umfasst die angeordnete Heilbehandlung in dem Ausmaß, in dem der/die Arzt/Ärztin aufgrund seines/ihrer Erkenntnis-, Wissens- und Erfahrungsstandes dazu in der Lage ist, sei es als Arzt/in für Allgemeinmedizin oder als FachärztIn eines oder mehrerer Sonderfächer. Der Umfang der kurativen Tätigkeit sollte jenem eines/r praktischen Arztes/Ärztin entsprechen, wie er von ÄrztInnen im städtischen Bereich ausgeübt wird. Unter dieser Prämisse sind Fehler, die haftungsrelevante Fragen aufwerfen könnten, in der kurativen Tätigkeit nicht lebensnahe nachvollziehbar.



Darüber hinaus stellt auch die Dienstanweisung über den polizeiärztlichen Dienst unter Pkt 2.6.1. klar, dass für Schäden am Vermögen oder an der Person, die von beamteten oder Vertrags-PolizeiambtsärztInnen im Rahmen ihrer behördlichen Tätigkeit begutachteten oder behandelten Personen schuldhaft und rechtswidrig zugefügt wurden, ausschließlich nur der von der Angelegenheit her zuständige Rechtsträger (Bund, Länder) nach dem Amtshaftungsgesetz haftet. Der Rechtsträger kann allenfalls bei vorsätzlicher oder grob fahrlässiger Rechtsverletzung Rückersatz fordern (Pkt 2.6.2 der Dienstanweisung).

## 2. Personal und Qualifikation

### 2.1. Problemaufriss

Im Rahmen der vom BMI gemeinsam mit NGOs organisierten Veranstaltung zur "Zukunft der Schubhaft" wurde mittels Fragebogen ermittelt, welche FachärztInnen im amtsärztlichen Dienst arbeiten, auf welche Sprachen sich jeweils wie viele AmtsärztInnen/SanitäterInnen verständlich machen können, wie viele SanitäterInnen es gibt und wie viele Ärztinnen und Sanitäterinnen im Rahmen des polizeiärztlichen Dienstes tätig sind.

Die Evaluierung dieser Fragebögen ergibt folgendes Bild:

PAZ	Fachärzte	Sprachen	Sanitäter	weibl. San./Ärzte
A	Kinderarzt, Gynäkologe, Urologe, Pulmologin	IdR Englisch; Ärzte aus Iran, Palästina, Syrien	23, davon 9 Fachchargen	5/1
B		Englisch, Ungarisch, Tschechisch, Französisch	0	
C		Englisch, Französisch, Italienisch	0	0/2
D		Englisch (13), Russisch (1), Portugiesisch (1), Italienisch (1), Spanisch (1), Tschechisch (1), Serbokroatisch (1)	5	-
E		k. A.	0	0/1
F		Zum Teil bruchstückhaft Englisch	0	0/0
G	Neurologie, Chirurgie	Englisch, Italienisch		
H		Englisch (6), Französisch (1)	0	0/1

I		Englisch (5), Französisch (1), Rumänisch (1), Ungarisch (2), Italienisch (1), Serbokroatisch (1)	0	0/0
J	Unfallchir., Chirurgie, Lungen, Innere, Psychiatrie, Gerichtsmed.	Meist Englisch, Serbokroatisch (1) teilw. Französisch, Italienisch (1), Spanisch (1), etwas Türkisch (1), etwas Neugriechisch (1)	Vorhanden, aber keine Angaben zur Zahl	?/3
K	Gerichtsmed.	Amtsarzt Arabisch und Englisch	0	0/0
L		Englisch, tlw. Französisch, tlw. Italienisch	0	0/1
M		Englisch, tlw. Spanisch	0	0/2
N		Englisch	12 (1 San-UO, 5 Pflegehelfer, 6 SanGehilfen)	vorhanden, aber keine Angaben zur Zahl
O		Tlw. Englisch	0	0/0

Der Statistik ist zu entnehmen, dass es nur im Bereich von 4 Bundespolizeidirektionen ausgebildete Sanitäter, in zwei davon auch weibliche, gibt. Eine Behörde, die bislang über keine ausgebildeten SanitäterInnen verfügt, habe schon immer die Auffassung vertreten, dass der Einsatz von SanitäterInnen zusätzliche Planstellen erfordere. Solche Planstellen wurden durch das BMI aber nie zugewiesen. Die Behörde ist hier der Auffassung, dass auch und gerade solche als SanitäterInnen eingesetzte MitarbeiterInnen ihre Aufgabe natürlich entsprechend ernst nehmen und auch genügend Zeit dafür zur Verfügung haben müssen. Dies bedingt aber den Einsatz von zusätzlichem Personal, da die geringe Zahl der MitarbeiterInnen ohnehin schon ausgelastet sei.

Auch die Kommissionen weisen in ihren Berichten auf das Fehlen von SanitäterInnen hin und regen eine qualifizierte SanitäterInnenausbildung für eine ausreichende Anzahl von BeamtInnen an.

## **2.2. Erwägungen und Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates**

### **2.2.1. Sanitätsdienst**

Am 20.12.2001 wurde das Bundesgesetz über die Ausbildung, Tätigkeiten und Beruf der Sanitäter (Sanitätergesetz) beschlossen<sup>25</sup>. Durch dieses Sanitätsgesetz werden Tätigkeiten, Ausbildungsumfang und –inhalte des Sanitätspersonals neu geregelt. Unter Berücksichtigung

---

<sup>25</sup> Bei Redaktionsschluss war die Kundmachung im BGBl noch nicht erfolgt.

der derzeitigen Praxis der Rettungsorganisation werden zwei Stufen, nämlich RettungssanitäterIn und NotfallsanitäterIn, festgelegt. Die Ausbildung zum/r RettungssanitäterIn umfasst ein Berufs(Eingangs-)modul von 40 Stunden sowie das Modul 1, das eine theoretische Ausbildung von 100 Stunden und eine praktische Ausbildung von 160 Stunden im Rettungs- und Krankentransportsystem vorsieht (§ 31 ff Sanitätergesetz). Die nächste Stufe zum/r NotfallsanitäterIn umfasst aufbauend auf den/die RettungssanitäterIn insgesamt 480 weitere Ausbildungsstunden (160 Stunden Theorie, 40 Stunden Praktikum in geeigneter Krankenanstalt sowie 280 Stunden Praktikum in Notarztsystemen). Darüber hinaus werden auch Module für die Ausbildung in den allgemeinen Notfallkompetenzen und besondere Notfallkompetenzen festgelegt.

Das CPT empfiehlt, dass ÄrztInnen in Haftanstalten, wie auch die KrankenpflegerInnen, speziell ausgebildet sein sollten. Diese spezielle Ausbildung sollte auf den konkreten Umgang mit Häftlingen vorbereiten und auf die in Haftanstalten herrschenden eigenen Behandlungsbedingungen eingehen. Das CPT geht davon aus, dass die speziellen Verhältnisse, denen einE Arzt/Ärztin in einer Haftanstalt ausgesetzt ist, die Einführung spezieller Schulungen von ÄrztInnen und KrankenpflegerInnen rechtfertigen<sup>26</sup>.

Der Menschenrechtsbeirat ist der Ansicht, dass das Fehlen von geschultem Krankenpflegepersonal in der Mehrzahl der Polizeigefangenenhäuser einen strukturellen Mangel in der medizinischen Versorgung der angehaltenen Personen darstellt. Ein geschultes Krankenpflegepersonal sollte rund um die Uhr anwesend sein. Dies ist insbesondere wesentlich, wenn auch die pflegende Betreuung in die medizinischen Betreuung einbezogen wird. Auch das CPT hat anhand von Besuchen in österreichischen PAZ bereits mehrmals auf die Notwendigkeit der Aufstockung des medizinischen Personals hingewiesen. Das CPT hat, unter Hinweis auf die PAZ in Wien und Graz, insbesondere empfohlen, an den größeren PAZ zusätzlich zum Sanitätspersonal auch eine Vollzeitstelle für eineN diplomierteN KrankenpflegerIn zu schaffen<sup>27</sup>.

Die Republik Österreich hat in ihrer Stellungnahme die derzeitige Form der Betreuung durch SanitäterInnen als ausreichend erachtet, da diese für Pflegehilfe speziell ausgebildet seien<sup>28</sup>.

---

<sup>26</sup> CPT/Inf (93) 12, § 75 f.

<sup>27</sup> Bericht des CPT an die österreichische Regierung anlässlich seines Besuches in Österreich vom 19. bis 30. September 1999 (CPT/Inf (2001) 8, § 56).

<sup>28</sup> Stellungnahme der Republik Österreich zu dem Bericht des Europäischen Komitees zur Verhütung

Diese Position lässt allerdings unberücksichtigt, dass zu SanitäterInnen ausgebildete SicherheitswachebeamtenInnen in der Praxis oftmals in einem Maße mit Sicherheits- und administrativen Aufgaben beauftragt werden, dass sie ihrer Sanitäterfunktion nur mehr unzureichend nachkommen können und geht auf die geringere Qualifikation der SanitäterInnen gegenüber dem Krankenpflegepersonal in der Pflege nicht ein.

Der Menschenrechtsbeirat erachtet es als dringend geboten, dass im Kontext einer hausärztlichen Betreuung im Umfang, wie es von praktischen ÄrztInnen im städtischen Bereich gehandhabt wird, PolizeiamtsärztInnen an sämtlichen PAZ durch geschulte SanitäterInnen unterstützt werden.

Besondere Bedeutung kommt geschulten SanitäterInnen in der Betreuung von hungerstreikenden, selbstschädigungsgefährdeten und traumatisierten Angehaltenen zu. Positive Einzelinitiativen, wie zum Beispiel am PAZ Graz, wo der Sanitätsdienst auch um Beschäftigung für angehaltene Personen bemüht ist, deuten das Potenzial eines funktionierenden Sanitätsdienstes für präventive Maßnahmen zur Minimierung medizinischer Problemlagen an.

Die Kommissionsberichte zeigen, dass die Dokumentation der Krankengeschichten in jenen PAZ weniger Grund zu Beanstandung gab, in denen SanitäterInnen die verantwortlichen AmtsärztInnen unterstützten.

#### **2.2.1.1. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates**

- ? **Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt sicherzustellen, dass an allen PAZ SicherheitswachebeamtenInnen als ausgebildete SanitäterInnen zur Verfügung stehen. [4]**
- ? **Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, SicherheitswachebeamtenInnen, die als SanitäterInnen eingesetzt werden, von anderen polizeilichen und administrativen Aufgaben zu entlasten, um sich den spezifischen Aufgaben von SanitäterInnen besser widmen zu können. [5]**
- ? **Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, in weiterer Folge entsprechend den Anregungen des CPT in den größeren Polizeigefangenenhäusern die Schaffung von Planstellen für diplomiertes Krankenpflegepersonal zu prüfen. [6]**

### **2.2.2. Schulungen des Sanitätsdienstes**

Als Problem wird gesehen, dass die Ausbildung der SanitäterInnen oft mehrere Jahre zurückliegt, ohne dass Folgeschulungen stattfanden. Es wäre sehr wichtig, dass SanitäterInnen einmal pro Jahr Folgeschulungen angeboten werden. Schulungen und Praktika in Krankenhäusern sollten forciert werden, medizinisches Fachpersonal als externe ReferentInnen eingeladen werden. Es soll nicht unerwähnt bleiben, dass manche BeamtInnen sich selbst um zusätzliche Ausbildungen bemühen. Solche positiven Beispiele von Privatinitiativen sollten honoriert und gefördert werden, wenngleich die Hauptverantwortung beim Arbeitgeber verbleibt, für Schulungen zu sorgen; die bestehende Situation darf nicht zu Lasten der BeamtInnen gehen.

#### **2.2.2.1. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates**

? **Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, jährlich Folgeschulungen für SanitäterInnen abzuhalten, dazu medizinisches Fachpersonal als externe ReferentInnen beizuziehen, sowie zu fördern, dass SanitäterInnen Praktika in Spitälern, Ambulanzen oder anderen geeigneten Einrichtungen absolvieren. [7]**

### **2.2.3. Kenntlichmachung des Sanitätsdienstes**

Trotz eines diesbezüglichen Erlasses mit der Zahl 20.511/57-II/3/98 verrichten SanitäterInnen weiterhin ihren Dienst nicht im vorgeschriebenen weißen Mantel, sondern in Polizeuniform. Es wird vom Menschenrechtsbeirat als wesentlich erachtet, dass das medizinische Personal von den angehaltenen Personen als solches erkannt wird. In diesem Sinne hat auch das CPT seine Empfehlung an die Wiener PAZ formuliert<sup>29</sup>.

#### **2.2.3.1. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates**

? **Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, dass neben PolizeiamtsärztInnen auch zu SanitäterInnen ausgebildete SicherheitswachebeamtInnen - während der Unterstützungsleistungen für PolizeiamtsärztInnen - nicht eine Uniform, sondern einen weißen Mantel tragen sollen, der sie als medizinisches Hilfspersonal erkenntlich macht. [8]**

---

<sup>29</sup> Bericht des CPT an die österreichische Regierung anlässlich seines Besuches in Österreich vom 19. bis 30. September 1999 (CPT/Inf (2001) 8, 20).

#### **2.2.4. FachärztInnen**

In vier PAZ befinden sich FachärztInnen unter den AmtsärztInnen, in den übrigen werden angehaltene Personen nach Bedarf zu einer fachärztlichen Untersuchung ausgeführt.

Bei acht Behörden gibt es weibliche Amts-, Vertrags- oder HonorarärztInnen. Etwa 10 Prozent aller Schubhäftlinge sind Frauen. Der Statistik unter Pkt III.2.1 ist zu entnehmen, dass nur ein polizeiärztlicher Dienst in seinem Gesamtstand über einen Gynäkologen verfügt, spezifische gynäkologische Untersuchungen werden im PAZ jedoch nicht durchgeführt. Mehrere PAZ führen aber die Möglichkeit an, im Bedarfsfall zu einem Frauenarzt/Frauenärztin bzw. einer gynäkologischen Abteilung in einem Krankenhaus zuzuweisen. Angeführt wurde, dass für gynäkologische oder andere hygienisch anspruchsvolle Untersuchungen und Therapien (z.B. Kleinchirurgie) die apparative und personelle Infrastruktur (Sterilisation, ausgebildete Ordinationshilfe etc.) im PAZ nicht zur Verfügung stehen würde.

Das CPT geht davon aus, dass die medizinische Versorgung jedenfalls eine regelmäßige Kontrolle sowie Behandlungen im Notfall umfassen soll. Die Heranziehung von ZahnärztInnen und sonstigen FachärztInnen hat ebenfalls garantiert zu sein, wobei jede Haftanstalten jedenfalls über Personal verfügen soll, das Erste Hilfe Tätigkeiten leisten kann<sup>30</sup>. Das CPT legt weiters fest, dass die ärztlich Versorgung in Haftanstalten die medizinische Behandlung und Krankenpflege sowie angemessene Ernährung, Physiotherapie, Rehabilitierung oder sonstige Einrichtungen unter Bedingungen, wie sie außerhalb der Haftanstalten vorzufinden sind, gleichfalls gewähren sollte<sup>31</sup>.

##### **2.2.4.1. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates**

**? Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, geeignete Maßnahmen (beispielsweise vertragliche Regelungen) zu ergreifen, dass in allen PAZ bei Bedarf FachärztInnen zur Verfügung stehen. In PAZ, in denen Frauen angehalten werden, soll eine regelmäßige Untersuchung durch FachärztInnen aus dem Bereich der Frauenheilkunde angeboten werden. [9]**

---

<sup>30</sup> CPT/Inf (93) 12, § 35.

<sup>31</sup> CPT/Inf (93) 12, § 38.

### **2.2.5. Kompendium geltender Regelungen**

In der Erarbeitung des vorliegenden Berichtes waren zu mehreren Einzelfragen Unsicherheiten und unterschiedliche Auffassungen festzustellen, welche Regelungen von PolizeiamtsärztInnen oder SanitäterInnen als aktuell gültig heranzuziehen sind bzw. waren bereits ergangene Erlässe unbekannt. Allen mit der medizinischen Versorgung in Polizeigefangenenhäusern befassten Personen sollte eine übersichtliche und fortlaufend zu aktualisierende Zusammenstellung aller einschlägigen Regelungen zur Verfügung stehen.

#### **2.2.5.1. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates**

? **Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, ein Kompendium zu erarbeiten, das alle für den polizeiärztlichen Dienst und die Tätigkeit der SanitäterInnen maßgeblichen Regelungen enthält, und dieses allen mit der medizinischen Versorgung in PAZ befassten Personen in regelmäßig aktualisierter Form zur Verfügung zu stellen. [10]**

## **3. Umfang der medizinischen Betreuung**

### **3.1. Der zeitliche Aufwand der medizinischen Betreuung**

#### **3.1.1. Problemaufriss**

In ihren Berichten weisen die Kommissionen des Menschenrechtsbeirates immer wieder auf Unzulänglichkeiten bzw. Unklarheiten im Zusammenhang mit dem Umfang der medizinischen Betreuung. Den Berichten sind zwei Bereiche zu entnehmen, wobei einerseits die Dauer der Behandlung im Verhältnis zur Zahl der zu behandelnden PatientInnen und andererseits der Umfang der tatsächlich getätigten medizinischen Behandlung kritisiert wird.

Zur Anwesenheit der AmtsärztInnen in den PAZ berichtet eine Kommission beispielsweise, dass bei Durchsicht der ärztlichen Aufzeichnungen der untersuchende Amtsarzt gemäß seinen eigenen Zeitangaben innerhalb von fünf Minuten (von 1:30 bis 1:35 Uhr; danach sind weitere Häftlinge dokumentiert) nicht weniger als 19 Personen untersucht habe, darunter auch jene, die sichtbare Verletzungsspuren aufwiesen. Mit Ausnahme jener vier Inhaftierten, die ihre Verletzungen selbst zu Protokoll gegeben hätten, und einer Schülerin, die Medikamente benötigte, wurde bei allen "gesund und unverletzt", "fühlt sich wohl, nicht verletzt" oder ähnlich knappe Formulierungen vermerkt.

Die konkrete Behandlung wurde laut Kommissionsberichten dahingehend kritisiert, dass angehaltene Personen darauf hinwiesen, dass die notwendige ärztliche Betreuung sich auf die

Verabreichung von Medikamenten beschränke. Gleichfalls wurde in mehreren Berichten erwähnt, dass bei Inspektion der Verbandskästen die darin aufbewahrten Medikamente abgelaufen waren. Als positiv wurde seitens einer Kommission erwähnt, dass die diensthabenden AmtsärztInnen ihre Rolle als Arzt/Ärztin nicht nur als Instanz zur Überprüfung der Haftfähigkeit sehen würden, sondern auch jedenfalls als praktischeR Arzt/Ärztin für alle Häftlinge, der/die je nach Bedarf SpezialistInnen (FachärztInnen) beiziehe bzw. die Überstellung in ein Krankenhaus veranlasse.

In der Regel muss sich ein Schubhäftling bei dem/der Stations- oder StockbeamtIn oder - sofern vorhanden - beim/bei der SanitärerIn krank melden. Er wird in weiterer Folge dem/der Amtsarzt/Amtsärztin vorgeführt. Einige PAZ führen an, dass es auch eine regelmäßige, beispielsweise 14-tägige verpflichtende ärztliche Untersuchung gebe, sodass jeder Schubhäftling mindestens in einem Abstand von 14 Tagen vom/von der Arzt/Ärztin untersucht wird. Wenn ein Häftling dringender medizinischer Betreuung bedarf, werde der/die diensthabende Arzt/Ärztin zu jeder Tages- und Nachtzeit im Rahmen einer Rufbereitschaft verständigt.

Ein PAZ gibt an, dass es zwar über eine kleine Ordination verfüge, die zu untersuchenden Personen aber - wenn möglich - in die nahegelegene Ordination des Amtsarztes gebracht werden. In einem PAZ wird von Behörde und Schubhaftbetreuung übereinstimmend darauf verwiesen, dass seit mehr als zwei Jahren die zweite Arzt-Planstelle nicht nachbesetzt wurde, was dazu führe, dass Nachmittagsuntersuchungen wegfallen würden.

Die Schubhaftbetreuung in einem PAZ merkt an, dass es anscheinend immer wieder zu Kommunikationsproblemen zwischen WachebeamtInnen und angehaltenen Personen komme, da Inhaftierte mit gesundheitlichen Beschwerden oft erst mit großer Zeitverzögerung dem/der Amtsarzt/Amtsärztin vorgestellt werden würden.

Eine Erhebung der Dienstzeiten der AmtsärztInnen zeigt folgendes Bild<sup>32</sup>:

PAZ	Regelmäßige Untersuchungszeiten	AmtsärztInnen	Vertrags- und Honorar- ärztInnen
A	täglich 08.00-11.00	27, davon 5 fix PAZ zugeteilt	2

<sup>32</sup> Quelle: Auswertung der Fragebögen im Rahmen der Veranstaltung des BMI gemeinsam mit NGOs zu Fragen der "Zukunft der Schubhaft"



B	Mo, Di, Mi, Fr ab 08.00	2	2
C	täglich, Zeit verschieden	2	1
D	Täglich werktags 09.00, Wochenende 10.00, je 1-2 Stunden	2	6
E	Täglich	4	-
F	täglich 12.00-14.00	3	1
G	Täglich	1	4
H	Di 15.00	4 (50 %)	2
I	4mal wöchentlich, nachmittags	1	4
J	Täglich	2	12
K	Mo-Fr ab 09.00, Sa Vormittag, So Nachmittag	1	6
L	täglich, je nach Bedarf vor- und nachmittags	1 (50 %)	1
M	Mo, Mi, Fr 14.00	1	3
N	täglich vormittags	k.A.	k.A.
O	täglich, 07.30-08.00	2	1

### 3.1.2. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates zum zeitlichen Aufwand der medizinischen Betreuung

Das CPT geht davon aus, dass Häftlinge ohne Aufschub von einem/r Arzt/Ärztin zu untersuchen sind. Angehaltene Personen sollten gleich bei deren Ankunft in der Haftanstalt über die Existenz und Erreichbarkeit des ärztlichen Dienstes sowie über grundlegende hygienische Standards in der Anstalt informiert werden. Der Zugang zu ArztInnen sollte zu jeder Zeit möglich und derart gestaltet sein, dass er ohne größere Verzögerung in Anspruch genommen werden kann<sup>33</sup>.

Der Menschenrechtsbeirat geht davon aus, dass weder die Feststellung der Haftfähigkeit noch die ärztlichen Untersuchungen während der Haft durch eine beiläufige Augenscheins-Erledigung abgetan werden können. Bei einem Groteil der angehaltenen Personen mangelt es an der sprachlichen Verstandigungsmoglichkeit ebenso, wie an einer schriftlichen Dokumentation der Krankengeschichte. Umso mehr muss eine sorgsame ärztliche Untersuchungspraxis sichergestellt werden, die in der Lage ist, auch unter diesen Bedingungen Hinweise auf medizinische Probleme wahrzunehmen.

Eine unzureichende personelle Ausstattung des polizeiärztlichen Dienstes, zu knapp bemessene Anwesenheitszeiten oder auch nachlässige Dienstausbung bergen die Gefahr in sich, dass Umstände für das Vorliegen einer Haftunfähigkeit nicht erkannt und die Anhaltung in Haft rechtswidrig fortgeführt wird.

Dem Bundesministerium für Inneres kommt daher hier die Verpflichtung zu, eine verantwortungsvolle medizinische Betreuung angehaltener Personen durch ausreichende personelle Ressourcen sicherzustellen, sowie die korrekte Dienstausübung durch Polizeiamts- und HonorarärztInnen zu kontrollieren.

### **3.1.2.1. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates**

- ? **Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, dass nicht besetzte Planstellen im Bereich der medizinischen Versorgung angehaltener Personen in PAZ nachbesetzt werden. [11]**
- ? **Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, die vereinbarte Anwesenheit der AmtsärztInnen in den PAZ in geeigneter Weise zu dokumentieren und zu überprüfen. [12]**
- ? **Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, SanitäterInnen mit der regelmäßigen Kontrolle des Ablaufdatums aufbewahrter Medikamente zu beauftragen. [13]**

### **3.1.3. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates zum Umfang der medizinische Versorgung**

Die medizinische Versorgung durch den amtsärztlichen Dienst umfasst vor allem die körperliche Untersuchung angehaltener Personen, das Beiziehen von bzw. Ausführen zu FachärztInnen bzw. Krankenanstalten bei Bedarf, sowie die Behandlung mit Medikamenten.

Einzelne PAZ umschreiben in Beantwortung der Fragebögen zur “Zukunft der Schubhaft” den Umfang der medizinischen Betreuung allgemein mit: Behandlung einfacher Erkrankungen in den Grenzen einer einfachen hausärztlichen Praxis, jedwede notwendige medizinische Betreuung durch ÄrztInnen für Allgemeinmedizin des amtsärztlichen Dienstes oder medizinische Betreuung, sofern es möglich ist.

Nur vereinzelt explizit angeführt wurden die tägliche Visite, das Erstellen eines Befundes, Erstmaßnahmen im Notfall, Behandlung von Akutkrankheiten, Behandlung von unkomplizierten Krankheiten, Versorgung von kleinen Verletzungen, die Dokumentation der Krankengeschichte. Für eine Haftanstalt wird auf die wöchentliche Begehung der Anstalt (Hygiene, Sanitäre Einrichtungen, Küche und Verpflegung, Aufenthaltsräume, Magazin, Bettwäsche, Freibereich, Sportgeräte), Infektions- und Gefahrenaufklärung des Personals,

---

<sup>33</sup> CPT/Inf (93) 12, § 33.

sowie Weiterbildung in Erste-Hilfe des Personals als weitere Tätigkeitsbereiche des amtsärztlichen Dienstes in der Schubhaft hingewiesen.

In einer Behörde führt die Polizeichefärztin einmal im Monat Besprechungen mit HonorarärztInnen durch. Es wurden mehrere neue Formulare entwickelt, die das Führen der Dokumentation gewährleisten.

Ein PAZ weist auf den Einsatz von Ärztemustern durch die niedergelassenen PraktikerInnen und die dadurch erzielbare beträchtliche Kostenersparnis für die Bundespolizeidirektion hin.

### **3.1.3.1. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates**

**? Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, regelmäßige Besprechungen des polizeiärztlichen Dienstes mit HonorarärztInnen und SanitäterInnen zum Zwecke des Meinungs- und Erfahrungsaustausches, sowie zur Qualitätssicherung der medizinischen Betreuung im jeweiligen PAZ durchzuführen. [14]**

## **4. Kooperation mit VertrauensärztInnen, Betreuungsorganisationen, FachärztInnen und Krankenhäusern**

### **4.1. VertrauensärztInnen<sup>34</sup>**

#### **4.1.1. Problemaufriss**

Grundsätzlich kann jede angehaltene Person ihre/n Arzt/Ärztin selbst wählen. Dies ist insbesondere § 10 Abs 5 AnhO entnehmbar, wonach es Häftlingen frei steht, auf ihre Kosten zu ihrer medizinischen Betreuung einen Arzt/Ärztin ihrer Wahl beizuziehen; diese Betreuung hat im Haftraum stattzufinden. Die Praxis dagegen zeigt, dass es insbesondere Schubhäftlingen einerseits an Informationen über und Kontakten zu ÄrztInnen fehlt, sie in der überwiegenden Zahl mittellos sind und sie andererseits nicht über einen die etwaig entstehenden Kosten abdeckenden Versicherungsschutz verfügen. In diesem Sinne liegt eine Diskrepanz zwischen rechtlichen Zielvorstellungen und den praktischen Umsetzungsmöglichkeiten vor, die sich vor allem darin zeigt, dass die freie ÄrztInnenwahl in der Praxis nur ganz selten in Anspruch genommen wird.

