

Gesundheitsversorgung in Schubhaft

**Bericht und Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates
anlässlich des Todes von Yankuba Ceesay im PAZ Linz**

2007

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	6
2. Anhaltung in Schubhaft – Allgemeiner Teil	7
2.1. Sachverhalt	7
2.2. Internationale Standards der Betreuung von angehaltenen Personen und der Haftstandard des MRB	9
2.2.1. Vereinte Nationen:	9
2.2.2. Europarat:	9
2.2.3. CPT Standards	10
2.2.4. Medizinisch-ethische Standards für die Betreuung von angehaltenen Personen	10
2.2.4. Rechtliche Qualität der Standards	10
2.2.5. Der Haftstandard des MRB	11
2.3. Innerstaatliche Praxis der Anhaltung in Schubhaft	11
2.3.1. Rechtsgrundlagen für den Freiheitsentzug und die Anhaltung	11
2.3.1.1. Freiheitsentzug	11
2.3.1.2. Anhaltung	11
2.3.1.3. Verfassungsgesetzlich gewährleistete Grundrechte und Anhaltung	12
2.3.2. Allgemeines Haftregime	14
2.3.3. Medizinische Betreuung	14
2.3.3.1. Haftfähigkeit, Anamnese, Erstuntersuchung	14
2.3.3.2. Mitwirkungs- und Duldungspflichten der Schubhäftlinge bei der Beurteilung der Haftfähigkeit	15
2.3.3.3. Heilbehandlung	15
2.3.3.4. Einwilligung des Schubhäftlings zur Heilbehandlung	16
2.3.3.5. Psychologische und psychiatrische Betreuung	16
2.3.3.6. Dokumentation	17
2.3.3.7. SanitäterInnen	18
2.3.4. Exkurs: Schubhaftbetreuung	18
2.3.4.1. Förderungsvertrag zur Durchführung des Projekts Schubhaftbetreuung	18
2.3.4.2. Betreuung	18
2.3.4.3. Dokumentation	19
2.3.4.4. Verantwortung	19
2.3.4.5. Erwägungen des MRB zur Information von Schubhäftlingen über rechtliche Umstände, Rechtsberatung und Dokumentation der Betreuungsleistungen durch Förderungsnehmer des Projektes Schubhaftbetreuung und ihre Dienstnehmer	19
2.4. Stand der Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates zum Thema „Schubhaft“	21
2.5. Erwägungen des MRB	21
3. Nahrungsverweigerung und Hungerstreik	24
3.1. Sachverhalt	24
3.2. Internationale Standards	24
3.3. Innerstaatlicher Umgang mit Nahrungsverweigerung und Hungerstreik in der Schubhaft	25
3.3.1. Aufklärung	25
3.3.2. Medizinische Betreuung	25
3.3.3. Dokumentation	26
3.4. Aufrechterhaltung der Haftfähigkeit	26
3.4.1. Einlieferung von Nahrungsverweigerern und Hungerstreikenden in die medizinische Einrichtung des Gefangenenhauses Wien	26
3.4.2. Einlieferung von Nahrungsverweigerern und Hungerstreikenden in eine Krankenanstalt	26
3.4.3. Einlieferung von Nahrungsverweigerern und Hungerstreikenden nach UbG	27
3.4.4. Künstliche Ernährung und Zwangsernährung	27
3.5. Schubhaftbetreuung und Nahrungsverweigerung bzw. Hungerstreik	27
3.6. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates zum Thema „Hungerstreik“	27

3.7. Erwägungen des MRB	27
4. Überstellung in das AKH	30
4.1. Sachverhalt	30
4.2. Arztbrief des/r Polizeiamtsarztes/ärztin	30
4.3. Verständigung der Schubhaftbetreuung.....	30
4.4. Medizinische Versorgung des Schubhäftlings während der Überstellungen in ein öffentliches Krankenhaus	31
4.5. Medizinische Behandlung in der Krankenanstalt.....	31
4.5.1. Sachverhalt.....	31
4.5.2. Untersuchung/Behandlung in der Krankenanstalt.....	31
4.5.3. Rolle der ÄrztInnen.....	32
4.5.4. Mitwirkung an Zwangsmaßnahmen.....	32
4.6. Erwägungen des MRB	32
5. Sicherungszelle	33
5.1. Sachverhalt	33
5.2. Rechtsgrundlage	33
5.3. Beheizung	34
5.4. Kontrolle und Betreuung	34
5.5. Notärztliche Maßnahmen	34
5.6. Erwägungen des MRB	34
6. Tod.....	35
6.1. Sachverhalt	35
6.2. Gerichtliche Vorerhebungen	35
6.3. Erwägungen des MRB	35
7. Verantwortlichkeit der (Polizeiamts-)ÄrztInnen.....	36
7.1. Allgemeines	36
7.2. Zivilrechtliche Verantwortlichkeit	36
7.3. Strafrechtliche Verantwortlichkeit	36
7.4. Disziplinarrechtliche Verantwortlichkeit	36
7.5. Menschenrechtliche Verantwortlichkeit.....	37
8. Ergebnis.....	37
8.1. Allgemeine Schlussfolgerungen.....	37
8.2. Empfehlungen an den Bundesminister für Inneres	37
ANHANG.....	39
Empfehlungen des MRB (auszugsweise).....	39