---

<sup>34</sup> Darunter wird einE kostenloseR freiwilligeR VertrauensärztIn oder ÄrztIn auf Kosten der angehaltenen Person verstanden.

Die Beziehung von VertrauensärztInnen auf Wunsch eines Schubhäftlings sei prinzipiell in allen PAZ möglich, auch wenn zehn PAZ anführen, dass dies bislang noch nicht angewandt bzw. noch nie von einem Häftling verlangt und daher auch nie praktiziert worden sei.

Teilweise schreiben PAZ vor, dass der Besuch eines/einer VertrauensärztIn unter vorheriger Terminabsprache mit dem Kommando bzw. in weiterer Folge mit der Sanitätsstelle zu erfolgen hat bzw. sind Zeitpunkt und Datum eines Besuches durch VertrauensärztInnen von der Schubhaftbetreuung im Vorfeld dem Leiter der Präsidialabteilung bekannt zu geben, damit einE AmtsärztIn zugegen sein kann. Im Bereich einer BPD ist der Besuch eines/r Vertrauensarztes/Vertrauensärztin ausschließlich während der Vormittagsstunden - 08:00 bis 11:00 Uhr - möglich. Zeitliche Einschränkungen könnten für eine andere BPD nur dann erfolgen, wenn sich besondere organisatorische Probleme im PAZ ergeben, was aber in der Regel nicht der Fall sei. Drei PAZ geben an, dass es keine zeitlichen Einschränkungen der Besuchszeiten der VertrauensärztInnen gibt.

Hinsichtlich der Behandlung durch VertrauensärztInnen herrschten in den einzelnen BPD unterschiedliche Ansichten und Praktiken. Während diese teilweise nur in der Absprache mit dem/der Amtsarzt/Amtsärztin erfolgen können, ist die Untersuchung durch eineN VertrauensärztIn in anderen PAZ nur im Beisein des/der AmtsärztIn möglich. Eine BPD hält (ohne noch einen Fall gehabt zu haben) die Anwesenheit des/der AmtsärztIn bei der Untersuchung durch den/die VertrauensärztIn durchaus für wünschenswert. Weiters wird von den BPD auch die Ansicht vertreten, dass die Anwesenheit des/der AmtsärztIn nur bei Ersuchen des Häftlings erfolgt oder generell gar keinE AmtsärztIn beigezogen werden würde. Eine NGO-Vertragspartner des BMI in der Schubhaftbetreuung weist darauf hin, dass einE VertrauensärztIn nur dem/der angehaltenen PatientIn gegenüber verpflichtet sei und somit die Anwesenheit einer dritten Person nur nach Zustimmung der zu untersuchenden Person als möglich angesehen werde.

Seitens der Behörde wird allgemein darauf hingewiesen, dass es derzeit keine genaueren Bestimmungen gebe, die in diesem Punkt Klarheit brächte. Es gebe unterschiedliche Ansichten, wobei eine Klärung in Form einer generellen Regelung als wünschenswert angesehen würde.

#### 4.1.2. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates

Neben § 10 Abs 5 AnhO sieht auch § 8 Abs 3 der aufgrund von § 31 SPG erlassenen Richtlinien-Verordnung (RLV) vor, dass die ExekutivbeamtenInnen eine festgenommene Person darüber zu informieren haben, dass es ihr möglich ist, die Anwesenheit eines Arztes/einer Ärztin ihrer Wahl und auf ihre Kosten bei der Untersuchung durch eineN von der Behörde bestimmteN Arzt/Ärztin zu verlangen, sofern dies keine Verzögerung der Ermittlungen mit sich bringt. Genannte Bestimmung ist das Ergebnis einer vom CPT nach seinem ersten Besuch abgegebenen Empfehlung<sup>35</sup>. Im darauffolgenden, zweiten Besuch erklärt das CPT, dass es diese Form der Umsetzung der Empfehlung für zu eng erachte, da damit die Untersuchung durch eineN selbst gewählteN Arzt/Ärztin vollkommen vom Zeitpunkt der Untersuchung durch den/die PolizeiamtsärztIn abhängig sei, weshalb neuerlich auf Umsetzung der abgegebenen Empfehlung ersucht wird<sup>36</sup>.

Für den Fall, dass die Beziehung eines Vertrauensarztes/einer Vertrauensärztin abzulehnen sei, empfiehlt das CPT eine Liste von anderen ÄrztInnen aufzulegen, wo sich der/die Festgenommene einen anderen Arzt/Ärztin aussuchen können soll. Alternativ bringt das CPT den Vorschlag, dass der/die gewählte Arzt/Ärztin die Untersuchung in Anwesenheit des Amtsarztes/der Amtsärztin durchführen soll.

Gründe für die seltene Inanspruchnahme von VertrauensärztInnen durch angehaltene Personen liegen wohl darin, dass Schubhäftlinge in der Regel über zu geringe Barmittel verfügen, nicht versichert sind und keine VertrauensärztInnen in Österreich namhaft machen können. Externe ÄrztInnen werden hingegen vereinzelt von Betreuungsorganisationen als "Zweitgutachter" beigezogen, insbesondere wenn Zweifel an der Beurteilung einer Krankheit oder der Haftfähigkeit durch den amtsärztlichen Dienst vorliegen.

Unter den gegebenen Rahmenbedingungen kann das Recht auf Beziehung von VertrauensärztInnen von einer angehaltenen Person nur sehr schwer in Anspruch genommen werden. Weitere bürokratische Erschwernisse und organisatorische Hürden verunmöglichen tendenziell den Zugang zu diesem in der Anhalteordnung eingeräumten Recht. Der

---

<sup>35</sup> Siehe CPT (90) 48, § 64, worin das CPT empfiehlt, dass eine Person, die sich in Polizeigewahrsam befindet, zusätzlich zu den Untersuchungen durch eineN Polizeiarzt/Polizeiärztin das Recht haben sollte, auf Wunsch von einem Arzt/Ärztin ihrer Wahl untersucht zu werden.

<sup>36</sup> CPT (95) 1 § 48.

Menschenrechtsbeirat sieht es daher für notwendig an, den Zugang von VertrauensärztInnen zu angehaltenen Personen in Polizeigefangenenhäusern nach Möglichkeit zu erleichtern.

§ 10 AnhO bestimmt, dass es Häftlingen frei steht, auf eigene Kosten zu ihrer medizinischen Behandlung einen Arzt/Ärztin ihrer Wahl beizuziehen. Die Behandlung hat im Haftraum stattzufinden. Für die Beiziehung von VertrauensärztInnen zu Untersuchungen durch AmtsärztInnen gilt dies nur insoweit, als dies ohne eine wesentliche Verzögerung der Untersuchung möglich ist. Der genannten Bestimmung ist sohin nicht entnehmbar, wie im Falle der Beiziehung von VertrauensärztInnen vorzugehen ist. Entgegen der Ansicht einzelner PAZ, ist der genannten Bestimmung keinesfalls zwingend ableitbar, dass einE PolizeiamtsärztIn beizuziehen ist.

Selbst wenn in Einzelfällen die Bereitschaft von externen ÄrztInnen gegeben ist, Häftlinge in Haftanstalten zu untersuchen, ist faktisch der Zugang ins PAZ aufgrund der in einzelnen PAZ verpflichtenden Anwesenheit von AmtsärztInnen organisatorisch nicht möglich, da teilweise eine Koppelung mit der Anwesenheit der PolizeiamtsärztInnen vorgesehen ist und die Dienstzeiten der PolizeiamtsärztInnen (regelmäßig am Vormittag) sich mit den Ordinationszeiten potenzieller VertrauensärztInnen überschneiden.

Der Menschenrechtsbeirat hält derartige organisatorische Hemmnisse für geeignet, einer angehaltenen Person die Beiziehung eines/r Vertrauensarztes/in in der Praxis zu verunmöglichen. Der polizeiärztliche Dienst soll von der Beiziehung eines Vertrauensarztes/einer Vertrauensärztin und den Untersuchungsterminen vorinformiert werden, eine Anwesenheit des/r Amtsarztes/Amtsärztin damit ermöglicht werden, sofern weder Vertrauensarzt/-in noch PatientIn dagegen Einwände erheben. Von einer Koppelung der Untersuchung durch VertrauensärztInnen an die Anwesenheit von AmtsärztInnen sollte jedoch Abstand genommen und der zeitliche Rahmen für Untersuchungen im PAZ großzügig (nach dem Vorbild des Rechtsbeistandes) bemessen werden.

Im Falle der Beiziehung von VertrauensärztInnen ist die Zuständigkeit und Verantwortung für die kurative Tätigkeit zu klären, wenn beispielsweise VertrauensarztIn und AmtsarztIn unterschiedlicher Auffassung über die notwendigen Behandlungsmethoden sind.

### **4.1.3. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates**

- ? **Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, den angehaltenen Personen den Zugang zu ihrem Recht, eine Ärztin/einen Arzt ihrer Wahl gemäß § 10 Abs 5 AnhO beizuziehen, nach Möglichkeit zu erleichtern, insbesondere etwa durch großzügig bemessene Rahmenzeiten für den Besuch von VertrauensärztInnen in einem PAZ, sowie eine Entkoppelung der Untersuchung des Vertrauensarztes/der Vertrauensärztin von der Anwesenheit des Amtsarztes/der Amtsärztin. In diesem Sinne sollte auch – in Übereinstimmung der diesbezüglich ergangenen Empfehlung des CPT - § 8 Abs 3 RLV abgeändert werden. [15]**
- ? **Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, gemeinsam mit der Schubhaftbetreuung in Anlehnung an den Vorschlag des CPT eine Liste von ÄrztInnen zu erstellen, die zu einer Tätigkeit als Vertrauensarzt/-ärztin angehaltener Personen bereit wären.[16]**
- ? **Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, die Verantwortung für die kurative Tätigkeit bei Beiziehung eines Vertrauensarztes/einer Vertrauensärztin zu klären. [17]**

## **4.2. Kooperation zwischen amtsärztlichem Dienst und Betreuungseinrichtungen**

### **4.2.1. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates**

In der Mehrzahl der BPD wird explizit angeführt, dass es keine Probleme in der Kooperation von AmtsärztInnen und Betreuungseinrichtungen gebe, wogegen im Wirkungsbereich einer Behörde die Kooperation zwischen dem/r PolizeiamtsarztIn und der Betreuungseinrichtung stark beeinträchtigt ist.

Als sehr wichtiger Kooperationsbereich wird mehrfach die Übernahme und weitere Betreuung von als haftunfähig entlassenen Personen durch die Betreuungsorganisationen erachtet. Kritisch wird von einer NGO angemerkt, dass sich gerade hier die Betreuungsorganisationen hinsichtlich des gesundheitlichen Zustandes und allfälliger Folgen des Hungerstreiks ohne medizinische Begleitung des/r Klienten/in in einem nicht zu unterschätzenden Unsicherheitsbereich bewegen.

Sosehr die Betreuungseinrichtungen durch die Betreuung von als haftunfähig entlassenen Schubhäftlingen nach der Schubhaft einen strukturellen Missstand notdürftig abfangen, bleiben die Kooperationsmöglichkeiten bei schwierigen Problemkonstellationen in der Schubhaft vielfach noch ungenutzt. erinnert sei in diesem Zusammenhang an die Reaktivierung pensionierter PolizeibeamtInnen in der Betreuung von Schubhäftlingen, die

sich im Hungerstreik befinden, oder die vereinzelte Ausweitung des Besuchsverbots im Falle eines Hungerstreiks auf die MitarbeiterInnen der Betreuungseinrichtung. Ähnliche Kooperationsdefizite können fallweise für die Betreuung von psychisch beeinträchtigten Personen angeführt werden, die in einem besonders gesicherten Haftraum angehalten werden.

#### **4.2.2. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates**

- ? **Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, Fachgespräche von Polizeiamts- und HonorarärztInnen, SanitäterInnen, WachebeamtInnen und SchubhaftbetreuerInnen zu kritischen Bereichen der medizinischen Versorgung angehaltener Personen durchzuführen, um in diesen Bereichen die Kooperationsmöglichkeiten besser auszunützen und die medizinische Versorgung angehaltener Personen zu optimieren. [18]**
- ? **Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, BetreuerInnen der NGO-Vertragspartner in der Schubhaftbetreuung die Teilnahme an Schulungen zur medizinischen Versorgung angehaltener Personen zu ermöglichen, insbesondere wenn diese betreuungsrelevante Aspekte wie Hungerstreik oder psychische Beeinträchtigungen behandeln. [19]**

### **4.3. Kooperation mit FachärztInnen**

#### **4.3.1. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates**

Die PAZ wurden grundsätzlich für die Unterbringung von Verwaltungsstrahfänglingen geschaffen. Seit die Zahl der Schubhäftlinge größer wurde, sind auch neue Anforderungen an die PAZ zu stellen und insbesondere auch neue Strukturen der Betreuung notwendig. Die größeren PAZ haben dahingehend einen Vorteil gegenüber den kleineren. Teilweise arbeiten FachärztInnen in enger Kooperation mit PAZ zusammen. Dort, wo dies nicht erfolgt, werden angehaltene Personen bei Bedarf in eine Krankenanstalt ausgeführt. In Wien gibt es beispielsweise Verträge mit dem Verein Dialog, der eine fachärztliche Versorgung von angehaltenen suchtgiftabhängigen Personen sichert. Dort, wo die fachärztlichen und medizinischen Betreuungsmöglichkeiten in den PAZ nicht ausreichen, werden Häftlinge zu FachärztInnen ausgeführt.

Die Ausführungen in Krankenhäuser erfolgt dann, wenn die Möglichkeiten für eine Untersuchung im PAZ nicht ausreichen. In Wien beispielsweise finden Ausführungen ins AKH statt. Die Erfahrungen bezüglich der Kooperationsbereitschaft hänge allerdings stark



von den dort tätigen ÄrztInnen ab. Oft seien lange Wartezeiten notwendig, bis die zu untersuchende Person dem/der Arzt/Ärztin vorgeführt werden kann. Dieser Zustand ist schon aus ökonomischen Gründen (Kosten für begleitende BeamtInnen) nicht tragbar. Der Menschenrechtsbeirat ist der Ansicht, dass auch in diesen Fällen vertragliche Vereinbarungen mit den Krankenhäusern zu einer Verbesserung der Situation beitragen könnten.

Der Menschenrechtsbeirat verweist in diesem Zusammenhang auf die unter Punkt III.2. abgegebene Empfehlung.

#### **IV. Medizinische Betreuung von angehaltenen Personen**

##### **1. Prüfung der Haftfähigkeit**

###### **1.1. Allgemein**

###### **1.1.1. Problemaufriss**

Grundsätzlich wird in allen PAZ eine Haftfähigkeitsuntersuchung zu Beginn der Haft bzw. innerhalb der ersten 24 Stunden durchgeführt. Diese Untersuchung beinhaltet in den meisten Fällen eine Überprüfung des allgemeinen Zustandes (Gewicht, Größe, Blutdruck, Puls, eine Anamnese und in gut der Hälfte der PAZ eine Harnuntersuchung).

Eine Kommission berichtet, dass nur zwei AmtsärztInnen in ganz Wien für die Feststellung der Haftfähigkeit zur Verfügung stünden. Nach Angaben von BeamtInnen komme es immer wieder zu längeren Wartezeiten, die in einem schwerwiegenden Fall (Häftling stark blutend und Verdacht auf TBC) beispielsweise vier Stunden benötigt hätte. Eine NGO in der Schubhaftbetreuung hinterfragt in diesem Zusammenhang generell den Umfang der Erstuntersuchung, da angehaltene Personen berichten würden, lediglich gemessen und gewogen worden zu sein.

Im Rahmen der Veranstaltung “Zukunft der Schubhaft” wurde erhoben, welche Untersuchungen bei der Erstuntersuchung durchgeführt werden. Die Auswertung der Fragebögen ergab folgendes Bild:

PAZ	Anamnese bogen	Gewicht	Größe	Blutdruck Puls	Harn	Ausku- lation	TBC	sonstiges
A	X	x	x	X	x	x	O	Untersuchungen auf Drogen- beeinträchtigung bei Verdacht

B	X						X	komplette körp. Untersuchung, Herz-Lungen-Röntgen bei Symptomen sofort, sonst binnen 14 Tagen
C	X	x	x	X		x	X	Herzfrequenz
D	X	x	x	X	x		X	Herz, Abdomen, Zunge, Nieren
E	X						X	komplette Untersuchung
F	X	x	x	X		x		
G								Haftfähigkeitsuntersuchung
H				X	x		X	allgemeiner Status
I	X	x	x	X			X	Sauerstoffsättigung mittels Finger-Oximetriegerät
J	X	x	x	X	x	x		
K	X	x	x	X	x	x	O	HNO, Temperatur
L	X	x	x	X	x	x	X	Zähne, Bauch, Narben, Allergien, Medikamente, Drogen- und Alkoholkonsum, Rauchverhalten, Krankenvorgeschichte
M		x	x	X			O	Allgemeinzustand
N	X	x	x	X	x			klin. Gesamtstatus, Verletzungen, Tbc-Vorsorge laut Erlass
O					x			Klinische Untersuchung, lungenfach-ärztliche Untersuchung

Legende: x - wird durchgeführt, o - bei Verdacht

### 1.1.2. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates

§ 7 AnhO besagt wann und wie bei angehaltenen Personen die Haftfähigkeitskontrolle durchgeführt werden soll. Demnach dürfen haftunfähige Personen grundsätzlich nicht angehalten werden. Bei angegebenen Haftunfähigkeitsgründen können Personen erst dann aufgenommen werden, wenn durch eine ärztliche Untersuchung die Haftfähigkeit als erwiesen angenommen werden konnte. Grundsätzlich ist jede angehaltene Person sobald wie möglich - spätestens jedoch innerhalb von 24 Stunden - ärztlich auf ihre Haftfähigkeit zu untersuchen. Der Dienstanweisung über den polizeiärztlichen Dienst bei den Bundespolizeibehörden ist konkretisierend zu entnehmen, dass, wenn Personen bei ihrer Aufnahme Krankheitssymptome oder Verletzungen aufweisen oder solches behaupten, die auch ihre kurzfristige Anhaltung im Polizeiarrest bedenklich erscheinen lassen, die polizeiamtsärztliche Untersuchung auf Haftfähigkeit noch vor Abgabe in den Arrest zu erfolgen hat (Pkt 1.10.2. der Dienstanweisung). Die angehaltene Person hat an der ärztlichen Untersuchung mitzuwirken, tut sie dies nicht, ist von der Haftfähigkeit solange auszugehen, als keine Gründe (Krankheitssymptome, Verletzungen, etc.) bestehen, die an der Haftfähigkeit zweifeln lassen.

An Menschen, die schwer krank oder schwanger sind, dürfen Verwaltungsfreiheitsstrafen, solange dieser Zustand anhält, nicht vollstreckt werden. Gleiches gilt für Jugendliche unter 16

Jahren (§ 7 Abs 4 AnhO), sowie für Frauen während eines Zeitraumes von acht Wochen nach der Entbindung (§ 54 Abs 2 VStG; § 7 Abs 4 AnhO).

Weitere Vorgaben hinsichtlich der Haftfähigkeitsuntersuchung enthält Pkt 1.10.3 der Dienstanweisung über den polizeiärztlichen Dienst bei den Bundespolizeibehörden. PolizeiamtsärztInnen haben demnach die Haftfähigkeit hinsichtlich der im jeweiligen Polizeiarrest konkret zur Verfügung stehenden personellen und von der Ausstattung her gegebenen Betreuungs- bzw. Pflegemöglichkeiten zu beurteilen.

Angehaltene Personen haben gemäß § 23 AnhO grundsätzlich das Recht, sich über Verletzungen der aus der Hausordnung sich ergebenden Rechte beim Kommandanten zu beschweren. § 23 Abs 3 AnhO bestimmt, dass soweit wegen des in Beschwerde gezogenen Verhaltens sonst ein Rechtsschutz besteht, dieser unberührt bleibt. In einem jüngst ergangenen Erkenntnis des VfGH<sup>37</sup> hat dieser unter Anwendung des § 23 AnhO iVm §§ 72 und 73 FrG erkannt, dass gemäß § 63 FrG Festgenommene das Recht haben, den UVS (Unabhängiger Verwaltungssenat) anzurufen und, wie im konkreten Fall, die Rechtmäßigkeit der Anhaltung wegen Haftunfähigkeit in Folge von Hungerstreik zu bekämpfen. Der VfGH weist darauf hin, dass § 7 AnhO jedenfalls auch die Rechtmäßigkeit der Anhaltung betrifft, weshalb die Zuständigkeit des UVS für gegeben erachtet wurde.

## **1.2. TBC-Untersuchung**

### **1.2.1. Problemaufriss**

Der Statistik unter IV.1.1.1. ist zu entnehmen, dass bei der TBC-Untersuchung österreichweit kein einheitliches Vorgehen besteht. Im Bereich von sieben Bundespolizeidirektionen werden die Schubhäftlinge verpflichtend (meist in der ersten Woche der Anhaltung) zu TBC-Anfangsuntersuchungen ausgeführt, in drei weiteren auf Verdacht (etwa nach Oxymeter-Messung bzgl. Sauerstoffsättigung). Ein PAZ betreibt die TBC-Vorsorge gemäß dem dazu ergangenen Erlass. Für vier PAZ werden keine Untersuchungen auf TBC angeführt. Tuberkulose-Reihenuntersuchungen werden vom amtsärztlichen Dienst eines PAZ bereits seit Jahren gefordert, aber Schubhäftlinge seien im Vorentwurf der Reihenuntersuchungsverordnung zum Tuberkulosegesetz des Landes nicht als Personengruppe für die gezielte Reihenuntersuchung aufgenommen. Alternativ wurde der Einsatz des Röntgenbusses des Bundesheeres zugesagt, bis dato sei jedoch keine derartige Untersuchung erfolgt.

### **1.2.2. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates**

Sowohl eine geschlossene, als auch eine offene TBC können nur durch entsprechende Untersuchungen diagnostiziert werden. Ansteckungsgefahr besteht lediglich bei der sogenannten offenen TBC.

Bei Personen mit offener TBC ist eine Haftfähigkeit nicht gegeben, eine sofortige Einweisung an eine Infektionsabteilung ist zwingend. Eine nicht ansteckende, also geschlossene Lungen-TBC ist im Regelfall medikamentös gut behandelbar. Die endgültige Diagnoseerstellung offen/geschlossen erfolgt stationär.

Bei der Frage einer verdachtsunabhängigen TBC-Untersuchung für alle Schubhäftlinge ist die Belastung einer Röntgenuntersuchung gegen das Risiko einer Ansteckung anderer angehaltener Personen, SicherheitswachebeamtenInnen und SchubhaftbetreuerInnen abzuwägen.

Der etwa im Ausschaffungsgefängnis Zürich-Kloten zur TBC-Untersuchung verwendete Tine-Test (Stempeltest) gibt lediglich darüber Auskunft, ob der betreffende Organismus bereits einmal mit dem Erreger (Tuberkelbakterien) Kontakt hatte. Er gibt keine sichere Auskunft über eine tatsächliche Infektion/Erkrankung. Am Röntgenbild können Veränderungen wie z.B. tuberkulöse Entzündungsherde der Lunge sichtbar gemacht werden.

Laut ExpertInnen aus dem Gebiet der Pulmologie sei bei Flüchtlingen, die teilweise aus "TBC-problematischen Ländern" kommen und auf ihrer Flucht mit unterschiedlichen Menschen Kontakt hatten, die Gefahr sich mit TBC angesteckt zu haben, groß. Eine Reihenuntersuchung sei daher - in erster Linie im Sinne der Betroffenen selbst, zu ihrem Schutz, um eventuell eine erforderliche Therapie rechtzeitig beginnen zu können - ratsam. Die Untersuchungen sollten allerdings auf Freiwilligkeit beruhen.

Das Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz hat unter GZ 21.730/17-II/D/2/94 alle Ämter der Landesregierung aufgefordert, aufgrund des Tuberkulosegesetzes gezielte Untersuchungen bei bestimmten, im Erlass näher bezeichneten, Risikogruppen durchzuführen. Als Risikogruppen wurden unter anderem "Flüchtlinge und

---

<sup>37</sup> VfGH B 1443/00, B 1763/00 vom 18.6.2001

Asylanten sowie Insassen von Haftanstalten“ genannt. Die gezielte Untersuchung für bestimmte Risikogruppen wurde epidemiologisch für sinnvoller erachtet, als eine Kontrolle von Angehörigen bestimmter Berufsgruppen, bei denen keine erhöhte Tuberkuloseinzidenz bestehe. Die Durchführung von Reihenuntersuchungen liegt im Kompetenzbereich der Länder, wobei gemäß § 23 Tuberkulosegesetz der Landeshauptmann die erforderlichen Maßnahmen per Verordnung festsetzen kann. Aus diesen Gründen stellt das Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz unter GZ 21.730/123-II/D/2/96 fest, dass ein legislativer Handlungsbedarf seitens des Bundes nicht bestehe. Als Rechtfertigung für die gezielte Untersuchung wird auf die Tuberkulosestatistik verwiesen, wonach im Jahr 1995 die Inzidenz bei Ausländern mit 47,4 Erkrankungsfällen pro 100.000 Personen deutlich über jener der Inländer mit 13,4 lag. Gemäß § 4 Abs 1 lit a Tuberkulosegesetz obliegt es den PolizeiamtsärztInnen, die Meldung jedes Erkrankungsfalles bzw. Verdachts einer solchen Erkrankung an die Bezirksverwaltungsbehörde weiterzuleiten, die ihrerseits die erforderlichen weiteren Maßnahmen zu veranlassen hat.

Der Menschenrechtsbeirat geht davon aus, dass es schon im Sinne der betroffenen Personen selbst sein muss, eine TBC-Erkrankung zum frühest möglichen Zeitpunkt zu erkennen, um gegebenenfalls eine erforderliche Therapie beginnen zu können. Weiters ortet der Menschenrechtsbeirat eine Verantwortung der Behörde gegenüber angehaltenen Dritten und in den Polizeigefangenenhäusern tätigen Personen, das Ansteckungsrisiko durch vertretbare Präventivmaßnahmen zu verringern.

Der Menschenrechtsbeirat geht aber auch davon aus, dass die zu untersuchenden Personen über den Sinn und Zweck von Röntgenuntersuchung informiert werden müssen. Bei Ablehnung der Untersuchung sollte von Zwangsmaßnahmen zu ihrer Durchsetzung abgesehen und mit einer von bereits untersuchten Personen getrennten Anhaltung das Auslangen gefunden werden.

### **1.2.3. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates**

**? Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, TBC-Reihenuntersuchungen für alle angehaltenen Schubhäftlinge anzubieten und entsprechende Verhandlungen mit jenen Bundesländern anzustreben, die den Erlass des vormaligen Bundesministeriums für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz mit der GZ 21.730/17-II/D/2/94 in ihrem Wirkungsbereich noch nicht umgesetzt haben. [20]**

? **Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, vor TBC-Reihenuntersuchungen die betroffenen Personen über den Hintergrund der Untersuchung aufzuklären, bei deren allfälliger Ablehnung aber von Zwangsmaßnahmen zu ihrer Durchsetzung Abstand zu nehmen. [21]**

### **1.3. Prüfung des psychischen Zustandes des/der Angehaltenen**

#### **1.3.1. Problemaufriss**

Ein Grundproblem in der derzeitigen Praxis der Haftfähigkeitsuntersuchung wird darin gesehen, dass primär auf körperliche Probleme abgestellt werde und die Frage des psychischen – insbesondere des posttraumatischen – Zustandes kaum Berücksichtigung finde. Neben Posttraumata ist aber auch in Fällen wie Schizophrenie die Haftfähigkeit nicht gegeben. Teilweise könnten ein bis zwei Sitzungen genügen, um Hinweise auf posttraumatische Erlebnisse zu erlangen. Gezielte Fragen könnten auch von Nicht-PsychologInnen gestellt werden, sofern sie in entsprechenden Schulungen sensibilisiert wurden. Bei Hinweisen auf posttraumatische Erlebnisse sollte eine psychiatrisch-psychologische Untersuchung veranlasst werden.

#### **1.3.2. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates**

Der Menschenrechtsbeirat sieht es als strukturelles Problem an, dass im Bereich der medizinischen Betreuung von angehaltenen Personen die psychische Betreuung eine sehr untergeordnete Rolle spielt. Insbesondere in dem hier behandelten Kontext, wo es darum geht festzustellen, ob die Haftfähigkeit vorliegt oder nicht, wird es als essenziell angesehen, bereits in den Ersteinvernahmen auch den psychischen Zustand der Angehaltenen stärker zu berücksichtigen, da Flüchtlingsschicksale oftmals den Hintergrund von kriegerischen Auseinandersetzungen im Heimatstaat haben.

Den Erläuterungen zu § 7 AnhO (Zahl: 64.610/154-II/20/99) ist zu entnehmen, dass, anders als dies noch in § 7 Abs 5 PAZ-HO der Fall war, in der AnhO ein einheitlicher Krankheitsbegriff gewählt wurde, der sowohl psychische als auch physische Krankheiten umfasst. Trotz dieses weiten Krankheitsbegriffes spielt der psychische Zustand der angehaltenen Personen eine lediglich untergeordnete Rolle, was der Menschenrechtsbeirat als strukturelles Problem ansieht.

Schubhäftlinge aus Herkunftsländern, in denen ein (Bürger)Krieg tobt, in denen willkürliche Inhaftierungen, Misshandlung und Folter beobachtet werden, können durch persönliche Erlebnisse psychisch in einem Maße beeinträchtigt sein, dass dies in der Beurteilung der Haftfähigkeit und für ein psychologisches Betreuungsangebot während der Haft berücksichtigt werden muss.

Der Menschenrechtsbeirat ist sich bewusst, dass eine psychologische Beurteilung innerhalb der ersten 24 Stunden der Anhaltung vielfach nicht realistisch ist. Oft bedarf es einer längeren Betreuung, um beispielsweise Symptome posttraumatischer Erlebnisse zu erkennen. Der Menschenrechtsbeirat ist allerdings der Ansicht, dass bereits durch eine Erweiterung des Anamnesebogens der psychische Zustand bei der Haftfähigkeitsuntersuchung eine bessere Berücksichtigung finden könnte. Der Anamnesebogen sollte durch zusätzliche Fragen, die speziell auf die Evaluierung von evtl. vorliegenden psychischen Erkrankungen infolge einer Extremtraumatisierung (posttraumatischer Belastungsstörung) hinzielen, erweitert werden. Sollten sich nach Durchsicht des Anamnesebogens Verdachtsmomente ergeben, so wäre der/die Angehaltene einer professionellen psychischen Betreuung zuzuführen.

Der Anamnesebogen sollte durch folgende Fragen ergänzt werden, wobei die hervorgehobenen Fragestellungen als unbedingt erforderlich angesehen werden.

**1) Waren Sie im Gefängnis? Wann? Wie lange?**

Konnten Sie Ihre Angehörigen/ Ihren Anwalt davon verständigen?

**2) Sind Sie im Gefängnis misshandelt worden? Wie? Wie oft?** Sind Sie sonstwo misshandelt worden, z.B. bei einem Überfall, als Kind?

**3) Haben Sie sich in einem Kriegsgebiet oder in einem Gebiet, wo gekämpft wurde, aufgehalten? Haben Sie dabei Gräueltaten selbst erlebt oder an anderen Personen wahrgenommen?**

**4) Leiden Sie an psychischen/psychiatrischen Krankheiten?**

**5) Leiden Sie an Schlafstörungen?**

**6) Haben Sie Alpträume?**

7) Hören Sie Stimmen von Personen, die sich nicht im Raum befinden?

**8) Haben Sie Angstzustände?**

**9) Haben Sie Konzentrationsstörungen?**

**10) Haben Sie Gedächtnisstörungen? Störungen bei Erinnerungen?**

11) Haben Sie einmal Drogen genommen? Trinken Sie regelmäßig größere Mengen Alkohol?

12) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

13) Leiden Sie unter starker Nervosität? Leiden Sie unter Schmerzen, für die der Arzt keine Ursache finden kann?

**14) Kommt es Ihnen manchmal vor, als würden Sie Situationen, in denen sie misshandelt worden sind, nochmals erleben? Sind die Erinnerungen, die Sie an die Misshandlungen haben, sehr lebendig (wie ein Film)?**

Weiters regt der Menschenrechtsbeirat an, dass der/die Arzt/Ärztin auf Basis der Antworten des Schubhäftlings Angaben zur Therapiebedürftigkeit und/oder zur Erfordernis der Kontrolle durch SanitäterInnen dokumentiert.

### 1.3.3. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates

? **Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, den derzeit in Anwendung befindlichen Anamnesebogen folgendermaßen zu erweitern/abzuändern [22]:**

ANAMNESEBLATT (Empfehlung)	
1. Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung (zB.: Zuckerkrankheit, Herzkrankheit, Tuberkulose oder Lungenasthma? Wenn ja, an welcher?	
2. Leiden Sie an Epilepsie oder haben Sie jemals Anfälle von Bewusstlosigkeit gehabt?	
3. Waren Sie in den letzten fünf Jahren für längere Zeit im Krankenhaus? Wenn ja, in welchem und weshalb?	
4. Hatten Sie größere Operationen? Wenn ja, welche?	
5. Haben Sie derzeit gesundheitliche Beschwerden oder Krankheiten? Wenn ja, welche?	
6. Für Frauen: Wann hatten Sie Ihre letzte Monatsblutung?	
7. Waren Sie im Gefängnis? Wann? Wie lange? Konnten Sie Ihre Angehörigen/ Ihren Anwalt davon verständigen?	
8. Sind Sie im Gefängnis misshandelt worden? Wie? Wie oft? Sind Sie sonst wo misshandelt worden, z.B. bei einem Überfall , als Kind?	
9. Haben Sie sich in einem Kriegsgebiet oder in einem Gebiet, wo gekämpft wurde, aufgehalten? Haben Sie dabei Gräueltaten selbst erlebt oder an anderen wahrgenommen?	
10. Leiden Sie an psychischen/psychiatrischen Krankheiten?	
11. Leiden Sie an Schlafstörungen?	
12. Haben Sie Alpträume?	
13. Hören Sie Stimmen von Personen, die sich nicht im Raum befinden?	
14. Haben Sie Angstzustände?	
15. Haben Sie Konzentrationsstörungen?	
16. Haben Sie Gedächtnisstörungen? Störungen bei Erinnerungen?	
17. Haben Sie einmal Drogen genommen? Trinken Sie regelmäßig größere Mengen Alkohol?	
18. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche?	
19. Leiden Sie unter starker Nervosität? Leiden Sie unter Schmerzen, wo der Arzt keine Ursache dafür finden kann?	
20. Kommt es Ihnen manchmal vor, als würden Sie Situationen, in denen sie misshandelt worden sind, nochmals erleben ?	
21. Sind die Erinnerungen, die Sie an die Misshandlungen haben, sehr lebendig (wie ein Film)?	
Datum und Unterschrift des Häftlings	.....
-----	
<u>Nur vom Arzt/Ärztin auszufüllen:</u>	
Kommentar des/der Arztes/Ärztin:	.....
Therapiebedürftigkeit gegeben:	ja/nein
Kontrolle durch SanitäterInnen notwendig:	ja/nein
wenn ja: welche Aufgaben haben SanitäterInnen:	.....
Psychologische Abklärung ist erforderlich/wird empfohlen:	ja/nein
Datum:	.....
Stempel und Unterschrift des/der Arztes/Ärztin:	.....



## **1.4. Haftfähigkeit**

### **1.4.1. Problemaufriss**

Nach § 54 VStG ist an Geisteskranken oder körperlich schwer kranken Personen (...) eine Freiheitsstrafe nicht zu vollziehen (Abs 1). Gemäß Abs 2 leg. cit. ist der Vollzug der Freiheitsstrafe an einer Bestraften, die schwanger ist oder entbunden hat, bis zum Ablauf der achten Woche nach der Entbindung und darüber hinaus so lange auszusetzen, als sich das Kind in ihrer Pflege befindet, höchstens aber bis zum Ablauf eines Jahres nach der Entbindung. § 7 Abs 5 AnhO besagt, dass an Menschen, die schwer krank oder schwanger sind und solange dieser Zustand dauert, Verwaltungsfreiheitsstrafen nicht vollstreckt werden dürfen. Das Gleiche gilt für Jugendliche unter 16 Jahren und für Frauen während eines Zeitraumes von acht Wochen nach der Entbindung. Für Angehaltene nach § 61 FrG findet sich keine Bestimmung dieses Inhaltes. § 7 Abs 5 AnhO spricht explizit von Verwaltungsfreiheitsstrafen, worunter die Schubhaft gemäß § 61 FrG nicht subsumierbar ist. Damit dürfen Menschen, die schwer krank oder schwanger sind, zwar nicht in Verwaltungsstrafhaft, jedoch sehr wohl in Schubhaft genommen werden.

Hinsichtlich der Schwangerschaft bei Frauen vermerkt das CPT, dass Kinder nicht in Haft geboren werden sollten, was als generell akzeptiert und umgesetzt angesehen wird.

### **1.4.2. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates**

Schubhaft ist keine Strafhaft, sondern dient lediglich der Anhaltung eines Fremden, um aufenthaltsbeendende Verfahren zu sichern. Der Menschenrechtsbeirat erachtet daher rechtliche Regelungen für bedenklich, die Schubhäftlinge restriktiver behandeln als andere Gruppen angehaltener Personen, insbesondere wenn es sich dabei um schwer Kranke oder schwangere Frauen handelt.

Der Menschenrechtsbeirat ist der Ansicht, dass schwer Kranke und schwangere Frauen als besonders schutzwürdige Personengruppen zu bezeichnen sind und daher von einer Anordnung der Schubhaft auch dann Abstand genommen werden sollte, wenn eine Haftfähigkeit gegeben sein sollte. Vielmehr sollte in Analogie zur Gruppe der Minderjährigen auf diese Personengruppen das gelindere Mittel gemäß § 66 FrG angewendet werden, worunter insbesondere die Anordnung der Behörde, in bestimmten Räumen Unterkunft zu nehmen, in Verbindung mit einer Meldepflicht, zu verstehen ist.

Mit diesem Bericht wird ein Versicherungssystem für Schubhäftlinge bzw. die Ausweitung der Betreuung durch HonorarärztInnen vorgeschlagen (siehe Empfehlung 46). Da mit der Empfehlung der Anwendung des gelinderen Mittels für schwer Kranke und schwangere Frauen, diese besonders schützenswerten Gruppen aus diesen Überlegungen ausgeschlossen wären, geht der Menschenrechtsbeirat davon aus, dass die Erwägungen, dem Kapitel IV.3.5. zur “kostenintensiven Behandlung” und im Kapitel IV.3.7. zur “Vorsorge für medizinische Versorgung nach der Haftentlassung” auch für Kranke und schwangere Frauen gelten müssen.

Der Menschenrechtsbeirat stellt in diesem Zusammenhang fest, dass sich die Anzahl der Personen im gelinderen Mittel im Jahr 2001 (662 Personen) gegenüber dem Jahr 2000 (1934 Personen) stark reduziert hat. Wenngleich das gelindere Mittel jedenfalls als humane Alternative zur Sicherung des Verfahren zur Erlassung eines Aufenthaltsverbotes oder einer Ausweisung oder zur Sicherung der Abschiebung zu werten ist, so gelten hinsichtlich der medizinischen Betreuung die selben Schranken, wie sie für in Schubhaft angehaltene Personen gelten. Aufgrund dieser Tatsache erachtet es der Menschenrechtsbeirat für geboten, auch für diese Fälle Überlegungen in Richtung Ausweitung des Versicherungssystems – nach dem Muster der Bundesbetreuung - anzustellen.

#### **1.4.3. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates**

- ? **Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, § 66 (1) FrG dahingehend zu ändern, dass in Analogie zu Minderjährigen bei schwer kranken Personen und schwangeren Frauen die Behörde gelindere Mittel anzuwenden hat. Nach Maßgabe des Einzelfalles sollte dieser besonders schützenswerten Personengruppe die notwendige fachgerechte medizinische, psychiatrische oder sozialen Versorgung zugeführt werden. Zur Abdeckung der Kosten sollte auch für diese Personengruppen das in diesem Bericht vorgeschlagene Versicherungssystem, nach dem Vorbild der Bundesbetreuung, ausgeweitet werden. [23]**
- ? **Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, auch das Institut des gelinderen Mittels in den Überlegungen zum Versicherungssystem für Schubhäftlinge zu berücksichtigen. [24]**

## **2. Erstuntersuchung, regelmäßige Untersuchungen, Folgebehandlung**

### **2.1. Allgemein**

#### **2.1.1. Problemaufriss**

Die Kommissionen berichten, dass auf die Frage nach der ärztlichen Untersuchung einige Angehaltene erklärten, dass lediglich Blutdruck und Puls gemessen würden, weitere körperliche Untersuchungen (Herz, Lunge..) seien nicht durchgeführt worden.

Die Untersuchung bei der Einweisung erfolge auf Haftfähigkeit (Gewicht, Größe, Blutdruck, Abhören von Herz und Lunge, subjektive Beschwerden). Es erfolge keine automatische Untersuchung auf Aids, Tuberkulose oder Hepatitis, auch Labortests würden nicht automatisch durchgeführt. Während der Befund den Verwaltungsstrafhäftlingen ausgehändigt werde, scheine dies bei den Schubhäftlingen vielfach nicht der Fall zu sein. Es würden zwar keine bewussten Unterschiede zwischen Verwaltungs- und Schubhäftlingen gemacht, PolizeiamtsärztInnen seien aber über bevorstehende Entlassungen meist gar nicht informiert. Personen, die auf dem Luftweg abgeschoben werden, würden auf ihre Flugfähigkeit hin untersucht. Teilweise berichten auch SchubhaftbetreuerInnen, dass sie immer wieder Untersuchungen für einzelne Schubhäftlinge anregen, die aber offenbar dann nicht durchgeführt werden würden.

Aus anderen PAZ wird berichtet, dass es sehr wohl Usus sei, Schubhäftlinge, die bei der Visite oder vor SanitäterInnen oder auf sonst eine Weise gesundheitliche Probleme ansprechen, umgehendst auf die Liste für eine Folgebehandlung gesetzt werden würden. Wenn sich jemand krank melde, würde er/sie somit auch dem/der AmtsärztIn vorgeführt werden, ansonsten sei alle 14 Tage eine routinemäßige Kontrolle durch den/die AmtsärztIn vorgesehen.

#### **2.1.2. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates**

Gemäß Pkt 1.11. des Erlasses sind PolizeiarrestantInnen wenigstens alle zwei Wochen zu untersuchen. Es muss ihnen aber bei begründetem Verlangen jederzeit die Möglichkeit gegeben sein, dem/der Polizeiamtsarzt/Polizeiamtsärztin vorgeführt zu werden. Für PAZ wird festgelegt, dass täglich eine polizeiärztliche Visite abzuhalten ist.

Angesichts der knappen Ressourcen des Polizeiärztlichen Dienstes, sowie der vielfachen sprachlichen und kulturellen Hemmnisse in der Kommunikation zwischen ÄrztInnen und

PatientInnen in der Schubhaft geht der Menschenrechtsbeirat grundsätzlich davon aus, dass PolizeiärztInnen auf Hinweise und Hilfestellungen, die medizinische Betreuung besser und zielgerichteter gestalten zu können, gerne zurückgreifen. SchubhaftbetreuerInnen erhalten in den vielfach muttersprachlich oder von DolmetscherInnen unterstützten Betreuungsgesprächen Kenntnis von medizinischen Problemen ihrer KlientInnen. Der Menschenrechtsbeirat geht davon aus, dass den Informationen der BetreuerInnen seitens des Polizeiärztlichen Dienstes professionell nachgegangen wird.

Die von den Kommissionen des Menschenrechtsbeirates georteten Mängel in der Ausgabe von Befunden an Schubhäftlinge sollen dadurch behoben werden, dass Schubhäftlingen – analog zu den PatientInnenrechten gemäß § 51 ÄrzteG (siehe unter II.2.) - die sie betreffenden Befunde auf Wunsch spätestens bei der Beendigung der Schubhaft in Kopie ausgehändigt werden.

### **2.1.3. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates**

**? Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, den Schubhäftlingen auf Wunsch gemäß den allgemeinen PatientInnenrechten die Befunde zu den sie betreffenden Untersuchungen in Kopie auszuhändigen und - angesichts der regelmäßigen Mittellosigkeit angehaltener Personen – auf einen Kostenersatz zu verzichten. [25]**

## **2.2. Ausstattung des ÄrztInnenzimmers/Intimität**

### **2.2.1. Problemaufriss**

Häufig bleibe die Tür zum ÄrztInnenzimmer offen, da es zuwenig Personal zur Überwachung der vor einer geschlossenen Tür wartenden Häftlingen gebe. Die Intimität der ärztlichen Behandlung leide darunter. Seitens der Schubhaftbetreuung werden auch die sehr unterschiedlichen Standards betreffend die Ausstattung der ÄrztInnenzimmer kritisiert.

Die Behandlung in Anwesenheit eines/r BeamtIn wird seitens der PolizeiärztInnen einerseits mit Sicherheitserwägungen begründet, andererseits sei die Anwesenheit einer dritten "unabhängigen" Person notwendig.

Auch das CPT bemängelte bei seinem Besuch vom 26.9. bis 7.10 1994<sup>38</sup>, dass, obwohl ein Arzt in einem PAZ in Wien über ein Ordinationszimmer verfüge, die Gespräche in der Zelle vor Mithäftlingen und WachebeamInnen stattgefunden hätten, was als nicht tragbarer Zustand erkannt wurde<sup>39</sup>.

### **2.2.2. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates**

Der Menschenrechtsbeirat erachtet die Intimität bei der Behandlung als wesentliche Voraussetzung der ärztliche Betreuung. Zur Anwesenheit des Wachpersonals bei der ärztlichen Untersuchung wird die Ansicht vertreten, dass dies aus medizinischer Sicht kein akzeptables Vorgehen ist. Als vertretbar wird angesehen, dass ein zum/r SanitäterIn ausgebildeteR SicherheitswachebeamIn mit weißem Mantel, der/die bei der Untersuchung zugegen ist, auch für die Sicherheit garantieren könnte. Der Menschenrechtsbeirat stellt weiters fest, dass es nicht Aufgabe des/der Polizeiamtsarztes/Polizeiamtsärztin sein kann, Häftlinge, die sich für die ärztliche Untersuchung vor dem Ordinationszimmer aufhalten, zu überwachen.

### **2.2.3. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates**

- ? **Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, medizinische Behandlungen außer Seh- und Hörweite von BeamInnen oder Mithäftlingen durchzuführen. [26]**
- ? **Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, ÄrztInnenzimmer hinsichtlich der Räumlichkeiten und der Ausstattung einheitlich – nach dem Standard einer Ordination eines/r praktischen Arztes/Ärztin – zu gestalten. [27]**

## **2.3. Schulung für AmtsärztInnen, WachebeamInnen und SchubhaftbetreuerInnen**

### **2.3.1. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates**

Hinsichtlich der psychischen Betreuung ist der Menschenrechtsbeirat der Ansicht, dass nicht unbedingt die routinemäßige Beziehung von professionellen psychischen BetreuerInnen erforderlich ist. Stattdessen sollen jene Personen, die in der Betreuung und Versorgung der angehaltenen Personen tätig sind (neben den AmtsärztInnen auch die SchubhaftbetreuerInnen und die WachebeamInnen bzw. SanitäterInnen), durch spezielle Schulungen für Symptome psychischer Auffälligkeiten sensibilisiert werden. Auch in diesem Fall wäre es in der Folge

---

<sup>38</sup> CPT (95) 1

<sup>39</sup> CPT (95) 1, §§ 84, 85, 86,87.

möglich, erst bei Verdachtsmomenten PsychiaterInnen bzw. PsychotherapeutInnen beizuziehen.

Gemeinsame Schulung von AmtsärztInnen, WachebeamtenInnen und SchubhaftbetreuerInnen könnten auch einen besseren Erfahrungsaustausch zu Problemen in der medizinischen Versorgung von angehaltenen Personen mit sich bringen.

### **2.3.2. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates**

? **Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, die Aufmerksamkeit von WachebeamtenInnen bzw. SanitäterInnen und SchubhaftbetreuerInnen gegenüber psychischen Auffälligkeiten angehaltener Personen durch gemeinsame Schulungen zu erhöhen.**  
[28]

## **3. Spezifische Problemlagen der medizinischen Betreuung von angehaltenen Personen**

### **3.1. Sprachliche Verständigung**

#### **3.1.1. Allgemein**

##### **3.1.1.1. Problemaufriss**

Die Kommissionen berichten, dass die Beiziehung von DolmetscherInnen bei der ärztlichen Untersuchung zum Großteil nicht üblich sei, nicht für nötig gehalten werde und in der Umsetzung für zu kompliziert erachtet werde. Kommunikationsprobleme seien nicht relevant. Eine Amtsärztin stehe auf dem Standpunkt, dass ein Gespräch nicht unbedingt erforderlich sei, sondern die nonverbale (Körper-) Sprache hinreichende Aussage bei auftretenden Schmerzen über die möglichen Ursachen geben könne.

Ein Amtsarzt in einem PAZ gibt an, dass es keine amtlichen Einschränkungen bei der Zuziehung von DolmetscherInnen gebe und es würde davon auch Gebrauch gemacht. Die Untersuchungen wären dennoch erschwert, da sich durch die Beiziehung von DolmetscherInnen die Aufnahmeuntersuchungen um Stunden verzögern und sich teilweise über den Dienstwechsel der PolizeiärztInnen erstrecken würden, wobei auch dann die Vollständigkeit der Symptomsuche nicht immer gesichert sei.

NGOs in der Schubhaftbetreuung weisen auf massive Sprachprobleme mit bestimmten Gruppen von Schubhäftlingen (etwa aus China) hin, die ohne DolmetscherInnen nicht zu beheben seien.

Der Auswertung der Fragebögen zur "Zukunft der Schubhaft" ist zu entnehmen, dass sich in jedem PAZ im Bereich des Polizeiärztlichen Dienstes zumindest eine Person auf Englisch mit einer zu untersuchenden Person verständigen kann, für die Mehrzahl der PAZ werden weitere Fremdsprachenkenntnisse angeführt, so etwa Französisch (6), Italienisch (5) oder Arabisch (2).

Mehrere PAZ führen an, dass teils jederzeit, teils notfalls DolmetscherInnen eingesetzt werden. Statistiken über den Einsatz von DolmetscherInnen im Jahr 2000 in den größeren PAZ können diese Angaben mit 2 bzw. 20 Einsätzen von DolmetscherInnen im Jahr nicht bestätigen. Eine Behörde führt an, dass es den ÄrztInnen freistehe, bei Sprachschwierigkeiten DolmetscherInnen anzufordern. Das Problem dabei sei allerdings, die Termine der ÄrztInnen und DolmetscherInnen zu koordinieren.

Verständigungsschwierigkeiten seien manchmal auch verantwortlich dafür, dass Insassen nicht oder spät dem Arzt vorgeführt werden.

### **3.1.1.2. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates**

Die sprachliche Verständigung ist im Bereich der Schubhaft wohl eine der wesentlichsten und größten Probleme. Die Verständigung ist gerade in der medizinischen Betreuung von großer Bedeutung – dies sowohl im präventiven Umgang mit Erkrankungen, wie auch bei der Behandlung von Krankheiten selbst. Kommunikation eröffnet auf Seiten der Angehaltenen die Möglichkeit der Ablenkung vom monotonen Haftalltag, kann Informationen verständlicher transportieren und gibt die Möglichkeit Anliegen selbst vorzubringen. Auf Seiten der BetreuerInnen können im Rahmen der medizinischen Versorgung Anliegen, körperliche Beschwerden und psychische Probleme besser verstanden werden und eröffnen damit bessere Wege der individuellen Betreuung. Der Menschenrechtsbeirat ist aufgrund dieser Erwägungen der Ansicht, dass die Beiziehung von DolmetscherInnen zur medizinischen Begutachtung und Behandlung angehaltener Personen stark forciert werden soll.

Bei auftretenden Sprachproblemen wird vielfach auf Hilfestellungen "gleichsprachiger" Häftlinge zurückgegriffen. Diese Praxis ist zwar als positive Initiative und Möglichkeit anzusehen, kann aber die Beiziehung von DolmetscherInnen gerade in schwierigen Fällen nicht ersetzen.

Der Polizeiärztliche Dienst sollte ehestmöglich über die Sprachkenntnisse von Personen informiert werden, die auf ihre Haftfähigkeit zu untersuchen sind, sowie über eine Liste von DolmetscherInnen verfügen, die auf den Standort des PAZ und auf die bei angehaltenen Personen anzutreffenden Sprachen abgestimmt sind.

Dem Menschenrechtsbeirat erscheint die Beiziehung von DolmetscherInnen zur Prüfung der Haftfähigkeit in jenen Fällen, in denen eine ausreichende sprachliche Kommunikation anders nicht gewährleistet werden kann, dringend geboten, wiewohl ihm bewusst ist, dass sich im Einzelfall eine zeitgerechte Beiziehung längstens binnen 24 Stunden als sehr schwierig erweisen kann. In diesen Fällen empfiehlt der Menschenrechtsbeirat, DolmetscherInnen ehestmöglich zu einer Folgeuntersuchung beizuziehen.

Als Pilotprojekte für größere Polizeianhaltezentren schlägt der Menschenrechtsbeirat vor, den PolizeiärztInnen in regelmäßigen Abständen DolmetscherInnen in den hauptsächlich gesprochenen Fremdsprachen zur Visite beizustellen, sodass der polizeiärztliche Dienst beispielsweise vierzehntägig mit allen farsi-sprachigen Schubhäftlingen aus Iran und Afghanistan sprechen und sie gegebenenfalls untersucht kann.

### **3.1.1.3. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates:**

- ? **Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt,**
  - ? **den Polizeiärztlichen Dienst jeweils ehestmöglich über die Sprachkenntnisse von Personen zu informieren, die auf ihre Haftfähigkeit zu untersuchen sind;**
  - ? **die Beiziehung geeigneter DolmetscherInnen zur medizinischen Begutachtung und Behandlung angehaltener Personen zu forcieren;**
  - ? **den PolizeiärztInnen DolmetscherInnenlisten zur Verfügung zu stellen;**
  - ? **bei der Auswahl des medizinischen Personals, insbesondere bei HonorarärztInnen, verstärkt auch auf sprachliche Qualifikationen Bedacht zu nehmen.**
  - ? **in größeren Polizeianhaltezentren den PolizeiärztInnen in regelmäßigen Abständen DolmetscherInnen in den hauptsächlich gesprochenen Fremdsprachen zur Visite beizustellen. [29]**



### **3.1.2. Anamnesebögen**

#### **3.1.2.1. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates**

Eine Kommission des Menschenrechtsbeirates berichtet von einer Behörde, die die in verschiedenen Sprachen vorliegenden Anamnesebögen grundsätzlich nicht verwende. Der Menschenrechtsbeirat geht davon aus, dass dieser Mangel nur vereinzelt vorkommt und weist daraufhin, dass die Anamneseblätter in allen übersetzten Sprachen aufliegen und verwendet werden sollten. Unter Verweis auf die Empfehlung unter Kapitel IV.1.3.3. über die Erweiterung des Anamnesebogens sollte dieser in der dort empfohlenen Version in die erforderlichen Sprachen übersetzt werden.

#### **3.1.2.2. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates**

? **Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, Anamnesebögen in der durch diesen Bericht vorgeschlagenen Fassung an allen PAZ in den erforderlichen Sprachen aufzulegen - bzw. EDV-unterstützt abrufbar zu machen - und deren tatsächliche Verwendung in der Praxis zu kontrollieren. [30]**

### **3.1.3. Sprachenproblem im Zusammenhang mit besonders gefährdeten Gruppen**

#### **3.1.3.1. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates**

Die Relevanz einer sprachlichen Verständigung wird insbesondere bei besonders gefährdeten Gruppen, wie traumatisierten oder psychisch labilen Angehaltenen evident. Anhand des Suizids eines Schubhäftlings im PAZ Schwechat (siehe Kapitel IV.3.3.) zeigt sich, dass durch sehr eingeschränkte Kommunikationsmöglichkeiten eine fachgerechte Diagnose und Behandlung nicht erfolgen kann. Übersetzungshilfen durch Freunde, Angehörige oder Mithäftlinge können für ein Arzt-Patienten-Gespräch nur unzureichende, - weil unprofessionelle - Hilfestellungen bieten. Der Menschenrechtsbeirat erachtet jedenfalls bei psychisch auffälligen Personen die Beiziehung von DolmetscherInnen als notwendig.

#### **3.1.3.2. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates**

? **Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt insbesondere in Fällen, in denen der Verdacht auf Selbstgefährdung oder psychische Auffälligkeiten besteht, professionelle DolmetscherInnen heranzuziehen. [31]**

## 3.2. Hungerstreik

### 3.2.1. Allgemein

#### 3.2.1.1. Problemaufriss

Wie kein anderes Thema wird der Problembereich des Hungerstreiks von Kommissionen aufgrund ihrer Besuche in den einzelnen Dienststellen immer wieder problematisiert. Wiederholt wird angemerkt, dass die Betreuung von Hungerstreikenden insgesamt sehr problematisch sei und die Ausarbeitung von einheitlichen Richtlinien für dringend notwendig erachtet werde.

Die Kommissionen berichten, dass beispielsweise einige Personen, die sich seit mehreren Tagen im Hungerstreik befanden, von keinem/r Arzt/Ärztin in diesem Zeitraum untersucht worden seien. Teilweise wird berichtet, dass eine ärztliche Untersuchung einiger Hungerstreikender erst mehrere Tage nach Beginn des Hungerstreiks stattgefunden hätte. Erstuntersuchungen, um den Grundzustand und die Vitalfunktionen von Häftlingen festzustellen, fanden teilweise nicht statt. Verschiedentlich werde lediglich dokumentiert, dass ein Häftling in Hungerstreik getreten sei, ohne zu vermerken, wann oder ob er/sie überhaupt untersucht und welche Diagnose gestellt wurde. Weder Gewicht, noch Blutdruck, noch Pulsmessung würden dokumentiert, sondern lediglich der Austrocknungsgrad der Haut und der psychische Zustand.

Im Rahmen der "Zukunft der Schubhaft" wurde erhoben, wie viele Meldungen und Entlassungen infolge Hungerstreiks durchschnittlich in einem Monat erfolgen bzw. wie lange ein durchschnittlicher Hungerstreik dauert? Die Evaluierung dieser Fragen ergab, dass österreichweit durchschnittlich 110 bis 120 Meldungen monatlich zu vermerken sind. Bei starken regionalen Schwankungen würden etwa 10 Prozent der Schubhäftlinge einmal im Verlauf ihrer Anhaltung in Hungerstreik treten. Die durchschnittliche Dauer schwankt in einer Bandbreite von 2 bis 20 Tagen zwischen den einzelnen PAZ beträchtlich. Die Hälfte der Hungerstreiks endet mit der Entlassung aus der Schubhaft.

PAZ	Meldungen	Entlassungen	Durchschnittliche Dauer (Tage)
A	74	42	12,5
B	Max. 1	max. 1	3-5
C	1-2	0-1	Ca. 10
D	3	0	3,8
E	5-8	2	14-20
F	1- 2	0	7-10
G	0-1	0-1	2-3
H	1-2	0-1	5

I	ca. 3	1,5	6,5
J	11	5-6	12
K	ca. 4	ca. 1	7-8
L	ca. 1	0	4-8
M	2	0	2
N	2	k.A.	10
<u>O</u>	<u>2-3</u>	<u>k.A.</u>	<u>Ca. 14</u>
in Summe	110-119	51-57 + 2 Mal k.A.	

Quelle: Auswertung der Fragebögen zur "Zukunft der Schubhaft"<sup>40</sup>

### 3.2.1.2. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates

Im Bereich des Hungerstreiks lassen sich verschiedene Aspekte für Ursachen von Hungerstreiks herausfiltern:

- Hungerstreik mit dem Ziel, aus der Haft entlassen zu werden;
- Hungerstreik aus Protest, um verbesserte Anhaltebedingungen durchsetzen zu können (zB den Zugang zu einem Telefon);
- Hungerstreik aus rein psychischen Gründen.

Der Menschenrechtsbeirat geht davon aus, dass eine Enthaltungsquote von etwa 50 Prozent aufgrund von Haftunfähigkeit infolge eines Hungerstreiks auch in Zukunft Schubhäftlinge motivieren wird, in Hungerstreik zu treten. Das Problem "Hungerstreik" bleibt bestehen, solange damit eine Entlassung aus der Schubhaft erreicht werden kann.

Mangels vertretbarer Alternativen liegen Chancen zur Entschärfung der Problematik in einem professionellen Umgang mit hungerstreikenden Schubhäftlingen und ihren Motiven, in einer verbesserten Betreuung durch den polizeiärztlichen Dienst, die Schubhaftbetreuung und - in besonderen Fällen - von geeigneten PsychologInnen. Kein akzeptables Vorgehen sieht der Menschenrechtsbeirat im Entzug von Rechten, die in der Anhalteordnung jedenfalls garantiert werden (zB Verbot bzw. Einschränkung des täglichen Spazierganges im Freien).

Über seine Befassung mit dem Problembereich Hungerstreik im Oktober 2000 hinaus, befürwortet der Menschenrechtsbeirat, die in der AnhO bislang vorgesehenen Sanktionsmöglichkeiten im Fall eines Hungerstreiks (Einzelhaft, Rauch-, Einkaufs- und Besuchsverbot) zu streichen.

---

<sup>40</sup> Siehe auch parlamentarische Anfrage 1156/AB XXI.GP im Anhang.

Der Menschenrechtsbeirat hat im Oktober 2000 aufgrund eines Dringlichkeitsberichtes einer Kommission des Menschenrechtsbeirates zum Problembereich Hungerstreik folgende Empfehlungen abgegeben:

Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt

- ? die betreuenden Beamten und Beamtinnen in den Polizeigefangenenhäusern zu informieren, dass "Hungerstreik" von Schubhäftlingen ein psychologisches Problem darstelle, das nicht durch Disziplinarmaßnahmen gelöst werden könne;
- ? dafür Sorge zu tragen, dass die Rechte der Schubhäftlinge im "Hungerstreik" nur in den in der AnhO genannten Fällen beschränkt werden;
- ? die medizinische Betreuung der Schubhäftlinge im "Hungerstreik" zu überprüfen und zu vereinheitlichen;
- ? im Rahmen der Untersuchung von Schubhäftlingen im "Hungerstreik" Gespräche über die vorhandenen Symptome geführt werden und dabei diese Symptome abgeklärt werden;
- ? die Schubhäftlinge über die gesundheitlichen Folgen eines längeren Hungerstreiks aufzuklären;
- ? dem Amtsarzt für Gespräche mit Schubhäftlingen im "Hungerstreik", insbesondere mit jenen, die sich bereits längere Zeit im Hungerstreik befinden, DolmetscherInnen der jeweiligen Landessprache des Schubhäftlings zur Verfügung zu stellen;
- ? die Gespräche des Amtsarztes mit den Schubhäftlingen im "Hungerstreik" in geeigneter Weise zu dokumentieren; als Grundlage dafür könnte insbesondere das beiliegende Formular "Hungerstreik – MELDUNG" des PAZ Linz herangezogen werden.

In der Folge wird auf einzelne Themenbereiche im Zusammenhang mit Hungerstreik gesondert eingegangen.

### **3.2.2. Untersuchungen bei Hungerstreik**

#### **3.2.2.1. Problemaufriss**

Als Standard wird in der überwiegenden Anzahl von PAZ (zehn PAZ) eine tägliche Vorführung beim Amtsarzt/ bei der Amtsärztin angegeben, wobei einmal ergänzt wird, im Bedarfsfall ärztliche Untersuchungen auch in einem kürzeren Intervall zu veranlassen. Ein PAZ gibt an, dass die Untersuchung von hungerstreikenden Personen während der Amtsarztzeiten, erforderlichenfalls täglich durchgeführt werden würden. In einem anderen

PAZ würden die hungerstreikenden Schubhäftlinge in zweitägigen Abständen, bei Bedarf aber auch täglich, untersucht.

Besonders angeführt wird in der Beantwortung der Fragebögen zur "Zukunft der Schubhaft" die Kontrolle folgender Merkmale: Gewicht (7<sup>41</sup>), Blutdruck (6), Puls, Hautturgor, Zunge (je 5), Blutzuckerwerte (4), Allgemeinzustand, psychischer Zustand (je 3), Exsikosezeichen, Body-Maß-Index, Harn (je 2), Hämatokrit, Peristaltik, Ansprechbarkeit, Größe, Herz- und Lungenfunktion, Inspektion Mund- und Rachenraum (je 1 Nennung).

In einem PAZ umfasse die tägliche Visite den Standard einer Haftfähigkeitsuntersuchung mit zusätzlichen Blutzuckerkontrollen und zumindest einer wöchentlichen internen Kontrolle an der Klinik. Ein weiteres PAZ lasse bei Notwendigkeit eine stationäre bzw. ambulante Behandlung (Infusionen) in einem Krankenhaus vornehmen. Ein anderes PAZ verweist darauf, dass sich der Umfang der Untersuchung nach dem vorgegebenen Untersuchungsformular ("Hungerstreik-Formular") richte. Weiters werde eine Liste über erfolgte Nahrungsaufnahme sowie eine Wiegeliste angelegt.

Eine NGO in der Schubhaftbetreuung nimmt wahr, dass sich im Fall von Hungerstreik die medizinische Versorgung auf eine grobe Beurteilung beschränke. Die Prüfung des Mineralhaushaltes und einzelner betroffener Organfunktionen finde in der Regel nicht statt. Eine medizinische Versorgung darüber hinaus erfolge nach Angaben von Inhaftierten nicht. Die psychische Verfassung der sich in Hungerstreik befindenden Person sei ohne Überstellung in eine Krankenanstalt in den meisten Fällen nicht wirklich abklärbar.

Die erforderlichen Untersuchungen sind am Hungerstreikformular wiedergegeben. Für weitere Untersuchungen wäre teilweise die Blutabnahme erforderlich, was allerdings nur nach Zustimmung der betroffenen Person möglich wäre. Aus diesem Grund wird von den PolizeiamtsärztInnen vom Gesamteindruck ausgegangen.

Bei der Behandlung von hungerstreikenden Personen wird der Konflikt zwischen gutachterlicher Tätigkeit und kurativer Tätigkeit am stärksten deutlich.

Der chefärztliche Dienst geht davon aus, dass Hungerstreik kein medizinisch lösbares Problem sei, da die Beweggründe für einen Hungerstreik nicht im medizinischen Bereich

liegen würden. Sehr wohl würden jedoch die medizinisch relevanten Folge- und Begleiterscheinungen, die im Verlauf eines Hungerstreiks auftreten können, behandelt. Ein therapeutisches Einwirken auf PatientInnen, die ihre Haftunfähigkeit bewusst herbeiführen wollen, sei oftmals schwierig, da PolizeiamtsärztInnen von den Angehaltenen in dieser Situation als "Erfüllungsgehilfen" des Staates angesehen werden würden. Berichte von PolizeiamtsärztInnen weisen jedoch darauf hin, dass in manchen Fällen Schubhäftlinge nach medizinischen Beratungsgesprächen ihren Hungerstreik beendet haben.

### **3.2.3. Kriterien für Haftunfähigkeit bei Hungerstreik**

#### **3.2.3.1. Problemaufriss**

Derzeit gibt es keine Standards nach denen die Haftfähigkeit oder -unfähigkeit wegen Hungerstreik beurteilt wird. Es wird von Arzt/Ärztin zu Arzt/Ärztin teilweise sehr unterschiedlich nach einem Gesamteindruck entschieden, ob eine Person für haftunfähig erklärt werden sollte oder nicht. Der Gesamteindruck beruht auf den im Formular "Hungerstreik" angeführten Untersuchungen. Nach Ansicht des polizeiärztlichen Dienstes sei das Abstellen auf den Gesamteindruck zwar nicht befriedigend, es gebe allerdings momentan keine Alternative.

#### **3.2.3.2. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates**

Der Menschenrechtsbeirat ist der Ansicht, dass ein wissenschaftlicher Diskurs zu den Auswirkungen eines Hungerstreiks unter den PolizeiamtsärztInnen zu einer Annäherung in der Beurteilung der Haftfähigkeit bei Hungerstreik führen sollte. Auch eine zusätzliche neurologische Untersuchung bei hungerstreikenden Personen scheint dem Menschenrechtsbeirat überlegenswert.

Der Chefärztliche Dienst hat im Zuge der Befassung mit dem gegenständlichen Bericht unter GZ 6370/662-II/22/01 am 19.12.2001 folgende Empfehlungen betreffend Hungerstreikbetreuung durch PolizeiärztInnen in Polizeianhaltezentren an die Gruppe A Bundespolizei im BMI formuliert:

*"Ab Meldung des Hungerstreikes ist täglich eine klinische Untersuchung mit Dokumentation aller Parameter entsprechend dem Hungerstreikformular und zusätzlich auch tägliche*

---

<sup>41</sup> Anzahl der Nennungen

*Erhebung der Pulsoxymetrie verpflichtend. Bei Hungerstreikmeldung ist auch einmal ein Harnbefund sinnvoll.*

*Ab einem 10 %igen Gewichtsverlust (berechnet auf das Ausgangsgewicht – ausgenommen extremes Untergewicht als Ausgangsgewicht) ist eine engmaschige Observanz sinnvoll. Es ist dabei täglich eine Entlassung zu überlegen. Zusätzlich sind Kontrollen durchzuführen, mit folgendem Inhalt: Jeden 2. Tag Blutzucker, Hämatokrit und Harnbefund auf Eiweiß und Erthrocyten – (zB.: Combur-Test (5)).*

*Ab dem 10 %igen Gewichtsverlust sind über Entscheidung des betreuenden Arztes weitere Blutkontrollen bzw. Ausführungen in Spitäler sinnvoll.*

*Als sinnvolle Blutkontrollen werden erachtet: Blutzucker, Hämatokrit, CK, Kalium, fakultativ auch EKG, wobei besonders auf Q/T-Verlängerungen bzw. T-Wellen Veränderungen zu achten ist.*

*Nach 14 Tagen Hungerstreik ist in jedem Fall auch die Beiziehung eines Psychiaters verpflichtend, fakultativ natürlich auch früher.“*

### **3.2.3.3. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates**

**? Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, den wissenschaftlichen Diskurs zu den Auswirkungen eines Hungerstreiks unter den PolizeiamtsärztInnen, etwa unter Einbeziehung neuer Erkenntnisse und Einladung von ExpertInnen, zu fördern. [32]**

### **3.2.4. Betreuung von hungerstreikenden Personen**

#### **3.2.4.1. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates**

Der Menschenrechtsbeirat vertritt die Auffassung, dass neben der präventiven Verbesserung der Anhaltebedingungen und dem Angebot von Beschäftigung einer intensivierten Betreuung einer in Hungerstreik befindlichen Person erhöhte Bedeutung zukommt. Die lokalen Einrichtungen der Schubhaftbetreuung sollten ehestmöglich von einem (angekündigten) Hungerstreik informiert werden, damit der betreffenden Person im Rahmen von Betreuungsgesprächen so bald wie möglich ein "Ausstiegsszenario angeboten" werden kann. Die Besuchsmöglichkeiten sollten großzügig - mitunter auch in der (Kranken-)Zelle - gehandhabt werden.

Die Einrichtungen der Schubhaftbetreuung sollten darin unterstützt werden, sich fachlich zur Betreuung von Menschen im Hungerstreik weiterzubilden. Dies könnte durch gemeinsame Schulungen mit dem polizeiärztlichen Dienst und Sicherheitswachebeamte ebenso wie durch Förderung eigener Fortbildungsmaßnahmen erfolgen.

#### **3.2.4.2. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates**

- ? **Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, die lokale Einrichtung der Schubhaftbetreuung von der Ankündigung oder dem Beginn eines Hungerstreiks ehestmöglich zu informieren. [33]**
- ? **Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, die Besuchsmöglichkeiten von Schubhäftlingen im Hungerstreik großzügig zu handhaben und auch Besuche in der (Kranken-)Zelle zu ermöglichen. [34]**
- ? **Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, SchubhaftbetreuerInnen zu gemeinsamen Schulungen mit dem Polizeiärztlichen Dienst und SicherheitswachebeamtenInnen einzuladen bzw. eigenständige Fortbildungsmaßnahmen zu diesem Zweck zu fördern. [35]**

#### **3.2.5. Sanktionen bei Hungerstreik**

##### **3.2.5.1. Problemaufriss**

In den meisten PAZ erfolgt nach Kenntnisnahme vom Hungerstreik die Meldungslegung durch den Beamten/die Beamtin an den/die Amtsarzt/Amtsärztin, die PAZ-Verantwortlichen, die Fremdenpolizei, sowie die Betreuungsorganisation. Weiters werden folgende Praktiken angewandt: die Aufnahme in eine Liste von Hungerstreikern (1), die Arztvorführung (3), die tägliche Arztvorstellung inkl. Haftfähigkeitsprüfung (5), das Anlegen des Formulars für Hungerstreik (3), das Ausfolgen des Infoblattes über Risiken (4), die gesonderte Unterbringung (3), Gespräch(e) mit dem Schubhäftling über Ursachen und Beendigung des Hungerstreiks (3), die Einleitung disziplinarer Maßnahmen (4), das einmal täglich nachweisliche Angebot von Essen und Coca-Cola (2)

Das Besuchsverbot anlässlich eines Hungerstreiks wird gemäß der Evaluierung der Fragebögen im Rahmen der "Zukunft der Schubhaft" in zehn PAZ - und damit in der Mehrzahl derartiger Einrichtungen - nicht zur Anwendung gebracht. Ein PAZ vollzieht Besuchsverbote nur selten, ein anderes im Anlassfall, ein drittes fallbezogen für Angehörige, ein viertes PAZ dann nicht, wenn die Möglichkeit besteht, dass ein Hungerstreik durch einen



Besuch beendet wird. Im Wirkungsbereich einer Behörde, die Besuchsverbote infolge Hungerstreiks in der Praxis kaum angewandt hat, wird von der Schubhaftbetreuung die wiederkehrende Kritik von Angehörigen angeführt, dass Besuche nicht zugelassen wurden; die BeamtenInnen seien offenbar davon überzeugt, dass Hungerstreik automatisch ein Besuchsverbot (und Telefonverbot) nach sich ziehe.

Die Maßnahme der Einzelhaft infolge eines Hungerstreiks erfolge regelmäßig (1), eher selten (4), nur in Einzelfällen (1), im Anlassfall (1), gar nicht (4), wird auf Grund baulicher Maßnahmen vorübergehend nicht angewandt (2). Ein PAZ führt hier an, dass Einzelhaft nur bei größeren Verstößen gegen die AnhO verhängt werde. Eine Behörde hält je nach Situation, die für eine Förderung der Nahrungswiederaufnahme vorteilhaft erscheint, den Häftling in Gemeinschaft, aber auch fallweise in Einzelhaft an. Ebenso wird hier mit den Hafterleichterungen, wie Zellenöffnung und Fernsehen, verfahren.

Im Fall eines Hungerstreiks wird ein Rauchverbot aus medizinischen Gründen bei jedem Hungerstreik (4 PAZ), in wenigen Einzelfällen bzw. sehr selten (5), ausschließlich vom Amtsarzt (1), nur in Absprache mit dem Arzt (1), anlassbedingt (2) verhängt. In einem PAZ, in dem zunächst bei Hungerstreik grundsätzlich Rauchverbote verhängt werden, werden in Absprache mit dem Arzt Lockerungen gewährt. Eine BPD berichtet, dass das angeordnete Rauchverbot vollzogen wird, während in einem anderen PAZ darauf aufmerksam gemacht wird, dass eine restriktive Kontrolle der Einhaltung des Rauchverbotes in der Praxis, insbesondere aus Gründen der Verhältnismäßigkeit, kaum umzusetzen sei.

Als weitere Maßnahmen aufgrund von Hungerstreiks werden von den PAZ genannt: Kantinenverkaufsverbot (2), Telefonierverbot bzw. -einschränkungen (5), Einschränkungen des Aufenthalts im Gemeinschaftsraum (1), sowie entgegen den Bestimmungen der AnhO ein Verbot bzw. eine Einschränkungen des Spaziergangs im Freien (3).

### **3.2.5.2. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates**

Gemäß § 10 Abs 4 AnhO sind Häftlinge, die in Hungerstreik getreten sind, um ihre Haftunfähigkeit herbeizuführen, ohne unnötigen Aufschub dem/der Arzt/Ärztin vorzuführen; dieseR hat das medizinisch Gebotene festzustellen und die Häftlinge darüber in Kenntnis zu setzen. Hierbei ist insbesondere zu entscheiden, ob die Häftlinge für die Dauer des Hungerstreiks in einer Krankenzelle in Einzelhaft angehalten werden und einem Rauchverbot

unterliegen sollen. Neben dieser generellen Ausführung zur ärztlichen Versorgung von Hungerstreikenden, bestimmt die AnhO auch, dass die Anhaltung eines Häftlings auch in Einzelhaft erfolgen kann, solange sich der Häftling seiner Ankündigung entsprechend weigert, zu essen und zu trinken (§ 5 Abs 3 Z 6 AnhO) und das Rauchverbot über ärztliche Anordnung, insbesondere im Falle eines Hungerstreiks (§ 14 Abs 2 Z 1 AnhO).

Der Menschenrechtsbeirat weist nachdrücklich darauf hin, dass nach der geltenden AnhO im Zusammenhang mit Hungerstreik eine Anhaltung in Einzelhaft, ein Rauch- oder Besuchsverbot ausschließlich vom/von der Arzt/Ärztin im Einzelfall nach medizinischen Erwägungen zu entscheiden ist - und nicht (wie auch berichtet) von einer Behörde (oder einzelnen SicherheitswachebeamtenInnen) als Regelfall nach disziplinarischen Erwägungen, wo nur die Lockerungen der Sanktionen in Absprache mit dem/der Arzt/Ärztin gewährt werden.

Insbesondere werden die in einzelnen PAZ praktizierten Sanktionen, die keine Deckung in der AnhO finden und menschenrechtliche Mindeststandards unterlaufen, wie etwa ein Verbot bzw. eine Einschränkung des Spaziergangs im Freien im Fall eines Hungerstreiks, kritisiert. Der Menschenrechtsbeirat weist in diesem Zusammenhang auf die Empfehlung vom Oktober 2000 hin, die nach nunmehr einem Jahr als nicht umgesetzt betrachtet werden muss.

Der Menschenrechtsbeirat geht davon aus, dass Sanktionierungen allein aufgrund eines Hungerstreiks die Situation unnötig aufschaukeln könnten. Sanktionierungen, wie die Anhaltung in Einzelhaft, das Fernhalten von Ausspeisungen und dgl. wirken im Gegenteil kontraproduktiv oder können zu "Trotzreaktionen" seitens der Hungerstreikenden führen. Der Menschenrechtsbeirat ist aus diesem Grund der Ansicht, dass alleine der Umstand, dass eine angehaltene Person sich in Hungerstreik befindet, zu keiner Verschlechterung der allgemeinen Anhaltebedingungen führen sollte.

Der Menschenrechtsbeirat ist unter Einbeziehung von ExpertInnen im Zuge des vorliegenden Berichtes zu dem Entschluss gelangt, dass in Weiterführung der im Oktober 2000 abgegebenen Empfehlung, Sanktionen bei Hungerstreiks nicht zielführend sind.

Auf Maßnahmen im Sinne der §§ 5 Abs. 3 Z 6, 10 Abs. 4 Z 1 und 2, 14 Abs. 2 Z 1, 18 Abs. 2 und 21 Abs. 5 AnhO sollte verzichtet werden, soweit sie nicht medizinisch begründet und im Einzelfall vom zuständigen Arzt ausgesprochen werden. Die Zurücknahme von

Vergünstigungen, die in einzelnen PAZ über die Standards der AnhO hinaus gewährt werden, wird hingegen nicht als Problem gesehen, sofern sie nicht dem Ziel, auf eine Beendigung des Hungerstreiks hinzuwirken, zuwiderlaufen.

### **3.2.5.3. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates**

- ? **Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, sicherzustellen, dass den ÄrztInnen gemäß geltender AnhO vorbehaltene Maßnahmen bzgl. Hungerstreik auch tatsächlich nur von ÄrztInnen angeordnet werden und dies im Einzelfall medizinisch begründet erfolgt. [36]**
- ? **Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, die die Schubhaft vollziehenden Behörden darauf hinzuweisen, dass eine Beschränkung oder Verhinderung der Bewegung im Freien als disziplinierende Maßnahme gegenüber Hungerstreikenden nicht rechtskonform ist. [37]**
- ? **Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, (auch im Rahmen einer allfälligen Neufassung der Anhalteordnung) von Maßnahmen wie Sanktionierungen oder Einschränkungen der Rechte von Angehaltenen allein auf Grund eines Hungerstreiks Abstand zu nehmen, soweit solche Maßnahmen nicht – wie nach § 10 Abs. 4 AnhO – medizinisch begründet sind und im Einzelfall vom zuständigen Arzt ausgesprochen werden. [38]**

### **3.2.6. Aufklärung über Konsequenzen/Folgen des Hungerstreiks**

#### **3.2.6.1. Problemaufriss**

Nahezu alle PAZ verweisen hier auf ein entsprechendes Informationsblatt des BMI, das in bis zu 23 Sprachen aufliege. Teilweise erfolge die Abgabe des Informationsblattes an den Schubhäftling gegen eine Übernahmebestätigung.

Weiters werden zur Aufklärung des Schubhäftlings Gespräche mit dem Amtsarzt (7 PAZ), mit dem Amtsarzt im Beisein von DolmetscherInnen (1), mit der Schubhaftbetreuung (4), mit dem Tagdienstkommandanten (1), dem Sanitäter (1), BeamtInnen der Fremdenpolizei (1), sowie dem Gefangenenhauspersonal (1) angeführt. Im Zuge der täglichen Amtsarztvorführungen versucht der Amtsarzt im Wirkungsbereich einer BPD darüber hinaus unter Hinweis auf die etwaigen negativen gesundheitlichen Folgen eines Hungerstreiks Häftlinge zum Abbruch desselben zu bewegen. In einem anderen PAZ wird versucht, zumindest zum Trinken zu animieren. Eine NGO in der Schubhaftbetreuung gibt die Ansicht angehaltener Personen wieder, wonach durch den Amtsarzt keine sachliche Aufklärung über

Folgen eines Hungerstreiks erfolge. Ein Informationsblatt sei nicht bekannt. Personen im Hungerstreik würden sich hier Drohungen und Einschüchterungen des Polizeiarztes ausgesetzt sehen.

### **3.2.6.2. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates**

Der Menschenrechtsbeirat begrüßt die Erstellung des Informationsblattes über die gesundheitlichen Konsequenzen des Hungerstreiks, äußert jedoch Bedenken darüber, dass eine persönliche Aussprache seitens des amtsärztlichen Dienstes gemeinsam mit einem/r DolmetscherIn lediglich in einem PAZ Praxis sein dürfte. Selbst wenn die Information der gesundheitlichen Konsequenzen schriftlich ausgehändigt werden würden, ist der Menschenrechtsbeirat dennoch der Ansicht, dass diese persönliche Gespräche nicht ersetzen können.

### **3.2.6.3. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates**

**? Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, hungerstreikenden Angehaltenen erhöhte Aufmerksamkeit zu schenken. Neben der Weitergabe der Informationsblätter über die gesundheitlichen Konsequenzen sollte verstärkt im persönlichen Gespräch durch PolizeiamtsärztInnen oder SanitäterInnen unter Einbeziehung von DolmetscherInnen auf die gesundheitlichen Konsequenzen hingewiesen werden und sollten SicherheitswachebeamtenInnen, SchubhaftbetreuerInnen oder andere angehaltene Personen in die Kommunikation eingebunden werden. [39]**

## **3.2.7. Frage des “Freipressens” durch Hungerstreik**

### **3.2.7.1. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates**

Der Menschenrechtsbeirat geht davon aus, dass eine die vorstehenden Erwägungen und Empfehlungen berücksichtigende Haltung der Behörden gegenüber Schubhäftlingen im Hungerstreik (Verzicht auf Disziplinarmaßnahmen, zugleich Verstärkung der Gesprächs- und psychologischen Betreuung sowie Einbeziehung der Schubhaftbetreuung) geeignet ist, in den meisten Fällen eine Beendigung des Hungerstreiks herbeizuführen. Der Menschenrechtsbeirat wird in dieser Auffassung durch die einschlägigen Erfahrungen mit Hungerstreiks in Justizanstalten bestärkt, die der Bundesminister für Justiz in einem Schreiben an den Bundesminister für Inneres vom 26. März 2002 wie folgt zusammenfasst:

*“Wenn ein Häftling einen Hungerstreik ankündigt, wird sein Gewicht festgestellt und in der Folge regelmäßig kontrolliert. Ansonsten werden gegen diese Häftlinge k e i n e (Zwangs)Maßnahmen ergriffen. Sie bekommen ihre Mahlzeiten ebenso wie die anderen. Daneben bemühen sich je nach Einzelfall Psychologen/innen, Psychiater/innen und Sozialarbeiter/innen ebenso wie die Seelsorger, auf die Häftlinge einzuwirken und ihnen die für sie bestehende Schädlichkeit dieser Vorgangsweise zu erklären.*

*Es ist noch einmal festzuhalten, dass im österreichischen Strafvollzug keine Zwangsernährungen durchgeführt werden, sondern vielmehr die Justizanstalten mit psychologischen Mitteln Eskalationen vermeiden. Dies hat zur Folge, dass weder die Justizwachbeamten/innen noch die Ärzte/innen der Allgemeinmedizin im österr. Strafvollzug nähere Erfahrungen im Umgang mit hungerstreikenden Häftlingen haben. Lediglich die oben genannten Mitarbeiter/innen der sogenannten Betreuungsdienste bemühen sich in fachlich geführten Gesprächen, die Häftlinge vom Hungerstreik abzubringen.*

*In den letzten Jahrzehnten kam es daher in den Bereichen Untersuchungshaft und Strafhaft lediglich ganz vereinzelt zu einer Situation, dass ein Häftling durch den Hungerstreik – dessen Durchführung außer der Gewichtskontrolle nicht überprüft wird – in gesundheitliche Gefahr geriet. In diesen Fällen werden die Häftlinge in das nächstgelegene Spital überstellt, wo eine intravenöse Ernährung durchgeführt wird, gegen die in den vergangenen 20 Jahren nie ein Widerstand geleistet wurde.*

*Seit 1999 waren lediglich zwei künstliche Ernährungen in der Dauer von 14 und 27 Tagen zu verzeichnen, die mit Zustimmung der Betroffenen durch die oben genannte Infusionsbehandlung durchgeführt wurden.”*

Für diese Haltung des Menschenrechtsbeirats spricht auch der Umstand, dass es derzeit offenkundig zu auffallend großen Unterschieden zwischen den einzelnen Polizeianhaltezentren hinsichtlich der durchschnittlichen Dauer der Hungerstreiks wie auch des Anteils der Entlassungen kommt. (In einzelnen Polizeianhaltezentren geübte Praktiken wie die Entlassung hungerstreikender Schubhäftlinge binnen weniger Tage können einen Anreiz zu vermehrten Hungerstreiks – “Freipressen” – bieten.)

### **3.2.7.2. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates**

- ? **Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, zunächst eine Vereinheitlichung der Praxis bei der Behandlung von Schubhäftlingen, die einen Hungerstreik ankündigen oder durchführen, insb. in Bezug auf die Feststellung der Haftunfähigkeit, unter Berücksichtigung der oben angeführten Erwägungen anzustreben. [40]**
- ? **Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, die Auswirkungen einer verbesserten und konsistenten Vorgangsweise zu beobachten und nach etwa einem Jahr in Form einer Studie über Motive, Dauer, Intensität und medizinische Parameter bei Hungerstreiks zu evaluieren. [41]**
- ? **Der Menschenrechtsbeirat hält die allfällige Durchführung von Zwangsmaßnahmen im Sinne einer zwangsweisen Ernährung im Hungerstreik befindlicher Schubhäftlinge unter grundrechtlichen Gesichtspunkten für unverhältnismäßig. [42]**

## **3.3. Selbstbeschädigungen**

### **3.3.1. Allgemein**

#### **3.3.1.1. Problemaufriss**

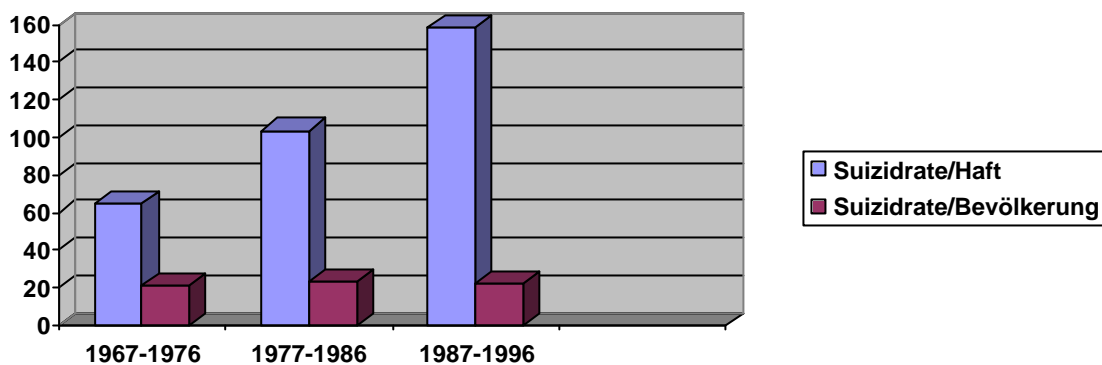
Das Thema des Suizids und der Selbstgefährdung in Haftanstalten steht immer wieder im Blickpunkt des öffentlichen Interesses. Gerade im letzten Halbjahr wurden die Haftbedingungen aufgrund mehrerer bedauerlicher Vorfälle in Haftanstalten vielfach diskutiert. Für den Bereich der Justizanstalten wurde nach den Vorfällen in der Justizanstalt Stein eine ExpertInnengruppe zu Fragen des Straf- und Maßnahmenvollzuges eingesetzt, deren Bericht im Oktober 2001 vorgelegt wurde<sup>42</sup>. Diesem Bericht ist unter anderem zu entnehmen, dass die Kommission der Ansicht ist, dass Maßnahmen zur Senkung des Aufkommens suizidalen Verhaltens Bewusstseinsbildung, Wissen, Können und Fertigkeiten voraussetzen und darauf basieren, dass JustizwachebeamtenInnen täglich zumindest kurz zu jedem Strafgefangenen Kontakt haben können<sup>43</sup>. Hinsichtlich der Aktualität der Suizidproblematik im Strafvollzug wird auf eine Studie von Frühwald u.a. (1998) verwiesen wonach sich die Entwicklung der Suizidrate<sup>44</sup> in Österreich folgendermaßen darstellen lässt:

---

<sup>42</sup> Gesamtbericht der vom Bundesministerium für Justiz eingesetzten Expertenkommission zu Fragen des Straf- und Maßnahmenvollzuges

<sup>43</sup> Gesamtbericht der vom Bundesministerium für Justiz eingesetzten Expertenkommission zu Fragen des Straf- und Maßnahmenvollzuges, 7.

<sup>44</sup> Anzahl der Suizide pro 100.000 Personen der Bevölkerung in einem Jahr



Quelle: Gesamtbericht der vom Bundesministerium für Justiz eingesetzten Expertenkommission zu Fragen des Straf- und Maßnahmenvollzuges, 112.

Auch das CPT hat sich mit der Problematik von suizidgefährdeten Häftlingen im Rahmen seines Besuches in Österreich auseinandergesetzt und ist davon ausgegangen, dass auch dieses Thema unter die Verantwortung des ärztlichen Dienstes falle. Das CPT verweist darauf, dass vor allem bei der Einweisung die Erstuntersuchung im Erkennen von suizidgefährdeten Personen eine bedeutende Rolle spielt. Häftlinge, die sich dahingehend als auffällig erweisen, sind so lang wie notwendig unter ärztlicher Kontrolle zu halten und sollten vom Zugang zu selbstgefährdenden Gegenständen fern gehalten werden. Als Situationen erhöhter Suizidgefährdung werden die Zeitpunkte kurz vor und kurz nach einer Verhandlung, Einweisung und jene Zeit kurz vor der Entlassung aus der Haft angesehen.

Für den Bereich der PAZ wird auf einer Erhebung des BMI zu Zahl 50.590/88-II/A/3/01 über die Zahl der Suizide, Suizidversuche und Selbstbeschädigungen in den Jahren 1999, 2000 und 2001 verwiesen (siehe Anhang).

Ausgangspunkt für die Diskussion im Rahmen dieses Berichtes sind die Selbstmorde im PAZ Schwechat am 24.09.2001 und im PAZ Salzburg am 19.10.2001. Die Kommission des Menschenrechtsbeirates OLG Wien 3 wurde seitens des Menschenrechtsbeirates ersucht die näheren Umstände des Vorfalles im PAZ Schwechat zu überprüfen. Der Bericht der Kommission liegt nunmehr dem Menschenrechtsbeirat vor.

#### **Exkurs zum Selbstmord eines Schubhäftlings im PAZ Schwechat:**

Herr I. sollte als unbegleitete Flugabschiebung von England über Wien-Schwechat nach Kiew fliegen. Am Flughafen Wien-Schwechat wurde Herr I auffällig, da er sich weigerte in das Flugzeug einzusteigen. Einer AUA-Bediensteten gegenüber gab Herr I. an, aufgrund der

Vorfälle in Amerika nicht ins Flugzeug zu steigen. Ansonsten sei es ein normales Gespräch gewesen. Herr I. wurde ins PAZ Schwechat gebracht.

Laut den Aussagen von Mithäftlingen im PAZ Schwechat kletterte Herr I. über das Treppengeländer auf eine fünf Meter hohe Stange und ließ sich von dort zu Boden fallen. Bei einem Kontrollgang klagte der Häftling dann dem Beamten über starke Schmerzen am rechten Fuß, worauf er in ein nahegelegenes Spital ausgeführt wurde. In der Krankenanstalt wurde zwar der Fersenbeinbruch erkannt, jedoch nicht als Folge eines fehlgeschlagenen ersten Selbstmordversuches bewertet. Das Krankenhaus sah keine Veranlassung Herrn I. stationär aufzunehmen. Stattdessen wurde er wieder zurück ins PAZ gebracht, da er auch sonst kein Geld für eine andere Unterkunft gehabt hätte. Das PAZ war zu diesem Zeitpunkt bereits überbelegt (neun Personen statt der festgelegten vier Personen als Maximalbeleg). Am nächsten Morgen wurden fünf Personen zum Arzt gebracht, während sich die anderen waschen sollten. In dieser Zeit hatte sich Herr I. an der Duschkabine erhängt.

Anhand dieses Einzelfalles ergeben sich mehrere Punkte, die strukturelle Probleme in der Behandlung von selbstmordgefährdeten Angehaltenen aufzeigen:

### **3.3.2. PAZ Schwechat**

#### **3.3.2.1. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates**

In Folge der im September 2000 abgegebenen Empfehlung des Menschenrechtsbeirates aufgrund eines Dringlichkeitsberichtes der Kommission OLG Wien 2 wurde vom BMI das Kontingent für den Höchstbelag im PAZ Schwechat von sieben auf vier Schubhaftplätzen reduziert. Im konkreten Fall waren die Kapazitäten um mehr als das Doppelte überschritten (neun Personen). Der Vollzug im PAZ ist größtenteils unbeaufsichtigt und weist wenig Betreuungsmöglichkeiten auf, insbesondere stehen keine SanitäterInnen zur Verfügung.

Als weiteres Indiz für die unzureichende Betreuung im PAZ Schwechat wird auf eine Wahrnehmung der Schubhaftbetreuung verwiesen, wonach zwei Pakistanis in dieser Zeit in Hungerstreik gingen, nur, um von Schwechat nach Wien verlegt zu werden.

Für den Menschenrechtsbeirat ist es erschütternd, dass trotz des Dringlichkeitsberichtes der Kommission OLG Wien 3, den darauf folgenden Stellungnahmen des Menschenrechtsbeirates und der aus gutem Grund vereinbarten Reduzierung der Haftplätze, das PAZ Schwechat zum



Zeitpunkt des Todesfalles um 125 % überbelegt war und dadurch die Haftbedingungen unzulässig verschlechtert wurden.

### **3.3.3. Sprachliche Verständigung**

Der Selbstmord im PAZ Schwechat zeigt aber auch einmal mehr auf, dass sich mangelnde sprachliche Verständigungsmöglichkeiten aufgrund der damit einhergehenden gesellschaftlichen Isolation psychisch belastend auswirken können. Hinsichtlich weiterer Erwägungen wird auf Kapitel IV.3.1. verwiesen.

### **3.3.4. Fehlen eines psychologischen Dienstes**

#### **3.3.4.1. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates**

Der Menschenrechtsbeirat ist sich dessen bewusst, dass auch mit einem geeigneten Dolmetschsystem die psychische Betreuung vor großen Problemen steht, da selbst bei sprachlichem Verständnis eine Diagnose über den psychischen Zustand oft eine Reihe von Sitzungen benötigt. Darüber hinaus erfordert eine psychische Untersuchung von PatientInnen auch ein Mindestmaß an Intimität und Vertrauen, das in Schubhaftanstalten nicht ohne weiteres gegeben ist.

ExpertInnen geben an, dass vor einer Selbsttötung zumeist ein "Zeichen" gesetzt werde, das auf eine erhöhte Suizidgefahr hindeutet. Im Falle des Selbstmordes des Schubhäftlings im PAZ Schwechat war dies der Sprung aus fünf Metern Höhe, der zu einem Fersenbeinbruch führte. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass jedes Spital, das beispielsweise einen Bruch eines Häftlings behandelt, automatisch auch den psychischen Zustand des Häftlings prüft.

Der Menschenrechtsbeirat ist der Ansicht, dass nach jeder Art von Verdacht auf Selbstbeschädigung sofort eine psychiatrische Klinik kontaktiert werden sollte.

#### **3.3.4.2. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates**

? **Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, bei Verdacht auf Selbstschädigung jedenfalls psychiatrische Dienste in Anspruch zu nehmen, um einen möglicherweise folgenden Suizidversuch zu vermeiden. [43]**

### **3.3.5. Fehlen einer psychologisch sensibilisierenden Schulung der BeamtInnen**

#### **3.3.5.1. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates**

An mehreren Punkten in der Sachverhaltsdarstellung zur Selbsttötung des Herrn I. zeigt sich die fehlende Sensibilisierung der im PAZ tätigen BeamtInnen. Bereits das Verhalten des Herrn I. am Flughafen, wo er "verwirrt" hin und her gelaufen sein soll, hätte thematisiert werden müssen. Er hat hiermit bereits gezeigt, dass er Hilfe benötigte und sein Verhalten nicht "realitätsangepasst" war. Als nächster "Hilferuf" war der Sprung aus 5 Metern Höhe zu sehen. Mit Einlieferung ins Krankenhaus, wo der Fersenbruch erkannt wurde, wäre es jedenfalls an der Zeit gewesen, dies als Folge eines fehlgeschlagenen Selbstmordversuches in Erwägung zu ziehen und den psychischen Zustand des Herrn I. durch eineN FachärztIn überprüfen zu lassen.

Um Zeichen von Selbstgefährdung besser zu begreifen, hält es der Menschenrechtsbeirat für erforderlich den polizeiärztlichen Dienst, die SicherheitswachebeamtInnen und die SchubhaftbetreuerInnen dahingehend näher über Symptome und Erkennungsmerkmale in Form von Schulungen zu informieren.

Es wird als evident angesehen, dass jede Haft eine erhöhte psychische Belastung darstellt, weshalb durch Schulungen der BeamtInnen und SchubhaftbetreuerInnen die Sensibilität auf Anzeichen von Selbstgefährdungen gesteigert werden sollten. In diesem Zusammenhang wird auch der Informationsaustausch zwischen BeamtInnen, SanitäterInnen und SchubhaftbetreuerInnen als wesentlich erachtet. Bei Anzeichen von Selbstgefährdung sieht es der Menschenrechtsbeirat als unerlässlich an, die selbstgefährdete Person näher zu beobachten.

### **3.3.5.2. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates**

- ? **Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, bei Auffälligkeiten eine gefährdete Person unter Beobachtung zu stellen. Die Beobachtung könnte beispielsweise durch wiederholendes Ansprechen (siehe "body packer") oder auch - bei Abwägung der Wahrung der Privatsphäre - durch die Installierung von Kameras gewährleistet werden. [44]**
- ? **Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, im Rahmen der Fortbildungsveranstaltungen des polizeiärztlichen Dienstes eine Einheit zum Erkennen von Anzeichen der Selbstschädigung einzubeziehen. Der Menschenrechtsbeirat legt ein Konzept vor, nach dem diese Schulungseinheiten ausgerichtet werden könnten (Siehe Anhang). [45]**
- ? **Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, BeamtInnen, SchubhaftbetreuerInnen und SanitäterInnen verstärkt für die Gefahr der Selbstschädigung und Selbsttötung**

**angehaltener Personen zu sensibilisieren. Die gemeinsame Schulung von BeamtInnen, SanitäterInnen und SchubhaftbetreuerInnen hat darüber hinaus auch den Vorteil das Thema von unterschiedliche Seiten beleuchten zu können und ein besseres gegenseitiges Verständnis und die Möglichkeit zum Austausch von Meinungen und Erfahrungen zu schaffen. Der Menschenrechtsbeirat legt ein Konzept vor, nach dem diese Schulungseinheiten ausgerichtet werden könnten (Siehe Anhang). [46]**

### **3.4. Traumatisierung**

#### **3.4.1. Problemaufriss**

Die Kommissionen weisen darauf hin, dass extrem traumatisierte Personen, wie insbesondere Überlebende von Folter, Vergewaltigung, Gewalt und Krieg ein großes Problem darstellen. Sie benötigen besondere psychologische/psychiatrische Betreuung und dürften nach Ansicht der Kommissionen nicht in Schubhaft angehalten werden. Jedenfalls müsste eine entsprechende psychologische/psychiatrische Betreuung gegeben sein, was derzeit in keinem PAZ gewährleistet sei.

Auch NGOs in der Schubhaftbetreuung führen als strukturelle Defizite die fehlende psychologische Betreuung von Personen aus Kriegsgebieten mit möglicher Traumatisierung an.

#### **3.4.2. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates**

In diesem Bericht wurde bereits unter IV.1.1.3. eine Empfehlung dahingehend formuliert, dass bei der Prüfung der Haftfähigkeit verstärkt auch auf Anzeichen von posttraumatischen Erlebnissen Rücksicht zu nehmen sei. Die Erweiterung des Anamnesebogens sowie eine Erweiterung der Schulungen für BeamtInnen und SchubhaftbetreuerInnen zum Erkennen von Anzeichen von Traumatisierungen können sinnvolle Mittel sein, um psychische Krankheiten von angehaltenen Personen zu erkennen. Mehrmals wurde in diesem Bericht auch ausgeführt, dass die Bedingungen der Haft sich jedenfalls belastend auf den psychischen Zustand von Häftlingen auswirken. In diesem Zusammenhang wird neuerlich auf den Bericht der vom Bundesministerium für Justiz eingesetzten ExpertInnenkommission zu Fragen des Straf- und Maßnahmenvollzuges hingewiesen.

Auch das CPT schenkt der Versorgung von Folteropfern und Opfern von Misshandlungen besondere Beachtung und stellt insbesondere klar, dass die psychologische und psychiatrische Betreuung in derartigen Zentren gewährleistet sein muss<sup>45</sup>. Nach derzeitigem Stand weist keines der PAZ eine adäquate und professionelle psychische Betreuung auf. Nur vereinzelt bestehen Verträge mit FachärztInnen aus dem Gebiet der Psychiatrie. Dennoch kann selbst in diesen Fällen, unter Bedachtnahme auf die jedenfalls psychisch belastenden Bedingungen in Haft, nicht von einer adäquaten Betreuung für traumatisierte Personen ausgegangen werden. Unter Verweis auf 1.10.3 der Dienstanweisung über den polizeiärztlichen Dienst bei den Bundespolizeibehörden, wonach bei der Beurteilung der Haftfähigkeit jedenfalls auch auf die jeweils im Bereich des Polizeiarrestes konkret zur Verfügung stehenden personellen und von der Ausstattung her gegebenen Betreuungs- bzw. Pflegemöglichkeiten angemessen Rücksicht zu nehmen ist, ist davon auszugehen, dass traumatisierte Personen mangels adäquater Betreuung in PAZ nicht angehalten werden können.

Der Menschenrechtsbeirat ist weiters in Ergänzung der in diesem Bericht bereits formulierten Empfehlungen der Ansicht, dass die Anhaltung von traumatisierten Personen schon unter Erwägungen der Menschenrechte nicht haltbar sein kann.

### **3.4.3. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates**

- ? **Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, Personen mit Anzeichen von Traumatisierungen nicht in Haft anzuhaltend, dies auf geeignete Weise gesetzlich festzulegen und dafür Sorge zu tragen, derartig haftunfähige Personen einer professionellen Hilfe zuzuführen. [47]**
- ? **Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, österreichweit Kontakte mit Organisationen aufzubauen, die sich mit traumatisierten Personen befassen und diese Listen den ärztlichen Diensten zur Verfügung zu stellen sowie an allen PAZ aufzulegen. [48]**

## **3.5. Kostenintensive Behandlung**

### **3.5.1. Problemaufriss**

Die Kommissionen berichten, dass sie von AmtsärztInnen auf ein medizinisches bzw. ethisches Problem hingewiesen worden seien, nämlich dahingehend, dass gerade bei Schubhäftlinge immer das Problem der Bezahlung der Arztkosten, wenn eine

---

<sup>45</sup> *Kriebaum*, Die Europäische Konvention zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Bestrafung, 406.

Fremdbehandlung außerhalb des Gefängnisses notwendig sei, bestehe. Immer dann, wenn kein Akutfall vorliege (etwa alte Kriegsverletzungen, Krebsleiden), werde von den Spitälern eine Behandlung mangels Akutfalls abgelehnt, was jedoch bei nicht besonders gutem Allgemeinzustand dazu führen müsse, dass die AmtsärztInnen die Haftunfähigkeit zu bestätigen hätten. Dies habe wiederum zum Ergebnis, dass eine medizinische Behandlung weder im Gefängnis noch auf freiem Fuß erfolgen könne und praktisch die medizinisch notwendige und indizierte Maßnahme gar nicht gesetzt werden könne. Dies werde übereinstimmend von AmtsärztInnen als ein ethisch nicht tragbarer Zustand bezeichnet. Als Beispiel werde ein Leistenbruch genannt. Die Haftunfähigkeit müsse dann ausgesprochen werden, da sonst die Gefahr bestehe, dass doch ein Akutfall eintrete und dem/der PatientIn in Haft etwas passiere, wofür dann der/die Amtsarzt/Amtsärztin verantwortlich wäre.

Auch bei kostenaufwendigen Untersuchungen zur Symptomabklärung, müsse die zuständige BH als kostentragende Stelle verständigt werden, die dann je nach Höhe der aufzuwendenden Summe über eine Enthftung des Häftlings zu entscheiden habe. Über die Enthftung aus Kostengründen würde ein Erlass vorliegen. Angesprochen auf die besondere Situation im Fall eines Schubhäftlings, der weder sprachlich, noch örtlich oder finanziell in der Lage sei, sich eine entsprechende und notwendige Behandlung zu organisieren oder sich die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen zu schaffen, meinte ein Amtsarzt, er persönlich würde in so einem Fall Caritas oder ARGE Schubhaft verständigen, es gäbe von Amts wegen jedoch keine Regelung.

Im Rahmen der "Zukunft der Schubhaft" gaben mehrere PAZ an, dass eine erforderliche kostenintensive Behandlung (in der Regel) nicht bzw. nicht auf ärztliche Anordnung zur Haftunfähigkeit und Entlassung führe. Demgegenüber berichtet ein PAZ davon, dass erfahrungsgemäß bei kostenintensiven Behandlungen (zB. notwendiger stationärer Aufenthalt in einem Krankenhaus) die Häftlinge entlassen werden würden. Ein weiteres PAZ führt an, dass es zwar nicht aus ärztlicher Sicht zu Entlassungen wegen hoher Kosten komme, allerdings bei gravierenden Fällen (wiederholte Ambulanzbesuche, Operationsindikation einer angehaltenen Person) die Meldungen an die jeweilige fremdenpolizeiliche Abteilung bezüglich der Kosten weitergegeben und das weitere Vorgehen individuell entschieden werde.

Von einem anderen PAZ wird die Praxis geschildert, dass die Kosten einer Behandlung grundsätzlich dem Schubhäftling selbst obliegen. In der Praxis werde er/sie diese jedoch eher

selten bezahlen können, sodass die Kosten, etwa für intensive Behandlungen, insbesondere stationäre Krankenhausaufenthalte, bei der Behörde liegen würden, für die sich der Schubhäftling in Haft befinde. Deshalb werde auch immer bei der zuständigen fremdenpolizeilichen Behörde angefragt, ob der Schubhäftling weiter in Haft zu halten sei. Werde von dieser Behörde auf Entlassung entschieden, werde der Häftling unvermittelt aus der Haft entlassen.

Eine Betreuungsorganisation weist auf Fälle von als haftunfähig zu entlassenden Personen hin, bei denen eine Behandlung, wenn auch nicht zwingend notwendig, so doch als dringend geboten erachtet wurde, aber eine entsprechende Behandlung während der Schubhaft aufgrund der hohen Kosten nicht möglich gewesen sei.

Eine NGO in der Schubhaftbetreuung stellt immer wieder Entlassungen bei kostenintensiver Behandlung fest und sieht sich darin durch ein Schreiben des Leiters der Präsidialabteilung bestätigt. Angekündigt worden sei in diesem Schreiben zudem, dass für Fälle, in denen die betreffende Behörde auch zuständige Fremdenpolizeibehörde sei, dieses Vorgehen zu diskutieren sei, im Falle anderer Behördenzuständigkeit liege aber die Entscheidung bei jener.

### **3.5.2. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates**

Wie bereits dargestellt (siehe Pkt II.2.) trifft den Staat insbesondere dort, wo der/die Einzelne von staatlichen Leistungen oder Maßnahmen abhängig ist, weil der Staat selbst ihn/sie seiner/ihrer Möglichkeit zur eigenverantwortlichen Vorsorge entkleidet hat, eine Schutzpflicht, die sich aus Art 2 EMRK ableiten lässt. Eine Unterlassung der staatlichen Schutzpflicht könnte einer Verletzung nach Art 2 EMRK gleich kommen.

Der Menschenrechtsbeirat zeigt sich in diesem Zusammenhang insbesondere darüber besorgt, dass teilweise angehaltene Personen, die einer kostenintensiveren Behandlung bedürften, aus Kostengründen aus der Haft entlassen werden. Bei Verwaltungsstrahfhäftlingen in PAZ erfolgt die Enthaltung für die Dauer der Behandlung. Schubhäftlinge werden gegebenenfalls aus der Haft entlassen. Ähnlich stellt sich die Situation bei hungerstreikenden, selbstmordgefährdeten und stark traumatisierten Angehaltenen dar, die aufgrund ihres psychischen Zustandes nicht haftfähig sind (siehe unter IV.3.3; IV.3.4.). Der Menschenrechtsbeirat ist der Ansicht, dass auch in diesen Fällen der Staat vermehrt seine staatlichen Schutzpflichten wahrnehmen sollte.

Der Menschenrechtsbeirat ist sich bewusst, dass bei notwendigen Spitalsaufenthalten, die in etwa Kosten in der Höhe von ATS 2.900.- bis 5.000.- pro Tag verursachen würden, das Budget stark belastet werden könnte. Dies darf jedoch nicht als Argument herangezogen werden, angehaltenen Personen medizinisch indizierte Versorgung vorzuenthalten.

Eine Option, die es erlauben würde, Schubhäftlingen auch in Haftanstalten die erforderliche medizinische Betreuung zukommen zu lassen, wäre die Einführung eines Versicherungsschutzes für Schubhäftlinge. Der Versicherungsschutz könnte ähnlich jenem für Konventionsflüchtlinge in Bundesbetreuung ausgestaltet sein: Laut Auskunft der Bundesbetreuung befinden sich derzeit rund 4000 Personen in Bundesbetreuung. Bei Versicherungskosten von ATS 31,35/Tag ergaben sich im Jahr 2000 Kosten in der Höhe von rund 34 Mio ATS. Für 2001 (Jänner bis Oktober 2001) wurde bisher 27 Mio ATS ausgegeben. Ein wesentlicher Grund für die Einführung des Versicherungsschutzes war auch der große Verwaltungsaufwand, der dadurch entstand, dass zwei BeamtInnen alle Rechnungen und Rezeptgebühren verwalten mussten. 1991 waren ca. 13000 Personen/Tag in Bundesbetreuung bei Kosten von 86,7 Mio ATS (Krankentransporte: 2,9 Mio ATS; ÄrztInnenhonorare: 20 Mio ATS; Kranken- und Heilanstaltenkosten: 57 Mio ATS; Kosten für ambulatorische Untersuchungen: 6,8 Mio ATS) ohne die Kosten für zwei volle Stellen für die Verwaltung einzubeziehen.

Für den Bereich der Schubhaft wäre zu prüfen, da diese im Regelfall nur kurze Zeit angehalten werden, die Versicherung etwa auf einen "Schubhaftplatz" (derzeit 1394 Plätze) anstatt auf eine Person abzuschließen, um auch den Verwaltungsaufwand bei der Abwicklung des Versicherungsschutzes in Grenzen zu halten. Zu berücksichtigen wäre hierbei allerdings, dass auf Leerläufe Rücksicht genommen werden müsste (nicht immer sind alle Plätze auch besetzt).

Alternativ wäre als Beispiel die positive Praxis eines PAZ, das kostenintensive Ausführungen im Einzelfall durch die verstärkte Beiziehung von HonorarärztInnenen, die als FachärztInnen in verschiedenen Bereichen tätig sind, vermeidet, überlegenswert.

### **3.5.3. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates**

**? Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, geeignete Maßnahmen zu ergreifen, dass sowohl notwendige Behandlungen, wie auch Ausführungen in Krankenanstalten**

**nicht an Kostenfragen gebunden werden. Um einen vernünftigen finanziellen Rahmen gewährleisten zu können, empfiehlt der Menschenrechtsbeirat ein Versicherungssystem für Schubhäftlinge zu prüfen. Neben anderen Alternativen könnte auch ein erweitertes Modell der Betreuung durch HonorarärztInnen überlegt werden. [49]**

### **3.6. Betreuung von medikamenten-, drogen-, oder alkoholabhängigen Personen**

#### **3.6.1. Problemaufriss**

Die Kommissionen weisen vereinzelt darauf hin, dass die Anhaltung von drogenabhängigen Personen zu praktischen Schwierigkeiten führe, da es an einschlägig ausgebildeten ÄrztInnen für die Beurteilung der Haftfähigkeit fehle.

Auf Befragung zum Umgang mit Problemhäftlingen, wie beispielsweise suchterkrankten Angehaltenen, geben zwei PAZ an, dass suchtkranke Häftlinge zur Vermeidung von Entzugssymptomen weiter medizinisch (medikamentös) behandelt werden würden. Bei SubstitutionspatientInnen erfolge die Besorgung der Tagesration aus der jeweiligen Apotheke. Eines dieser PAZ führt an, dass bei nicht beherrschbarer Entzugssymptomatik eine medizinische Haftunfähigkeit bestehe, wobei der/die PatientIn in diesem Fall in eine Klinik überwiesen werde.

Für zwei (kleinere) PAZ stellt der Umgang mit Problemhäftlingen (z.B.: Suchtkranke oder Methadonsubstituierten, Asthmatiker) größere organisatorische Probleme dar, da keine Sanitäter zur Verfügung stünden. Es werde daher gelegentlich auch die Überstellung in größere Polizeigefangenenhäuser, die über eigene Sanitätsstationen verfügen, angestrebt.

Hinsichtlich der Betreuung suchtmittelabhängiger Häftlinge kann ein PAZ auf die vertraglich vereinbarte Tätigkeit des Vereins "DIALOG" verweisen. FachärztInnen des "DIALOGs" würden demnach an Werktagen zwei Stunden lang suchtmittelabhängige Häftlinge (insbesondere auch Einstellung auf Drogensubstitutionsmittel) betreuen. Bei vorhandenen Kapazitäten widmen sich diese FachärztInnen auch der Betreuung von Häftlingen mit psychischen Problemen. Darüber hinaus verfügen auch die im PAZ tätigen AmtsärztInnen über Erfahrungen im Umgang mit suchtmittelabhängigen Häftlingen.



Mehrere PAZ führen aus, noch keine spezielle Erfahrung mit suchterkrankten Häftlingen zu haben.

Die PAZ verweisen bei Problemfällen - je nach Maßgabe des Falles - auf: die (verstärkte) ärztliche Betreuung durch AmtsärztInnen (4 PAZ), Krankenzelle, Absonderung bzw. Haftraum mit Kameraüberwachung (2), Vorführung zu FachärztInnen (3), Beiziehen der Schubhaftbetreuung (2) bzw. einer spezialisierten externen Beratungseinrichtung (2).

### **3.6.2. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates**

Zur Behandlung von suchtmittelabhängigen Angehaltenen wird lediglich unter Pkt. 1.11.16 der Dienstanweisung über den polizeiärztlichen Dienst den PolizeiamtsärztInnen die Entscheidung darüber übertragen, ob ArrestantInnen, ihre in den Depositen befindlichen Medikamente ausgefolgt werden sollen oder nicht. Der/die PolizeiamtsärztIn hat demnach zu entscheiden, ob und in welchem Umfang dem Begehren des/r ArrestantIn zu entsprechen ist.

Hinsichtlich der medizinischen und psychiatrischen Betreuung von drogenabhängigen in PAZ angehaltenen Personen wird auf die im Exkurs des "Berichtes des Menschenrechtsbeirates zu den menschenrechtlichen Fragen der Anhaltung von Frauen durch Organe der Sicherheitsexekutive" abgegebenen Empfehlung verwiesen<sup>46</sup>.

Aus der Stellungnahme kleinerer PAZ wird das dortige Fehlen von SanitäterInnen und sonstigen Betreuungspersonal einmal mehr evident. Die medizinischen Betreuungsmöglichkeiten von sogenannten Problemhäftlingen scheint nach Ansicht des Menschenrechtsbeirates an diesen Orten nicht in angemessener Weise möglich zu sein, weshalb die Überstellung in größere PAZ mit entsprechender Betreuungsmöglichkeit zur Regel gemacht werden sollte.

### **3.6.3. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates**

**? Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, von der Anhaltung suchtmittelabhängiger Personen an Orten, an denen die speziell notwendige medizinische und psychische**

---

<sup>46</sup> Die Empfehlung lautete: *Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, das Kooperationsprojekt zwischen dem PAZ Wien – Rossauerlände und dem Verein DIALOG zur medizinischen und psychiatrischen Betreuung von drogenabhängigen Angehaltenen als best practice Modell für andere Polizeigefangenenhäuser in Österreich heranzuziehen. Zumindest in jenen Städten, in denen zunehmend drogenabhängige Personen in den Polizeigefangenenhäusern angehalten werden, sollen ähnliche Kooperationen aufgebaut werden.*

**Betreuung (begleitende psychische Betreuung, Anwesenheit eines/r Facharztes/Fachärztin, Einstellung auf Substitutionsprogramme, etc..) nicht gewährleistet werden kann, Abstand zu nehmen. [50]**

### **3.7. Vorsorge für medizinische Versorgung nach der Haftentlassung**

#### **3.7.1. Problemaufriss**

Die Kommissionen verweisen in ihren Berichten wiederholt auf die mangelnde medizinische Versorgung nach der Haftentlassung hin. Beispielsweise gehe aus Unterlagen hervor, dass ein Insasse mit der Diagnose "paranoide Schizophrenie" ohne Weitervermittlung entlassen wurde, obwohl bei dieser Diagnose zumindest von einer mangelnden Kritikfähigkeit und wahnhaftem Denken, wenn nicht von einer veränderten Wahrnehmung auszugehen sei.

Auch die Entlassung von nach Hungerstreik haftunfähig geschriebenen Häftlingen "auf die Straße" ohne jede Verständigung Dritter von dieser Entlassung entspreche nach Ansicht einer Kommission nicht der Verantwortung, die die Republik Österreich für Häftlinge habe und grenze an grober Fahrlässigkeit: diese Häftlinge seien als krank bzw. überdurchschnittlich krankheitsgefährdet zu betrachten (schließlich seien sie ansonsten haftfähig), weshalb generell nicht nur humanitär, sondern schon medizinisch geboten, wenigstens eine NGO oder Dritte davon zu verständigen seien, dass und wann ein solcher Häftling zur Entlassung anstehe, damit eine unmittelbar anschließende Betreuung wenigstens ermöglicht werde.

PAZ erklären demgegenüber, dass Schubhäftlinge - insbesondere bei ansteckenden Krankheiten oder nach einem Hungerstreik - erforderlichenfalls zur stationären, bzw. ambulanten Behandlung in ein Krankenhaus gebracht werden würden, wobei "erforderlichenfalls" nicht näher und in der Praxis damit unterschiedlich definiert werden dürfte. Bei einer stationären Aufnahme erfolge bei einem Teil der Behörden die Entlassung aus der Schubhaft; genannt wurde auch die erneute Überstellung ins PAZ nach der Genesung des Schubhäftlings.

In der Mehrzahl der Fälle wird die Kooperation mit der Schubhaftbetreuung oder anderen NGO zur Übernahme und weiteren Betreuung des als haftunfähig zu entlassenden Schubhäftlings gesucht - etwa bei Zuckerkrankheit oder überhöhtem Blutdruck, teilweise auch bei ansteckenden Krankheiten oder nach einem Hungerstreik.

Bei Vorliegen einer ansteckenden Krankheit werden - so ein PAZ - die gesetzlich vorgesehenen Maßnahmen eingeleitet (zB. bei Verdacht auf offene TBC erfolgt die sofortige Verständigung des Gesundheitsamtes und Einholung weiterer Weisungen bevor eine Entlassung verfügt wird). Ein anderes PAZ gibt an, dass oft, vor allem bei ansteckenden Krankheiten, versucht werde, die Haftfähigkeit solange wie möglich aufrecht zu erhalten, um eine medizinische Behandlung zu gewährleisten. Bei ansteckenden Erkrankungen wird je nach Ansteckungsmodus und Gefährdung vorgegangen. Diesbezüglich existiert ein in Zusammenarbeit mit dem Hygienepersonal des Landeskrankenhauses erarbeiteter Hygieneplan im Hinblick zur Vermeidung von Epidemien der Haftinsassen bzw. des PAZ-Personals. Generell werde versucht, einen wegen Krankheit entlassenen Angehaltenen einer entsprechenden weiteren Betreuung zuzuführen.

Eine Behörde gibt an, dass bei unmittelbarer gesundheitlicher Gefahr bei der Entlassung natürlich dafür gesorgt werde, dass der Häftling etwa in ein Krankenhaus gebracht werde, er aber sonst seinem Schicksal überlassen werde, was sicher eine völlig unbefriedigende Situation darstelle, für die die Behörde aber derzeit auch keine Lösung wisse. Auch die lokale Betreuungsorganisation kritisiert das "Auf-die-Straße-setzen" von Menschen, die auf Grund von Haftunfähigkeit entlassen werden.

Als weiteres derzeit nicht gelöstes Problem sieht eine Betreuungsorganisation bei der Entlassung eines Angehaltenen mit einer ansteckenden Krankheit wie Windpocken. Da die nachsorgenden Betreuungseinrichtungen über keine Möglichkeiten und Ressourcen verfügen, Personen mit derartigen Erkrankungen aufzunehmen, das Krankenhaus dagegen keine Notwendigkeit einer stationären Behandlung sehe, sei der weitere Verbleib dieser Personengruppe nach der Entlassung aus der Schubhaft völlig ungeklärt.

Eine Behörde gibt für ihren Wirkungsbereich an, dass bei einer Entlassung in Folge Haftunfähigkeit wegen Hungerstreik im Bedarfsfall der Rettungsdienst verständigt werde, wovon aber kaum Gebrauch gemacht werden müsse, da hinsichtlich des gesundheitlichen Zustandes kein unnötiges Risiko eingegangen werde und sich auch die entlassenen Hungerstreikende in der Regel in einem guten Gesundheitszustand befänden. Dem hält die lokale Betreuungsorganisation entgegen, dass viele Schubhäftlinge nach einem Hungerstreik in einem sehr geschwächten Zustand entlassen werden würden. Auch Mitglieder der

ehrenamtlichen ÄrztInnengruppe der Betreuungsorganisation äußerten sich wiederholt besorgt über den kritischen Zustand von aus der Haft entlassenen Personen.

### **3.7.2. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates**

Aus den sehr divergierenden Antworten und Beobachtungen zur Vorsorge nach der Haftentlassung ist jedenfalls deutlich erkennbar, dass es derzeit kein einheitliches Vorgehen an den unterschiedlichen PAZ gibt. Es zeigt sich insbesondere, dass zwar sowohl die BeamtInnen an den Dienststellen, wie auch die BetreuerInnen von angehaltenen Personen im Erkennen der Problematik darum bemüht sind, als haftunfähig entlassene Personen einer weiterführenden Betreuung zuzuführen, sie damit jedoch über weite Strecken im Stich gelassen werden und auf freie Kapazitäten bei NGOs oder Krankenanstalten angewiesen sind.

Für den Menschenrechtsbeirat zeigt sich auch am Falle des Herrn I. (siehe Kapitel IV.3.3.) sehr plakativ, dass es derzeit keine befriedigende Vorsorge für eine Zuständigkeit nach einer Entlassung gibt. Wenn der/die Betroffene kein Geld hat, das Krankenhaus die Person nicht aufnimmt und die Schubhaftbetreuung keinen Platz hat, so ist derzeit die einzige Möglichkeit eine selbstbeschädigungsgefährdete Person weiterhin in Haft zu belassen, was als unverantwortbar angesehen wird.

Auch wenn die Trägervereine der Schubhaftbetreuung mit ihren Kapazitäten gerne an der Unterbringung und Versorgung von mittellosen Personen mitwirken, die als haftunfähig zu entlassen sind, so wurde von den Vertretern der NGOs eine angesprochene allgemeine Zuständigkeit der Betreuungsorganisationen für diese Fälle aufgrund mangelnder Ressourcen und wohl auch fachlicher Kompetenzen nicht gesehen.

Der Beirat weist darauf hin, dass es in Wien ein Projekt gegeben hat, im Rahmen dessen für psychisch auffällige angehaltene Personen von der Gemeinde Wien "Akutbetten" zur Verfügung gestellt wurden. Vor einer Einweisung nach dem Unterbringungsgesetz wurde als Zwischenlösung ein "Akutbett" bereitgestellt, um betroffenen Personen in der kurzen Zeit, in der sie dort untergekommen waren, ärztlich überwachen und betreuen zu können. Der Menschenrechtsbeirat ist der Ansicht, dass dies als eine mögliche Alternative für eine Übergangslösung bis eine geeignete Betreuungsmöglichkeit gefunden werden kann, herangezogen und geprüft werden sollte.

Als weitere alternative Übergangslösung wird erwogen, als haftunfähig zu entlassende Personen in Sanitätsstationen unter ständiger Betreuung und Beobachtung von SanitäterInnen oder ÄrztInnen – wie dies auch bei "body-packern"<sup>47</sup> üblich ist – unterzubringen, bis eine Unterkunft für die spezifisch notwendige Betreuung der haftunfähigen Person gefunden werden kann. Bei dieser Variante hat allerdings berücksichtigt zu werden, dass einE SanitäterIn abgestellt werden müsste, der/die dann bei einer anderen Aufgabe fehlen könnte, weshalb eine personelle Aufstockung mitzüberlegen wäre.

### **3.7.3. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates**

- ? **Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, unter Einbindung von Betreuungseinrichtungen und Krankenhäusern ein Konzept zu erarbeiten, damit sichergestellt werden kann, dass als haftunfähig beurteilte Personen nicht unversorgt auf die Straße entlassen oder mangels Alternative weiter in Haft angehalten werden, sondern nach Maßgabe des Einzelfalles einer fachgerechten medizinischen, psychiatrischen oder sozialen Versorgung zugeführt werden können. [51]**
- ? **Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, Überlegungen anzustellen, wie Personen, deren Haftunfähigkeit festgestellt wurde, bis zum Auffinden einer geeigneten Betreuungseinrichtung im Anschluss an die Haftentlassung, unter bestmöglicher ärztlicher Betreuung angehalten werden können (etwa Einrichtung von Akutbetten oder Unterbringung auf der Sanitätsstation unter nach den Umständen erforderlicher Beobachtung). [52]**

## **2. 4. Dokumentation und Information**

### **4.1. Dokumentation des Gesundheitszustandes und der Behandlung des Angehaltenen**

#### **4.1.1. Problemaufriss**

Sämtliche Kommissionen erwähnen in ihren Berichten immer wieder die mangelhafte Dokumentation des Gesundheitszustandes sowie der erfolgten Behandlungen von angehaltenen Personen.

Eine Kommission berichtet, dass es bei Durchsicht der Verwahrungsbücher und Akten auf Grund der mangelhaften Dokumentation nicht möglich gewesen sei, die Beurteilung des Gesundheitszustandes von Angehaltenen nachzuvollziehen. Beispielsweise ergab die

---

<sup>47</sup> Erlass des BMI Zahl 63.500/504-II/20/00 vom 6.6.2000 (überarbeitet mit Erl. 63.500/621-II/20/01 vom 10.10.2001).

Durchsicht eines Haftberichtes einer schwer herzkranken Frau, die zweimal zu einer stationären Behandlung überstellt worden war, kein klares Bild über die im PAZ durchgeführten ärztlichen Untersuchungen und die Beurteilung des Gesundheitszustandes.

Auch der Gesundheitszustand sei auf Basis der vorgelegten äußerst knappen und unzulänglichen Aufzeichnungen nicht nachvollziehbar gewesen. Im übrigen würden vereinzelt auch keine Haftberichte im üblichen Sinn geführt, in welchen u.a. die Beschreibung des Status des Angehaltenen dokumentiert werden sollten.

Kommissionen wie auch NGOs erachten die wechselnde Behandlung durch verschiedene ÄrztInnen problematisch, da aus den Aufzeichnungen weder Diagnosefindung noch Therapie-schemata klar nachvollziehbar hervorgehen würden. Eine kontinuierliche Behandlung könne aus diesen Gründen nicht als gesichert angesehen werden.

Bei einem besuchten PAZ liege keine Dokumentation der Feststellung der Haftfähigkeit bzw. der Haftunfähigkeit vor. In einem anderen PAZ sei bei Durchsicht der vorgelegten Unterlagen aufgefallen, dass die Ergebnisse der Untersuchung (Haftfähigkeit ... ) auf einem Beiblatt festgehalten werden würde und der Haftbericht III nicht ausgefüllt werde. Mehrmals würden Stempel und Unterschrift des Arztes fehlen; bei Verwaltungsstrahfänglingen gebe es kein Beiblatt. Auch der Zeitpunkt der Untersuchung sei nicht immer dokumentiert.

Aus der Sicht einer weiteren Kommission sei die Patientendokumentation sehr lapidar, mangelhaft und teilweise nicht aktualisiert. Die Erfassung erfolge nur händisch, nicht mittels EDV.

Eine Kommission weist darauf hin, dass keine eigenständige Dokumentation der Symptomatik, der durchgeführten Untersuchungen, der Diagnosen und Therapien die einzelnen PatientInnen betreffend, existiere. Entsprechend einer Anweisung des Chefarztes solle die Diagnostik auf der Liste der täglichen Visiten dokumentiert werden, was jedoch nur mangelhaft geschehe - in den durchgesehenen Listen in ca. 50% der Fälle.

Eine andere Kommission kritisiert insbesondere die fehlende Dokumentation der Medikation während der Haft. Bei Haftentlassung in Folge von Haftunfähigkeit erwähnt eine Schubhaftbetreuungsorganisation ergänzend, dass der/die Entlassene keinerlei Unterlagen über den gesundheitlichen Zustand oder die im PAZ erfolgte und/oder weiterhin erforderliche Medikation erhält. Bei einer Übernahme nach der Haftentlassung durch eine NGO sei damit

nicht nachvollziehbar welcher Medikamente die betroffene Person bedarf oder welche Behandlung bereits erfolgte. Die Betroffenen selbst könnten dazu meist ebenso keine Angaben machen.

#### **4.1.2. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates**

Der Menschenrechtsbeirat hat aufgrund der zahlreichen Berichte der Kommissionen bezüglich mangelhafter Dokumentation in der Sitzung vom 11. Dezember beschlossen sich diesem Thema in den nächsten Monaten verstärkt zu widmen, weshalb in dem hier besprochenen Abschnitt von einer detaillierteren Bearbeitung abgesehen wird.

Das CPT betont, dass für jedeN PatientIn einer Haftanstalt ein medizinischer Akt angelegt werden sollte, der Informationen über Diagnose, Entwicklung des Gesundheitszustandes und die durchgeführten Untersuchungen beinhalten sollte. Im Falle einer Überstellung des/der Patienten/Patientin, sollte auch der Krankenakt der überstellten Einrichtung übermittelt werden<sup>48</sup>. Die ÄrztInnen in Haftanstalten sollten weiters vorgefundenen Verletzungshinweisen nachgehen und diese gemeinsam mit Angaben des betroffenen Häftlings sowie mit Bemerkungen des Arztes/der Ärztin selbst genau dokumentieren.

Die Dokumentation hat gemäß dem Erlass des BMI, 3200/1627-II/23/00 im Haftbericht III, in der Beilage zum Haftbericht III, sowie im Verletzungsdokublatt zu erfolgen. Der Anamnesebogen ist von der angehaltenen Person selbst auszufüllen.

Die Dokumentation des Hungerstreiks erfolgt durch ein vom BMI erstelltes Formular. Entgegen der vom Menschenrechtsbeirat im Oktober 2000 abgegebenen Empfehlung und den Bemühungen des BMI eine sachadäquate Dokumentation durch Zuweisung eines Formulars, das jenem im PAZ Linz konzipierten Hungerstreikformular ähnelte, erfolgt die Dokumentation des Hungerstreiks offensichtlich nach wie vor uneinheitlich.

Der Menschenrechtsbeirat stellt fest, dass die lückenlose und gewissenhafte Dokumentation des Gesundheitszustandes aus Gründen der Nachvollziehbarkeit von großer Bedeutung ist – dies insbesondere in PAZ, in denen mehrere PolizeiamtsärztInnen abwechselnd tätig sind. Aus der Dokumentation sollte jedenfalls ersichtlich sein, was bei der Untersuchung erhoben wurde, was daraufhin veranlasst wurde und/oder wohin der/die Angehaltene weiterverwiesen

wurde. Zu einer lückenlosen Dokumentation gehört es ebenso, dass aus den Erhebungsformularen ersichtlich ist, wer die Untersuchung durchgeführt hat (Name, Unterschrift, Stempel des Arztes/der Ärztin) bzw. wer für die Eintragung verantwortlich war. Die Dokumentation sollte nach Möglichkeit zwecks besserer Lesbarkeit automationsunterstützt erfolgen, ansonsten auf die Lesbarkeit geachtet werden müsse. Die wiederkehrende stichprobenmäßige Kontrolle der ärztlichen Dokumentation durch den Leiter des polizeiärztlichen Dienstes ist wünschenswert.

Hinsichtlich der menschenrechtlichen Relevanz einer umfassenden Dokumentation verweist der Menschenrechtsbeirat auf das Urteil des EGMR *Keenan gg Vereinigtes Königreich* vom 3. April 2001. Der Gerichtshof nahm bei der Prüfung, ob Mark Keenan, der 1993 in einer Haftanstalt Selbstmord verübte, einer unmenschlichen oder erniedrigenden Behandlung oder Strafe iSv. Art 3 EMRK unterworfen worden war, unter anderem den Mangel an medizinischen Aufzeichnungen wahr und stellte fest, dass aufgrund der Tatsache, dass eine Anzahl von Gefängnisärzten in die medizinische Betreuung involviert waren, die Wirksamkeit jeglichen Überwachungs- und Beobachtungsprozesses durch die mangelhaften Unterlagen unterminiert wurde. Dies, gemeinsam mit dem Mangel an psychiatrischem Input, führte nach Ansicht des Gerichtshofes zu signifikanten Defiziten in der Einschätzung und Behandlung des Mark Keenan. Vor diesem Hintergrund erachtete der Gerichtshof die Verhängung einer Disziplinarstrafe (7 Tage Isolationshaft und 28 Tage zusätzliche Strafe) als signifikantes Defizit in der medizinischen Betreuung und stellte in der Folge eine Verletzung von Art 3 EMRK fest<sup>49</sup>.

Der Menschenrechtsbeirat hält es auch für unbedingt erforderlich, dass für haftunfähig erklärten Personen bei ihrer Entlassung eine Auflistung der im PAZ erfolgten Medikation sowie eine Liste über weiterhin erforderliche Medikation beigegeben werden sollte. Dieser Beschreibung sollte auch der Gesundheitszustand des/r Entlassenen entnommen werden können, sowie Hinweise darüber, ob eine weitere ärztliche Behandlung innerhalb welcher Frist erforderlich wäre. Der Menschenrechtsbeirat ist der Ansicht, dass diese Daten auf einem Haftbestätigungsblatt, wie er im Bericht des Menschenrechtsbeirates zur "Information von Verwaltungshäftlingen" empfohlen wird, durch Vorabdrucke leicht dokumentiert und integriert werden könnte.

---

<sup>48</sup> CPT/Inf (93) 12, § 39.

<sup>49</sup> EGMR, *Keenan gg Vereinigtes Königreich* vom 3. April 2001.



### **4.1.3. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates**

- ? **Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt,**
  - ? **die Wichtigkeit der lückenlosen Dokumentation des Gesundheitszustandes der angehaltenen Personen nachhaltig in Erinnerung zu rufen;**
  - ? **die Dokumentation stichprobenartig durch den Leiter des ärztlichen Dienstes zu überprüfen;**
  - ? **zu veranlassen, dass der Dokumentation neben der Diagnose des Gesundheitszustandes und der veranlassten Behandlung auch Name und Unterschrift der behandelnden ÄrztInnen bzw. der für die Dokumentation verantwortlichen BeamtInnen/SanitäterInnen auf jedem Dokumentationsbogen ersichtlich ist;**
  - ? **auf geeignete Weise sicherzustellen, dass die im PAZ erfolgte Medikation übersichtlich dokumentiert wird;**
  - ? **aufgrund von Haftunfähigkeit entlassenen Personen bei ihrer Entlassung Informationen über den Gesundheitszustand (insbesondere über die im PAZ erfolgte Medikation, die weiterhin erforderliche Medikation, sowie Angaben über die weiterhin erforderliche Beziehung eines Arztes/einer Ärztin innerhalb welcher Frist) in schriftlicher Form auszufolgen. [53]**

## **4.2. Information des/der Angehaltenen, des Wachpersonals, der Betreuungsorganisation**

### **4.2.1. Problemaufriss**

Eine NGO in der Schubhaftbetreuung gibt an, dass sich medikamentös behandelte Schubhäftlinge nicht ausreichend informiert fühlen, welches Medikament ihnen verabreicht werde. Eine Wahlmöglichkeit des Behandlers/der Behandlerin sei nicht gegeben. Beispielsweise habe ein Amtsarzt einem angehaltenen Patienten nach einem Kollaps bloß eine (offene) Tablette in die Hand gegeben, ohne zu erläutern, was dieses Medikament sei oder beinhalte.

Eine andere NGO erläutert, dass fehlende oder mangelnde Information über die gestellte Diagnose, die durchgeführte Behandlung und die verordneten Medikamente wie auch die Verteilung der medizinischen Anamneseblätter, die nur teilweise erfolge, von angehaltenen Personen wiederholt bemängelt wurde. Ebenso schwierig gestalte es sich bei manchen

Nachfragen durch die Betreuungsorganisation, die Krankengeschichte der KlientInnen schnell und klar anhand des medizinischen Aktes nachzuvollziehen.

Die Kommissionen berichten, dass auch seitens der befragten BeamtInnen massiv kritisiert wurde, dass eine rasche und umfassende Information, ansteckende Krankheiten betreffend, nicht üblich sei.

#### **4.2.2. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates**

PatientInnen in Haftanstalten sollten mit allen wesentlichen Informationen betreffend deren Gesundheitszustand, dem Verlauf der Behandlung sowie der vorgeschriebenen Medizin erhalten. Auch die Einsicht in den Krankenakt durch den/die PatientIn wird als wesentlicher Punkt angesehen<sup>50</sup>. § 51 Abs 1 ÄrzteG ist, wie unter Kapitel II.2 bereits dargestellt, eine ähnliche Bestimmung zu entnehmen, wonach ÄrztInnen die Verpflichtung haben, u.a. Auskünfte über den Zustand der PatientInnen oder deren Behandlung zu erteilen. Eine Behandlung ohne Rücksicht auf die Aufklärungspflicht könnte demnach diese Verpflichtung zur Aufklärung verletzen<sup>51</sup>. In Ermangelung von DolmetscherInnen könnte die Sprachbarriere dazu führen, dass AmtsärztInnen ihrer Informationspflicht nicht nachkommen könnten. Der Menschenrechtsbeirat hält es für unerlässlich, alle Möglichkeiten der Informationsweitergabe zu prüfen und auszuschöpfen. Häftlinge, die einer Behandlung bedürfen, sollten jedenfalls – allenfalls unter Beiziehung sprachlich versierter SchubhaftbetreuerInnen – über die ärztlichen Schritte in einer ihnen verständlichen Sprache informiert werden.

Hinsichtlich ansteckender Krankheiten empfiehlt das CPT umfassende Aufklärung sowohl für Häftlinge, wie auch für das Wachpersonal hinsichtlich ansteckender Krankheiten und erwähnt an dieser Stelle insbesondere Hepatitis, AIDS, Tuberkulose und dermatologische Erkrankungen. In diesem Zusammenhang betont das CPT, dass es keinerlei medizinische Rechtfertigung für eine Isolierung von HIV-Positiven Häftlingen, die gesund sind, bestehe<sup>52</sup>.

---

<sup>50</sup> CPT/Inf (93) 12, § 46.

<sup>51</sup> Vgl auch OGH 10 Ob 8/01 (Haftung eines Arztes aufgrund ungenügender Wahrnehmung der Aufklärungspflicht über gesundheitliche Risiken gegenüber PatientInnen), wo dieser festgestellt hat, dass der Umfang der Aufklärung aufgrund gewissenhafter ärztlicher Übung und Erfahrung nach den Umständen des Einzelfalles unter Bedachtnahme auf die Besonderheiten des Krankheitsbildes beurteilt werden muss.

<sup>52</sup> CPT/Inf (93) 12, § 54 ff.

#### **4.2.3. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates**

- ? **Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, durch geeignete Maßnahmen – etwa unter Beiziehung von sprachlich versierten SchubhaftbetreuerInnen – sicherzustellen, dass zu behandelnde angehaltene Personen über die maßgeblichen Fragen der Behandlung in einer ihnen verständlichen Sprache informiert werden. [54]**
- ? **Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, WachebeamtenInnen und SchubhaftbetreuerInnen über Infektionsgefahren zu informieren. [55]**
- ? **Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, im Sinne des CPT, auf geeignete Weise klarzustellen, dass es keinerlei medizinische Rechtfertigung dafür gibt, HIV-positive Personen getrennt von anderen Häftlingen anzuhalten. [56]**

### **V. Präventive Maßnahmen zur Minimierung medizinischer Problemlagen**

#### **1. Haftbedingungen - infrastrukturelle Maßnahmen**

##### **1.1. Problemaufriss**

Die Kommission stellte bei einem wiederholten Besuch - bei dem im Unterschied zum Vorangehenden die Belagszahl wesentlich geringer war - an einem PAZ fest, dass eine veränderte Belagszahl - und somit ein veränderter Personalschlüssel - zu einer entspannteren und besser erträglichen Haftsituation wesentlich beitragen würde. Die Einhaltung minimaler Standards erscheine der Kommission unter diesen Bedingungen zumindest einhaltbar zu sein.

Eine Kommission verweist mit Bedauern darauf hin, dass die derzeit vorgenommene Sanierung und Adaptierung des PAZ Hernalsergürtel um einen 3-stelligen Millionenbetrag (in ATS) nicht mit einem generellen Überdenken der Vollzugspraxis einhergegangen sei. Die derzeit umgesetzte Errichtung einer Besucherzone, in der Schubhäftlinge und Besucher strikt voneinander getrennt sind, die Art und Ausstrahlung des gesamten Gebäudes, die augenscheinlich ins Auge gefasste Fortsetzung der starken Bewegungseinschränkung der Häftlinge innerhalb des Gebäudes (einhergehend mit hoher Abhängigkeit gegenüber den StockwerksbeamtenInnen in Dingen des täglichen Lebens) lasse vermuten, dass auch nach Fertigstellung der Umbauarbeiten ein zwar in Randbereichen verbesserter, in seiner Grundstruktur jedoch unveränderter Vollzug der Schubhaft mit dem starken Strafhaftcharakter vorgesehen sei. Dies scheine der Kommission nicht nur deshalb bedenklich, weil der Haftzweck der Schubhaft von dem einer Strafhaft verschieden ist und auch zu sein habe, sondern auch, weil erfahrungsgemäß ein derartiger Vollzug deutlich höhere Personalkosten mit sich bringe als ein offener Vollzug, in dem schrittweise den Häftlingen

unter grundlegender Beachtung der Sicherheit größtmögliche Alltags-Autonomie eingeräumt werde.

Wie stark die konkrete Ausgestaltung der Haftbedingungen auf die körperliche und psychische Verfassung der angehaltenen Personen einwirkt, zeigen die sehr positiven Erfahrungen im Polizeigefangenenhaus Linz mit der Einrichtung einer Offenen Station (Station A) und einer geänderten Nutzung der Zellen in der Station B.

Seit 1. Oktober 2000 können bis zu 26 Schubhäftlinge nach einem etwa 3-wöchigen Beobachtungszeitraum, in dem u.a. die TBC-Untersuchung durchgeführt wird, in einer "Offenen Station" angehalten werden. Bei tagsüber offenen Zellentüren haben die in diesem Bereich angehaltenen Personen Zugang zu einem Fernsehraum mit Bibliothek, zu einem Sportraum mit Tischtennis, Tischfußball etc., zu einer Teeküche mit Kochgelegenheiten, sowie einem frei zugänglichen Brausebad.

Diese deutlich verbesserten Haftbedingungen der Offenen Station kommen vor allem Schubhäftlingen mit längerer Dauer der Schubhaft zugute. Im Zeitraum Oktober 2000 bis April 2001 betrug die durchschnittliche Dauer der im PAZ Linz vollzogenen Schubhaft 22 Tage, während die in der Offenen Station angehaltenen Personen durchschnittlich 49 Tage in Haft waren.

Bis heute kam es in der Offenen Station zu keiner einzigen Körperverletzung, zu keiner Selbstbeschädigung und zu keinem Hungerstreik. Die Zahl der Häftlingsuntersuchungen ging in den ersten sieben Monaten um 44 Prozent gegenüber dem Vergleichszeitraum des Vorjahres zurück.

Ermutigt durch die Erfahrungen der Offenen Station (Station A) werden seit Sommer 2001 die Schubhäftlinge auf der Station B nicht mehr von den Nachtzellen in die (teilweise überfüllten) Tageszellen umgesperrt. Die Tageszellen sollen nach der bevorstehenden Sanierung als Aufenthaltsraum mit Fernseher, sowie als Aufenthaltsraum mit Tischtennis und Tischfußball ausgestaltet werden, zu dem die Schubhäftlinge dann abwechselnd zu festgelegten Zeiten Zugang haben sollen. Schon in der ersten Phase konnte der Polizeiärztliche Dienst auch für diese Station einen Rückgang der medizinischer Problemmeldungen um etwa 30 Prozent verzeichnen.

## 1.2. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates

Eine vom Bundesminister für Justiz eingesetzte ExpertInnenkommission verweist in ihrem Bericht zur generellen Suizidprävention auf *Gerhard Kette*. Dieser hat in Anlehnung an Modelle der Stressforschung eine Bewältigungstheorie der Haftsituation entworfen und setzt als Grundlage der Theorie die Person-Umwelt-Korrespondenz als Bedingung des Hafterlebens und der daraus resultierenden Bewältigungsstrategien. Nach diesem Konzept werden verschiedene (soziokulturelle, physische, soziale Umwelten sowie die Umwelt der Gefängnisorganisation) "Umwelten" als für Suizidprävention wesentlich angesehen. Die ExpertInnenkommission weist in ihrer Analyse der "Umwelten" daraufhin, dass die Gefängnisorganisation in den letzten Jahren vermehrt Impulse zur Verbesserung der Sicherheit gesetzt habe, wogegen vergleichbare Impulse im Bereich der Betreuung und Behandlung nicht zu erkennen gewesen seien (als Beispiel wurde genannt, auf Tagesstrukturen mit Arbeit, Freizeit, etc. zu achten). Zur physischen Umwelt wurde dargestellt, dass die Kontrollarchitektur auf das Nötigste beschränkt und der Funktionalismus zugunsten kleinerer Einheiten zurückgedrängt werden sollte. Im Bezug auf die soziale Umwelt wurde u.a. ausgeführt, dass der Aus- und Weiterbildung des Personals größeres Augenmerk geschenkt werden sollte, da Teile der Justizwachebediensteten eher kustodiales Bewusstsein als Interesse und Verständnis für die Betreuungs- und Behandlungsaufgaben aufweisen würden<sup>53</sup>.

Der umfassende Bericht dieser ExpertInnenkommission (obgleich ausschließlich der Suizidprävention gewidmet) spiegelt in vielen Bereichen die strukturellen Probleme wieder, die der Menschenrechtsbeirat mit dem hier vorliegenden Bericht für die Anhaltung in Polizeigefangenenhäusern aufzeigt.

Ein durch strukturelle Änderungen in den Haftbedingungen erreichter signifikanter Rückgang der Meldungen zum Polizeiarzt um 30 bzw. 44 Prozent zeigen ein beträchtliches Entlastungspotenzial für den Polizeiärztlichen Dienstes. Dessen beschränkte Ressourcen könnten intensiver der medizinischen Betreuung angehaltener Personen gewidmet werden, wenn

---

<sup>53</sup> Siehe Gesamtbericht der vom Bundesministerium für Justiz eingesetzten Expertenkommission zu Fragen des Straf- und Maßnahmenvollzuges, 19 ff.

- Meldungen zur Vorführung zu PolizeiärztInnen, die nicht medizinisch motiviert sind, sondern primär auf eine Abwechslung im tristen Haftalltag, auf eine Gesprächsmöglichkeit außerhalb der Zelle aus sind, zurückgehen würden. Dies kann beispielsweise durch das Eröffnen verstärkter Kommunikationsmöglichkeiten mit Mithäftlingen (offene Zellentüren), sowie durch Beschäftigungsangebote erreicht werden.
- medizinischen Alltagsproblemen, wie Verspannungs- und Kopfschmerzen, durch verbesserte Möglichkeiten der sportlichen Betätigung begegnet werden könnte.

Der Menschenrechtsbeirat anerkennt die Bemühungen des Bundesministeriums für Inneres, mit der bereits erfolgten Einrichtung "Offener Stationen" in Linz, Bludenz und Innsbruck, sowie deren Planung für Wels, Steyr und Villach, Modelle eines gelockerten Haftregimes zu forcieren.

Allfälligen Vorbehalten gegenüber der Einführung von Modellen eines gelockerten Haftregimes von Behördenleitung oder der SicherheitswachebeamtInnen an anderen PAZ-Standorten sollte durch einen Erfahrungsaustausch mit jenen BeamtInnen entgegengewirkt werden, die bereits Dienst in Offenen Stationen verrichten.

Der Menschenrechtsbeirat äußert aber auch sein Bedauern darüber, dass in die gegenwärtige Umgestaltung des PAZ Hernalser Gürtel derartige Überlegungen bislang nicht eingeflossen sind.

### **1.3. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates**

- ? **Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, Modelle eines gelockerten Haftregimes in Polizeigefangenenhäusern (wie etwa Offene Stationen) – unter Einbeziehung externer Meinungen, wie beispielsweise der Schubhaftbetreuung - weiter zu forcieren und dabei jedenfalls anstehende Sanierungen für strukturelle Verbesserungen der Haftbedingungen zu nützen. Die praktische Umsetzung der Modelle eines gelockerten Haftregimes sollte unter Einbeziehung der Schubhaftbetreuung einer Evaluierung unterzogen werden. [57]**
- ? **Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, im Rahmen der Schulung von SicherheitswachebeamtInnen, die Dienst in Polizeigefangenenhäusern versehen, den Erfahrungen von SicherheitswachebeamtInnen mit Modellen eines gelockerten**

**Haftregimes, wie etwa einer Offenen Station, besondere Aufmerksamkeit zu schenken. [58]**

## **2. Psychosoziale Betreuung**

### **2.1. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates**

Das Fehlen der psychosozialen Betreuung wird übereinstimmend von Kommissionen des Menschenrechtsbeirates wie auch in sämtlichen - auf Basis der bis dato erfolgten Besuche in Österreich - Berichten des CPT kritisiert. Dementsprechend verfügt lediglich ein PAZ über einen Amtsarzt aus dem Fachbereich der Psychiatrie<sup>54</sup>.

In der Beantwortung der Republik Österreich zu der vom CPT abgegebenen Empfehlung, an den Wiener PAZ und gegebenenfalls auch anderen österreichischen PAZ den Häftlingen angemessene psychologische und psychiatrische Betreuung zur Verfügung zu stellen, wird darauf hingewiesen, dass eine psychologische und/oder psychiatrische Betreuung Kosten verursachen würde, die im budgetären Rahmen keinesfalls Deckung finden würde. Es wird weiters darauf verwiesen, dass die Betreuung nur muttersprachlich erfolgen könnte, was eine umfangreiche Beiziehung von DolmetscherInnen verschiedener Sprachen erforderlich machen würde<sup>55</sup>.

Der Menschenrechtsbeirat ist sich der budgetären Anspannung bewusst, verweist aber auch darauf, dass dies nicht der Grund dafür sein darf, von einer psychologisch/psychiatrischen Betreuung gänzlich abzusehen. Die routinemäßige Beiziehung von PsychologInnen bei der ärztlichen Betreuung wird in diesem Zusammenhang nicht als unbedingt erforderlich angesehen. Als sehr wohl essenziell versteht es der Menschenrechtsbeirat jedoch, dass für jedes PAZ einE PsychologIn zur Verfügung steht, der/die bei Bedarf den psychischen Zustand eines Häftlings kontrollieren kann. Diese Betreuung könnte durch die Schaffung eines Konsiliardienstes erfolgen, der sicherstellen soll, dass sämtliche PAZ bei Bedarf in angemessener Zeit auf FachärztInnen zurückgreifen können.

---

<sup>54</sup> Siehe Tabelle unter Kapitel III.2.1.

<sup>55</sup> Stellungnahme der Republik Österreich zu dem Bericht des Europäischen Komitees zur Verhütung von Folter und unmenschlicher Behandlung oder Strafe (CPT) anlässlich des Besuches in Österreich vom 19. bis 30. September, Pkt 61.

## **2.2. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates**

? **Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, geeignete Maßnahmen – etwa durch Schaffung eines Konsiliardienstes – in der Form zu ergreifen, dass pro PAZ ein Psychologe/ eine Psychologin bei Bedarf (sei es aufgrund einer Anregung durch PolizeiamtsärztInnen, WachebeamtenInnen oder SchubhaftbetreuerInnen) herangezogen werden kann. [59]**

## **3. Hygienische Überwachung der Anhalteorte**

### **3.1. Allgemeine Erwägungen des Menschenrechtsbeirates**

Der Dienstanweisung über den polizeiärztlichen Dienst ist zu entnehmen, dass PolizeiamtsärztInnen die hygienische Überwachung der Polizeiarreste hinsichtlich Aborte, Waschanlagen bezüglich Reinlichkeit, Lüftung, Beheizung, zeitgemäße Ausstattung usw fallweise, jedoch mindestens einmal pro Woche durchzuführen haben. Diese Kontrolle hat unter Beisein des Kommandanten des PAZ zu erfolgen. Die Ergebnisse sind in geeigneter Form zu dokumentieren (Pkt 1.12.1). Die Überwachung der allgemeinen Pflege der ArrestantInnen, des Zelleninventars, wie Betten, Decken, Bettwäsche auf ihre Reinlichkeit hat stichprobenartig zu erfolgen (Pkt 1.12.2). Periodisch sollen auch die Lebensmittel und die Reinlichkeit des Geschirrs in Polizeiküchen durch PolizeiamtsärztInnen überprüft werden (Pkt 1.12.3). Wahrgenommene Missstände sind nach Möglichkeit sofort abzustellen bzw dem Kommandanten des PAZ zu melden. Wurde eine solche Abstellung urgiert, so hat sich der/die PolizeiamtsärztIn von der Abstellung in der Folge zu überzeugen.

### **3.2. Überwachung der Verpflegung**

#### **3.2.1. Problemaufriss**

Eine Kommission sah sich aufgrund festgestellter Mängel bei einem Besuch in einem PAZ dazu veranlasst einen Dringlichkeitsbericht an den Menschenrechtsbeirat zu leiten. Die Kommission suchte aufgrund von Hinweisen die Küche eines PAZ auf und begutachtete das Essen. Als Hauptgericht habe es "Wurstnudeln" gegeben, wobei die Nudeln vollständig verkocht, von grauer Farbe und die ursprüngliche Form der Nudeln nicht mehr abgrenzbar gewesen sei. Auch die Fleisch- bzw. Wursteinlage sei grau, die Oberfläche schmierig schimmernd gewesen. Die Mahlzeit habe deutlich den Eindruck einer Resteverwertung hinterlassen. Nach Angaben der Bediensteten wechsele die Qualität stark - nach einer Kritik trete zwar nachfolgend jeweils eine Verbesserung ein, jedoch nur für kurze Zeit. Insgesamt sei die Qualität des Essens, im Vergleich mit dem, was am Wochenende von der Justizanstalt



geliefert würde, schlecht. Aus diesem Grunde würden sich auch die Häftlinge am Wochenende satt essen und während der Woche auf Brot und Semmeln ausweichen.

Die Kommission war aufgrund der vorgefundenen Missstände der Ansicht, dass die Verpflegung regelmäßig vom Amtsarzt zumindest optisch kontrolliert werden sollte. Falls sich hier sowie beim gegenständlichen Besuch der Kommission Hinweise ergeben würden, dass das Essen möglicherweise sogar verdorben sei, sollten wie entsprechend dem dafür behördeninternen einschlägigen Erlass Proben genommen und einer Lebensmittelkontrolle unterzogen werden. Auch der Amtsarzt habe sich von der minderen Qualität des Essens selbst überzeugt, und gemeint, dass er davon nicht kosten wolle.

Kommissionen erwähnen in ihren Berichten immer wieder, dass angehaltene Personen - insbesondere jene anderer Kulturkreise – sich über die Schwerverträglichkeit der Kost beklagen.

### **3.2.2. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates**

Die Dienstanweisung entspricht prinzipiell den vom CPT vorgegebenen Empfehlungen wonach es Aufgabe des ärztlichen Dienstes sein soll die Verpflegung in Haftanstalten zu überprüfen<sup>56</sup>. Der ärztliche Dienst hat in PAZ demnach die Verpflegung hinsichtlich Quantität, Qualität und Verteilung des Essens zu überprüfen. Obzwar in der Mehrzahl der PAZ die Qualität der Verpflegung kaum Grund zu Beanstandungen gegeben hat, gibt obiger Bericht einer Kommission Anlass zu Sorge. Im konkreten Fall wird unter der Woche die Verpflegung durch einen Pächter vorgenommen und am Wochenende durch die Justizanstalt. Der Menschenrechtsbeirat zeigt sich verwundert darüber, dass trotz wiederholter Beschwerden am Pachtvertrag weiterhin festgehalten wird und stellt weiters fest, dass entsprechend der Dienstanweisung PolizeiärztInnen gerade bei wiederholt auftretenden Beschwerden ihrer Verpflichtung der Kontrolle der Verpflegung verstärkt nachkommen sollten.

Festzuhalten ist weiters, dass bei der Verpflegung auch auf kulturelle Unterschiede hinsichtlich der Verträglichkeit Rücksicht genommen werden sollte - dies unter Einbindung des ärztliche Dienstes. Beschwerden von Häftlingen – insbesondere dann, wenn sich diese mehren bzw. wiederholen – sollten ernst genommen werden. Der Menschenrechtsbeirat hebt

in diesem Zusammenhang die Bemühungen eines PAZ hervor, in dem sich die Leitung um die regelmäßige Bereitstellung von Weißbrot bemühte, da Häftlinge wiederholt auf die schwere Verträglichkeit von Schwarzbrot hinwiesen.

### **3.2.3. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates**

? **Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, dem ärztlichen Dienst den Erlass hinsichtlich der Verpflichtung zur hygienischen Überwachung der Anhalteorte generell in Erinnerung zu rufen. [60]**

---

<sup>56</sup> 3<sup>rd</sup> General Report CPT/Inf (93) 12 § 53.

## **VI. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates**

1. Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, den polizeiärztlichen Diensten umgehend das Erfordernis kurativer Tätigkeit in den PAZ auf dem Erlasswege in Erinnerung zu rufen und zu konkretisieren. Insbesondere soll Punkt 1.1.3. Satz 1 der Dienstanweisung über den polizeiärztlichen Dienst (der Polizeiamtssarzt ist grundsätzlich nicht zur Heilbehandlung berufen) derart abgeändert werden, dass dies nicht als Hinderungsgrund für kurative Tätigkeit in den PAZ missverstanden werden kann.
2. Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, im Rahmen einer Neufassung der AnhO die Ausübung der kurativen Tätigkeit durch PolizeiamtsärztInnen im Ausmaß ihres Erkenntnis-, Wissens- und Erfahrungsstandes und nach den im jeweiligen PAZ vorhandenen Möglichkeiten, jedenfalls aber nach Art einer hausärztlichen Tätigkeit, rechtlich zu verankern.
3. Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, an PAZ, in denen mehrere AmtsärztInnen tätig sind, die begutachtende und die kurative Tätigkeit dahingehend zu trennen, dass AmtsärztInnen arbeitsteilig kurative und gutachterliche Aufgaben übernehmen.
4. Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, sicherzustellen, dass an allen PAZ SicherheitswachebeamtenInnen als ausgebildete SanitäterInnen zur Verfügung stehen.
5. Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, SicherheitswachebeamtenInnen, die als SanitäterInnen eingesetzt werden, von anderen polizeilichen und administrativen Aufgaben zu entlasten, um sich den spezifischen Aufgaben von SanitäterInnen besser widmen zu können.
6. Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, in weiterer Folge entsprechend den Anregungen des CPT in den größeren PAZ die Schaffung von Planstellen für diplomiertes Krankenpflegepersonal zu prüfen.
7. Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, jährlich Folgeschulungen für SanitäterInnen abzuhalten, dazu medizinisches Fachpersonal als externe ReferentInnen beizuziehen,

sowie zu fördern, dass SanitäterInnen Praktika in Spitälern, Ambulanzen oder anderen geeigneten Einrichtungen absolvieren.

8. Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, dass neben PolizeiamtsärztInnen auch zu SanitäterInnen ausgebildete SicherheitswachebeamtenInnen - während der Unterstützungsleistungen für PolizeiamtsärztInnen - nicht eine Uniform, sondern einen weißen Mantel tragen sollen, der sie als medizinisches Hilfspersonal erkenntlich macht.
9. Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, geeignete Maßnahmen (beispielsweise vertragliche Regelungen) zu ergreifen, dass in allen PAZ bei Bedarf FachärztInnen zur Verfügung stehen. In PAZ, in denen Frauen angehalten werden, soll eine regelmäßige Untersuchung durch FachärztInnen aus dem Bereich der Frauenheilkunde angeboten werden.
10. Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, ein Kompendium zu erarbeiten, das alle für den polizeiärztlichen Dienst und die Tätigkeit der SanitäterInnen maßgeblichen Regelungen enthält, und dieses allen mit der medizinischen Versorgung in den PAZ befassten Personen in regelmäßig aktualisierter Form zur Verfügung zu stellen.
11. Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, dass nicht besetzte Planstellen im Bereich der medizinischen Versorgung angehaltener Personen in den PAZ nachbesetzt werden.
12. Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, die vereinbarte Anwesenheit der AmtsärztInnen in den PAZ in geeigneter Weise zu dokumentieren und zu überprüfen.
13. Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, SanitäterInnen mit der regelmäßigen Kontrolle des Ablaufdatums aufbewahrter Medikamente zu beauftragen.
14. Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, regelmäßige Besprechungen des polizeiärztlichen Dienstes mit HonorarärztInnen und SanitäterInnen zum Zwecke des Meinungs- und Erfahrungsaustausches sowie zur Qualitätssicherung der medizinischen Betreuung im jeweiligen PAZ durchzuführen.
15. Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, den angehaltenen Personen den Zugang zu ihrem Recht, eine Ärztin/einen Arzt ihrer Wahl gemäß § 10 Abs. 5 AnhO beizuziehen, nach Möglichkeit zu erleichtern, insbesondere etwa durch großzügig bemessene Rahmenzeiten

für den Besuch von VertrauensärztInnen in einem PAZ, sowie eine Entkoppelung der Untersuchung des Vertrauensarztes/der Vertrauensärztin von der Anwesenheit des Amtsarztes/der Amtsärztin. In diesem Sinne sollte auch – in Übereinstimmung der diesbezüglich ergangenen Empfehlung des CPT - § 8 Abs. 3 RLV abgeändert werden.

16. Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, gemeinsam mit der Schubhaftbetreuung in Anlehnung an den Vorschlag des CPT eine Liste von ÄrztInnen zu erstellen, die zu einer Tätigkeit als Vertrauensarzt/-ärztin angehaltener Personen bereit wären.
17. Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, die Verantwortung für die kurative Tätigkeit bei Beiziehung eines Vertrauensarztes/einer Vertrauensärztin zu klären.
18. Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, Fachgespräche von Polizeiamts- und HonorarärztInnen, SanitäterInnen, WachebeamtenInnen und SchubhaftbetreuerInnen zu kritischen Bereichen der medizinischen Versorgung angehaltener Personen durchzuführen, um in diesen Bereichen die Kooperationsmöglichkeiten besser auszunützen und die medizinische Versorgung angehaltener Personen zu optimieren.
19. Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, BetreuerInnen der NGO-Vertragspartner in der Schubhaftbetreuung die Teilnahme an Schulungen zur medizinischen Versorgung angehaltener Personen zu ermöglichen, insbesondere wenn diese betreuungsrelevante Aspekte wie Hungerstreik oder psychische Beeinträchtigungen behandeln.
20. Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, TBC-Reihenuntersuchungen für alle angehaltenen Schubhäftlinge anzubieten und entsprechende Verhandlungen mit jenen Bundesländern anzustreben, die den Erlass des vormaligen Bundesministeriums für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz mit der GZ 21.730/17-II/D/2/94 in ihrem Wirkungsbereich noch nicht umgesetzt haben.
21. Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, vor TBC-Reihenuntersuchungen die betroffenen Personen über den Hintergrund der Untersuchung aufzuklären, bei deren allfälliger Ablehnung aber von Zwangsmaßnahmen zu ihrer Durchsetzung Abstand zu nehmen.

22. Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, den derzeit in Anwendung befindlichen Anamnesebogen in der vom Menschenrechtsbeirat überarbeiteten Fassung zu erweitern/abzuändern (siehe Bericht zur “Medizinischen Betreuung von angehaltenen Personen”, 40 f).
23. Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, § 66 (1) FrG dahingehend zu ändern, dass in Analogie zu Minderjährigen bei schwer kranken Personen und schwangeren Frauen die Behörde gelindere Mittel anzuwenden hat. Nach Maßgabe des Einzelfalles sollte dieser besonders schützenswerten Personengruppe die notwendige fachgerechte medizinische, psychiatrische oder soziale Versorgung zugeführt werden. Zur Abdeckung der Kosten sollte auch für diese Personengruppen das in diesem Bericht vorgeschlagene Versicherungssystem, nach dem Vorbild der Bundesbetreuung, ausgeweitet werden.
24. Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, auch das Institut des gelinderen Mittels in den Überlegungen zu einem Versicherungssystem für Schubhäftlinge zu berücksichtigen.
25. Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, den Schubhäftlingen auf Wunsch gemäß den allgemeinen PatientInnenrechten die Befunde zu den sie betreffenden Untersuchungen in Kopie auszuhändigen und - angesichts der regelmäßigen Mittellosigkeit angehaltener Personen – auf einen Kostenersatz zu verzichten.
26. Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, medizinische Behandlungen außer Seh- und Hörweite von BeamtInnen oder Mithäftlingen durchzuführen.
27. Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, ÄrztInnenzimmer hinsichtlich der Räumlichkeiten und der Ausstattung einheitlich – nach dem Standard einer Ordination eines/r praktischen Arztes/Ärztin – zu gestalten.
28. Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, die Aufmerksamkeit von WachebeamtInnen bzw. SanitäterInnen und SchubhaftbetreuerInnen gegenüber psychischen Auffälligkeiten angehaltener Personen durch gemeinsame Schulungen zu erhöhen.
29. Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt,

- ? den polizeiärztlichen Dienst jeweils ehestmöglich über die Sprachkenntnisse von Personen zu informieren, die auf ihre Haftfähigkeit zu untersuchen sind;
- ? die Beiziehung geeigneter DolmetscherInnen zur medizinischen Begutachtung und Behandlung angehaltener Personen zu forcieren;
- ? den PolizeiärztInnen DolmetscherInnenlisten zur Verfügung zu stellen;
- ? bei der Auswahl des medizinischen Personals, insbesondere bei HonorarärztInnen, verstärkt auch auf sprachliche Qualifikationen Bedacht zu nehmen;
- ? in größeren PAZ den PolizeiärztInnen in regelmäßigen Abständen DolmetscherInnen in den hauptsächlich gesprochenen Fremdsprachen zur Visite beizustellen.

30. Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, Anamnesebögen in der durch diesen Bericht vorgeschlagenen Fassung an allen PAZ in den erforderlichen Sprachen aufzulegen bzw. EDV-unterstützt abrufbar zu machen und deren tatsächliche Verwendung in der Praxis zu kontrollieren.

31. Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt insbesondere in Fällen, in denen der Verdacht auf Selbstgefährdung oder psychische Auffälligkeiten besteht, professionelle DolmetscherInnen heranzuziehen.

32. Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, den wissenschaftlichen Diskurs zu den Auswirkungen eines Hungerstreiks unter den PolizeiamtsärztInnen, etwa unter Einbeziehung neuer Erkenntnisse und Einladung von ExpertInnen, zu fördern.

33. Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, die lokale Einrichtung der Schubhaftbetreuung von der Ankündigung oder dem Beginn eines Hungerstreiks ehestmöglich zu informieren.

34. Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, die Besuchsmöglichkeiten von Schubhäftlingen im Hungerstreik großzügig zu handhaben und auch Besuche in der (Kranken-)Zelle zu ermöglichen.

35. Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, SchubhaftbetreuerInnen zu gemeinsamen Schulungen mit dem polizeiärztlichen Dienst und SicherheitswachebeamtenInnen einzuladen bzw. eigenständige Fortbildungsmaßnahmen zu diesem Zweck zu fördern.

36. Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, sicherzustellen, dass den ÄrztInnen gemäß geltender AnhO vorbehaltene Maßnahmen bezüglich Hungerstreik auch tatsächlich nur von ÄrztInnen angeordnet werden und dies im Einzelfall medizinisch begründet erfolgt.
37. Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, die die Schubhaft vollziehenden Behörden darauf hinzuweisen, dass eine Beschränkung oder Verhinderung der Bewegung im Freien als disziplinierende Maßnahme gegenüber Hungerstreikenden nicht rechtskonform ist.
38. Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, (auch im Rahmen einer allfälligen Neufassung der AnhO) von Maßnahmen wie Sanktionierungen oder Einschränkungen der Rechte von Angehaltenen allein auf Grund eines Hungerstreiks Abstand zu nehmen, soweit solche Maßnahmen nicht – wie nach § 10 Abs. 4 AnhO – medizinisch begründet sind und im Einzelfall vom zuständigen Arzt ausgesprochen werden.
39. Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, hungerstreikenden Angehaltenen erhöhte Aufmerksamkeit zu schenken. Neben der Weitergabe der Informationsblätter über die gesundheitlichen Konsequenzen sollte verstärkt im persönlichen Gespräch durch PolizeiamtsärztInnen oder SanitäterInnen unter Einbeziehung von DolmetscherInnen auf die gesundheitlichen Konsequenzen hingewiesen werden und sollten SicherheitswachebeamtenInnen, SchubhaftbetreuerInnen oder andere angehaltene Personen in die Kommunikation eingebunden werden.
40. Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, zunächst eine Vereinheitlichung der Praxis bei der Behandlung von Schubhäftlingen, die einen Hungerstreik ankündigen oder durchführen, insbesondere in Bezug auf die Feststellung der Haftunfähigkeit, unter Berücksichtigung der oben angeführten Erwägungen anzustreben.
41. Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, die Auswirkungen einer verbesserten und konsistenten Vorgangsweise zu beobachten und nach etwa einem Jahr in Form einer Studie über Motive, Dauer, Intensität und medizinische Parameter bei Hungerstreiks zu evaluieren.



42. Der Menschenrechtsbeirat hält die allfällige Durchführung von Zwangsmaßnahmen im Sinne einer zwangsweisen Ernährung im Hungerstreik befindlicher Schubhäftlinge unter grundrechtlichen Gesichtspunkten für unverhältnismäßig.
43. Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, bei Verdacht auf Selbstschädigung jedenfalls psychiatrische Dienste in Anspruch zu nehmen, um einen möglicherweise folgenden Suizidversuch zu vermeiden.
44. Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, bei Auffälligkeiten eine gefährdete Person unter Beobachtung zu stellen. Die Beobachtung könnte beispielsweise durch wiederholtes Ansprechen (siehe "body packer") oder auch - bei Abwägung der Wahrung der Privatsphäre - durch die Installierung von Kameras gewährleistet werden.
45. Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, im Rahmen der Fortbildungsveranstaltungen des polizeiärztlichen Dienstes eine Einheit zum Erkennen von Anzeichen der Selbstschädigung einzubeziehen. Der Menschenrechtsbeirat legt ein Konzept vor, nach dem diese Schulungseinheiten ausgerichtet werden könnten (siehe Bericht zur "Medizinischen Betreuung von angehaltenen Personen", Anhang).
46. Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, BeamtInnen, SchubhaftbetreuerInnen und SanitäterInnen verstärkt für die Gefahr der Selbstschädigung und Selbsttötung angehaltener Personen zu sensibilisieren. Die gemeinsame Schulung von BeamtInnen, SanitäterInnen und SchubhaftbetreuerInnen hat darüber hinaus auch den Vorteil, das Thema von unterschiedliche Seiten beleuchten zu können und ein besseres gegenseitiges Verständnis und die Möglichkeit zum Austausch von Meinungen und Erfahrungen zu schaffen. Der Menschenrechtsbeirat legt ein Konzept vor, nach dem diese Schulungseinheiten ausgerichtet werden könnten (siehe Bericht zur "Medizinischen Betreuung von angehaltenen Personen", Anhang).
47. Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, Personen mit Anzeichen von Traumatisierungen nicht in Haft anzuhaltend, dies auf geeignete Weise gesetzlich festzulegen und dafür Sorge zu tragen, derartig haftunfähige Personen einer professionellen Hilfe zuzuführen.

48. Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, österreichweit Kontakte mit Organisationen aufzubauen, die sich mit traumatisierten Personen befassen und diese Listen den ärztlichen Diensten zur Verfügung zu stellen sowie an allen PAZ aufzulegen.
49. Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, geeignete Maßnahmen zu ergreifen, dass sowohl notwendige Behandlungen, wie auch Ausführungen in Krankenanstalten nicht an Kostenfragen gebunden werden. Um einen vernünftigen finanziellen Rahmen gewährleisten zu können, empfiehlt der Menschenrechtsbeirat ein Versicherungssystem für Schubhäftlinge zu prüfen. Neben anderen Alternativen könnte auch ein erweitertes Modell der Betreuung durch HonorarärztInnen überlegt werden.
50. Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, von der Anhaltung suchtmittelabhängiger Personen an Orten, an denen die speziell notwendige medizinische und psychische Betreuung (begleitende psychische Betreuung, Anwesenheit eines/r Facharztes/Fachärztin, Einstellung auf Substitutionsprogramme, etc..) nicht gewährleistet werden kann, Abstand zu nehmen.
51. Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, unter Einbindung von Betreuungseinrichtungen und Krankenhäusern ein Konzept zu erarbeiten, damit sichergestellt werden kann, dass als haftunfähig beurteilte Personen nicht unversorgt auf die Straße entlassen oder mangels Alternative weiter in Haft angehalten werden, sondern nach Maßgabe des Einzelfalles einer fachgerechten medizinischen, psychiatrischen oder sozialen Versorgung zugeführt werden können.
52. Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, Überlegungen anzustellen, wie Personen, deren Haftunfähigkeit festgestellt wurde, bis zum Auffinden einer geeigneten Betreuungseinrichtung im Anschluss an die Haftentlassung, unter bestmöglicher ärztlicher Betreuung angehalten werden können (etwa Einrichtung von Akutbetten oder Unterbringung auf der Sanitätsstation unter nach den Umständen erforderlicher Beobachtung).
53. Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt,
- ? die Wichtigkeit der lückenlosen Dokumentation des Gesundheitszustandes der angehaltenen Personen nachhaltig in Erinnerung zu rufen;

- ? die Dokumentation stichprobenartig durch den Leiter des ärztlichen Dienstes zu überprüfen;
- ? zu veranlassen, dass der Dokumentation neben der Diagnose des Gesundheitszustandes und der veranlassten Behandlung auch Name und Unterschrift der behandelnden ÄrztInnen bzw. der für die Dokumentation verantwortlichen BeamtInnen/SanitäterInnen auf jedem Dokumentationsbogen ersichtlich ist;
- ? auf geeignete Weise sicherzustellen, dass die im PAZ erfolgte Medikation übersichtlich dokumentiert wird;
- ? aufgrund von Haftunfähigkeit entlassenen Personen bei ihrer Entlassung Informationen über den Gesundheitszustand (insbesondere über die im PAZ erfolgte Medikation, die weiterhin erforderliche Medikation, sowie Angaben über die weiterhin erforderliche Beziehung eines Arztes/einer Ärztin innerhalb welcher Frist) in schriftlicher Form auszufolgen.

54. Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, durch geeignete Maßnahmen – etwa unter Beziehung von sprachlich versierten SchubhaftbetreuerInnen – sicherzustellen, dass zu behandelnde angehaltene Personen über die maßgeblichen Fragen der Behandlung in einer ihnen verständlichen Sprache informiert werden.

55. Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, WachebeamtInnen und SchubhaftbetreuerInnen über Infektionsgefahren zu informieren.

56. Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, im Sinne des CPT, auf geeignete Weise klarzustellen, dass es keinerlei medizinische Rechtfertigung dafür gibt, HIV-positive Personen getrennt von anderen Häftlingen anzuhalten.

57. Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, Modelle eines gelockerten Haftregimes in PAZ (wie etwa Offene Stationen) – unter Einbeziehung externer Meinungen, wie beispielsweise der Schubhaftbetreuung - weiter zu forcieren und dabei jedenfalls anstehende Sanierungen für strukturelle Verbesserungen der Haftbedingungen zu nützen. Die praktische Umsetzung der Modelle eines gelockerten Haftregimes sollte unter Einbeziehung der Schubhaftbetreuung einer Evaluierung unterzogen werden.

58. Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, im Rahmen der Schulung von SicherheitswachebeamtenInnen, die Dienst in PAZ versehen, den Erfahrungen von SicherheitswachebeamtenInnen mit Modellen eines gelockerten Haftregimes, wie etwa einer Offenen Station, besondere Aufmerksamkeit zu schenken.
59. Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, geeignete Maßnahmen – etwa durch Schaffung eines Konsiliardienstes – in der Form zu ergreifen, dass pro PAZ ein Psychologe/eine Psychologin bei Bedarf (sei es aufgrund einer Anregung durch PolizeiamtsärztInnen, WachebeamtenInnen oder SchubhaftbetreuerInnen) herangezogen werden kann.
60. Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, dem ärztlichen Dienst den Erlass hinsichtlich der Verpflichtung zur hygienischen Überwachung der Anhalteorte generell in Erinnerung zu rufen.

## **VII. Erstellung des Berichtes**

**Der Bericht wurde in den Sitzungen des Menschenrechtsbeirates am 22.01.2002 und 05.03.2002 beraten und in der zuletzt genannten Sitzung beschlossen.**

**Der Bericht beruht auf den Vorarbeiten einer vom Menschenrechtsbeirat eingesetzten Arbeitsgruppe, der die folgenden Mitglieder und Kommissionsmitglieder des Menschenrechtsbeirates sowie zugezogene ExpertInnen angehörten:**

Günter ECKER (Leiter der AG); Dr. Reingard CANCOLA (Kommission OLG Wien 1); Dr. Willibald LACKINGER (Kommission OLG Innsbruck); Univ. Prof. Dr. Eva RÀSKY (Kommission OLG Graz); Univ. Prof. Dr. Edith TUTSCH-BAUER (Kommission OLG Linz); Dr. Siroos MIRZAEI (Kommission OLG Wien 1); MinRat Chefarzt Dr. MÖRZ (Leiter des Polizeiärztlichen Dienstes, BMI); Dr. Michaela PFLEGER DE COMTES (Amtsärztin der BPD Linz); Dr. WEBER (Amtsarzt der BPD Wien); BezInsp Walter PRAHER (Leiter des Sanitätsdienstes im PAZ Graz); ChefInsp. Albert GRASEL (Organisations- und Wirtschaftsangelegenheiten, BMI); Mag. Stefan AMANN (Schubhaftsozialdienst Wien); Mag. Martin WAGNER (Geschäftsstelle des Menschenrechtsbeirates).

**Folgende Sitzungen der Arbeitsgruppe “Medizinische Betreuung von angehaltenen Personen” fanden statt:**

21. September, 12. Oktober, 16. November 2001. Weiters wurden drei Unterarbeitsgruppen - zur Erstellung eines Schulungskonzeptes für den Umgang mit suizidgefährdeten Personen (Dr. Reingard CANCOLA und Dr. Willibald LACKINGER), zur Ausarbeitung von Standards für den Umgang mit hungerstreikenden Personen (Chefarzt Dr. Reinhard MÖRZ; Dr. Reinhard FOUS (Chefarzt, BPD Wien) und Dr. Siroos MIRZAEI) und zur Frage des “Freipressens” aus der Schubhaft (Günter Ecker, SC Dr. Roland MIKLAU und SC Dr. Wolf SZYMANSKI – Mitglieder des MRB) eingerichtet.

Ein Redaktionsteam, bestehend aus Günter ECKER und Mag. Martin WAGNER, hat die dem Beschluss des Menschenrechtsbeirates am 16.04.2002 zugrundeliegende Textfassung erstellt.

## VIII. Anhang

### Parlamentarische Anfrage zu Hungerstreik – Anhang 1

1163/J XXI.GP

(...)

13. Wieviele Schubhäftlinge sind im Jahre 1999 und im ersten Halbjahr 2000 in Hungerstreik getreten (aufgeschlüsselt nach Gemeinden, in denen sich Hafträume gemäß § 67 FrG befinden, und nach der Dauer des Hungerstreiks und Jahren)? (...)

1156/AB XXI.GP

#### Zu Frage 13:

Angaben über die exakte Dauer von Hungerstreiks sind nicht möglich, da "angekündigte" Hungerstreiks oftmals tatsächlich gar nicht stattfinden oder unterbrochen werden. Ich weise im übrigen darauf hin, dass Schubhäftlinge, auch wenn sie einen Hungerstreik ankündigen, weiterhin in die allgemeine Verpflegung einbezogen werden. Im folgenden werden daher die Zahlen der jeweiligen Ankündigungen von Hungerstreiks angeführt, unabhängig davon, ob die Nahrungsaufnahme auch tatsächlich verweigert wurde.

	1999	2000 (1. Halbjahr)
Wien	746	401
Eisenstadt	27	19
Schwechat	3	3
Wr. Neustadt	22	13
St. Pölten	82	20
Krems a.d. Donau	3	0
Linz	65	21
Wels	14	13
Steyr	6	2
Ried im Innkreis	1	4
Salzburg	64	81
Leoben	5	2
Klagenfurt	17	7
Villach	4	
Innsbruck	68	31
Bregenz	40	11

Dr. Reingard Canola  
Dr. Willibald Lackinger  
Dezember 2001

## **Grundlagen eines Schulungskonzeptes für den Umgang mit suizidgefährdeten Personen**

### **Allgemeines**

Ein Suizid ist nicht nur Endpunkt einer menschlichen Tragödie, sondern auch ein Ereignis, das sowohl soziale Ursachen als auch soziale Auswirkungen hat. Solche Ereignisse in Institutionen, in denen Menschen außerordentliche Einschränkungen ihrer Lebensgestaltung auferlegt werden und in denen der Aufenthalt im Rahmen eines Zwangskontextes erfolgt, sind von besonderer Bedeutung, da gerade die Unterbringung in derartigen Einrichtungen die Eskalation krisenhafter Zustände verbunden mit einem erhöhten Suizidrisiko begünstigt.

Der Freiheitsentzug stellt für viele Menschen von vornherein eine besonders schwierige Lebenssituation dar. Die Betroffenen müssen sich an eine völlig neue Situation anpassen, sind mit der Angst vor und dem Misstrauen gegenüber der Autorität konfrontiert, müssen die Kontrolle über die Zukunft aufgeben und sind häufig von ihren Bezugspersonen isoliert. Zudem kommt die oftmals erlebte Scham über das Eingesperrtsein. Vorbelastungen, frühere unbewältigte Krisen und eine eingeschränkte Fähigkeit mit Belastungen umzugehen, begünstigen krisenhafte Zuspitzungen wie Suizide, Suizidversuche und Selbstbeschädigungen.

Im Fall von Schubhäftlingen kommt verschärfend hinzu, dass diese Menschen von Gefühlen und Sachzwängen bewegt werden, die bereits ohne Haft akute Belastungszustände bewirken, wie Aussichtslosigkeit, soziale Ausgrenzung, Mittellosigkeit und enttäuschte Erwartungen.

Für die im Zwangskontext tätigen Berufsgruppen bestehen sehr hohe Anforderungen. Von ihnen wird erwartet, dass sie über ausreichende Sensibilität in der Wahrnehmung krisenhafter Entwicklungen verfügen, Grundzüge einer raschen und effektiven Krisenintervention beherrschen und einen Beitrag zur Prävention suizidaler Handlungen leisten können. Die Arbeit mit Menschen in Krisensituation verlangt neben einem respektvollen und toleranten

Umgang mit den Betroffenen ein hohes Maß an psychischer Belastbarkeit, aber auch einen fundierten Ausbildungs- und Kenntnisstand sowohl hinsichtlich Suizidalität als auch der wichtigsten Interventionsmöglichkeiten.

### **Schulungsmaßnahmen**

Spezielle Schulungen für das Erkennen von Krisensituationen mit erhöhtem Suizidrisiko sollten allen Berufsgruppen, die mit dem Vollzug freiheitsentziehender Maßnahmen direkt oder indirekt befasst sind, angeboten werden. Die unterschiedlichen Bedürfnisse und Anforderungen werden je nach Tätigkeitsgebiet der betreffenden Berufsgruppen unterschiedliche Schwerpunktsetzungen der Fortbildungsmaßnahmen erforderlich machen.

Schulungsmaßnahmen sollten demnach ein allgemeines theoretisches Grundgerüst zur Thematik beinhalten, aber dennoch so flexibel konzipiert werden, dass auf die individuellen Interessenschwerpunkte und die praktischen Anforderungen des Arbeitsgebietes der TeilnehmerInnen fokussiert werden kann.

Grundsätzlich sollten bei Fortbildungsangeboten folgende Themenbereiche vermittelt werden:

### **Erkennen von Suizidgefährdung**

In 80% erfolgen bei sich zuspitzenden Krisen mit suizidalem Risiko Ankündigungen in Form von Worten oder Handlungen, wobei diese Ankündigungen weder bewusst noch verbal ausgedrückt werden müssen. Die Hintergründe für eine suizidale Entwicklung sind vielfältig, sehr häufig spielen unterschiedliche Ängste verbunden mit dem Zusammenbruch der bisherigen Bewältigungsmuster und ohnmächtige Aggression gegen Andere eine zentrale Rolle.

Auf medizinischer Ebene bilden Suchterkrankungen, Depressionen, psychotische Erkrankungen, häufige Unfälle sowie (Selbst)Verletzungen Indikatoren für ein erhöhtes suizidales Risiko. Auf der psychosozialen Ebene finden sich beispielsweise starke Abhängigkeit bzw. großes Bestreben nach Unabhängigkeit, Aussichtslosigkeit, fehlende Aufgaben oder Lebenssinn über einen längeren Zeitraum, Perspektivlosigkeit häufig im Vorfeld krisenhafter Entwicklungen.

### **Motive und Bedeutungsmöglichkeiten von Suizidhandlungen**

Der Tod ist bei weitem nicht das einzige Ziel eines Menschen, der eine Suizidhandlung begeht oder beabsichtigt. Suizidhandlungen sind immer als Anzeichen einer schweren



psychischen Krise zu verstehen, in der die Verbalisierung eines unerträglich gewordenen seelischen Zustandes nicht (mehr) gelingt. Als Motive für den geplanten Suizid können der Wunsch nach Erlösung vor seelischen und/oder körperlichem Leid, die Suche nach Ruhe, Geborgenheit oder Hilfe, die Entlastung von Schuld- und Schamgefühlen, die Innenwendung der Aggression, phantasierte Racheakte u.v.a. mehr stehen. Motive geben die Richtung weiterer therapeutischer Schritte an, bestimmen aber auch in Verbindung mit der auslösenden Situation und den Lebensumständen das Ausmaß der weiterbestehenden Suizidgefährdung.

### **Intervention bei suizidalen Krisen**

Eine Krisenintervention muss rasch einsetzen, erfordert eine aktive und akzeptierende Haltung des Helfers und sollte über Unterstützungsmöglichkeiten im sozialen, psychologischen und medizinischen Bereich verfügen. Dazu ist eine enge Zusammenarbeit mit verschiedenen Berufsgruppen unumgänglich.

Da nahezu jeder Suizidversuch auch einen Appell an eine menschliche Bindung enthält, ist die Herstellung und Aufrechterhaltung bzw. die Festigung eines Kontaktes von zentraler Bedeutung. In einem durch Akzeptanz und Wertschätzung geprägten Gesprächsklima sollten Suizidgedanken und -absichten offen ausgesprochen werden können.

Jede selbstschädigende Handlung setzt ein hohes Maß an innerer Spannung voraus. Zur wirksamen Krisenintervention ist daher auch eine Umsetzungsmöglichkeit dieser Spannungen in Taten (Bewegung, aktive Entspannung, Sport) ebenso nötig wie die Füllung der Aufmerksamkeit mit sinnvoller Betätigung.

### **Besondere Probleme im Umgang mit suizidgefährdeten Personen**

Der Suizidthematik inhärent ist die Beteiligung starker Gefühlsreaktionen seitens der Betreuer. Angst, Ärger, Ohnmacht und Wut spielen dabei eine zentrale Rolle. Bei den mit suizidgefährdeten Menschen befassten Personen ist eine Reflexion über die eigene Haltung zum Suizid, zu den auftretenden Gefühlen der Machtlosigkeit, Überforderung, der Aggression etc. oft hilfreich für einen professionellen Umgang mit der Problematik. Dabei gilt es, eine individuelle Bandbreite dieser Gefühle zuzulassen, aber auch zu erkennen, wann eigene Grenzen erreicht sind.

### **Spezielle Risikofaktoren in Polizeigefangenenhäusern**

Spezielle Risikofaktoren stellen z.B. zeitbezogenen Zäsuren (unmittelbar nach Einlieferung, nach negativem Bescheid, vor Abschiebung,...), Einzelunterbringung, Drogen- Alkohol- oder

Medikamentenabhängigkeit, psychiatrische Vorbehandlungen, Probleme mit Mitgefangenen, Angriffe auf Mithäftlinge oder Personal dar.

### **Prävention**

**primär:** Reduktion gewaltfördernder Bedingungen, d.h. all jener individuellen oder institutionellen Gegebenheiten, die Beziehungen oder Tätigkeiten entwerten, die Vereinsamung fördern oder zwanghaft einengen. Förderung wechselseitiger Solidarität, Achtung vor der Entscheidung des Einzelnen. Schaffung eines Klimas, in dem Angst und Gewalt “normale” Gesprächsthemen sein können.

Schaffung von Rahmenbedingungen, die dem Angehaltenen ein möglichst hohes Maß an Sicherheit, Kommunikation und Autonomie garantieren.

**sekundär:** möglichst frühe Beziehungsaufnahme, die auch die Auseinandersetzung über Angst, Aggression und Suizidgedanken ermöglicht

**tertiär:** Herstellung und Sicherung der Motivation