Abkürzungsverzeichnis

Abs	Absatz
AHG	Amtshaftungsgesetz
AG	Arbeitsgruppe
AnhO	Anhalteordnung
Art	Artikel
ÄrztG	Ärztegesetz
BGBI	Bundesgesetzblatt
BIA	Büro für interne Angelegenheiten
BPD	Bundespolizeidirektion
CPT	Europäisches Komitee zum Schutz vor Folter oder anderer unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (Antifolterkomitee, Committee for the Prevention of Torture)
EB	Einzelbericht
ECPT	European Convention for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment
EGMR	Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte
EMRK	Europäische Menschenrechtskonvention
f	die folgende
ff	die folgenden
FrG	Fremdengesetz 1997
FPG	Fremdenpolizeigesetz 2005
i.d.F.	in der Fassung
i.d.g.F.	in der geltenden Fassung
i.V.m.	in Verbindung mit
JA	Justizanstalt
lit	litera
leg. cit.	legis citatis
MRB	Menschenrechtsbeirat
OrgHG	Organhaftpflichtgesetz
PAZ	Polizeianhaltezentrum
PersFrSchG	Bundesverfassungsgesetz vom 29. November über den Schutz der persönlichen Freiheit
SID	Sicherheitsdirektion
STA	Staatsangehörigkeit
StGB	Strafgesetzbuch
StVG	Strafvollzugsgesetz
SPG	Sicherheitspolizeigesetz
ua	unter anderem
UbG	Unterbringungsgesetz
UVS	Unabhängiger Verwaltungssenat
VfGH	Verwaltungsgerichtshof
VR	Völkerrecht
VStG	Verwaltungsstrafgesetz
WHO	World Health Organisation
Z	Ziffer

1. Einleitung

Der Menschenrechtsbeirat hat sich in der 55. Sitzung am 25.10.2005 und in der 56. Sitzung am 06.12.2005 mit dem Tod des Schubhäftlings Herrn Yankuba Ceesay im PAZ Linz befasst und zur Aufarbeitung der durch den Todesfall allenfalls erkennbaren strukturellen Mängel betreffend die Anhaltung von Personen in der Schubhaft eine Arbeitsgruppe (AG) unter der Leitung von Martin Schenk, Mitglied des Menschenrechtsbeirates (MRB), eingesetzt.¹

Im Jänner 2006 nahm die AG ihre Tätigkeit auf. Den Beratungen der AG in insgesamt 7 Sitzungen² lagen die Berichte der Kommission OLG Linz, die Untersuchungsakten des BIA, die Akten der BPD Linz, des PAZ Linz und der Gerichtsmedizin Salzburg-Linz sowie die rechtlichen und ethischen Rahmenbedingungen und Standards betreffend die Anhaltung von Personen, die einschlägigen Berichte des Menschenrechtsbeirates aus den letzten Jahren und die in diesem Zusammenhang beschlossenen Empfehlungen³ an den/die Innenminister/in zugrunde. Die Materialien ergänzte die AG durch die Expertise von Univ. Prof. DDr. Christian Kopetzki und Dr.a Reingard Cancola zu spezifischen Fragestellungen wie der Rechtmäßigkeit des Eingriffs in die körperliche Integrität von angehaltenen Personen zur Feststellung der Haftfähigkeit, der Rechtmäßigkeit der Einweisung von hunger-/durststreikenden Personen in ein psychiatrisches Krankenhaus nach dem UbG, der Haftung von PolizeiamtsärztInnen, VertragsärztInnen und ÄrztInnen öffentlicher Krankenanstalten im Rahmen der medizinischen Betreuung von Schubhäftlingen und – neuerlich - der psychologischen und psychiatrischen Betreuung der Personen in Schubhaft.

Die tragischen Ereignisse im PAZ Linz bildeten folglich den Anlass für eine Fortsetzung der Analyse jener Strukturen, die eine menschenrechtskonforme Anhaltung von Personen in der Schubhaft gewährleisten sollen. Im Mittelpunkt der Arbeit stand einmal mehr die medizinische Betreuung von Schubhäftlingen. Der MRB zielte auf eine Auseinandersetzung mit der täglichen Vollzugspraxis und die tatsächliche und rechtliche Verantwortlichkeit der Akteure in diesem menschenrechtlich besonders sensiblen Betreuungsbereich ab. Die Ereignisse des Anlassfalls boten dem MRB dabei Orientierung.

Die Erwägungen des MRB beruhen auf der geltenden Rechtslage⁴ und der vorgefundenen Struktur der medizinischen Betreuung in der Schubhaft. Sie beziehen Entwicklungen⁵, die der Tod von Herrn Yankuba Ceesay auslöste oder beeinflusste, mit ein. Die Rechtmäßigkeit der Anhaltung einer Person in Schubhaft war für die gegenständliche Analyse ausschließlich aus dem Blickwinkel der Haftfähigkeit⁶, nicht aber aus jenem der Zulässigkeit des Eingriffs in das Recht auf persönliche Freiheit von Bedeutung.

Der Sachverhalt des Anlassfalls leitet die einzelnen Abschnitte des Berichts ein. Diese stellen die bestehende Struktur der Schubhaft im Allgemeinen und in ausgewählten Situationen dar und schließen jeweils mit den Bezug habenden Erwägungen des MRB. Der letzte Abschnitt ist auf der Grundlage der thematisch im Zusammenhang stehenden bisherigen Empfehlungen des MRB dem Ergebnis der Untersuchung gewidmet.

¹ Mitglieder der AG: Dr. Daniel Ennöckl, Dr. Philip Hartig, Dr. Reinhard Klaushofer, Dr. Michaela Pfeifenberger, Dr. Nicolas Raschauer, Josef Wallner, Mag. Maximilian Petutschnig, Mag.a Gudrun Rabussay-Schwald, Mag. Walter Witzersdorfer.

² Die Sitzungen der AG fanden am 17. Jänner 2006, 14. Februar 2006, 23. März 2006, 28. April 2006, 5. Oktober 2006, 6. November 2006 und am 5. Jänner 2007 statt.

³ Insbesondere der Bericht des Menschenrechtsbeirates zur medizinischen Betreuung angehaltener Personen (2002), Bericht des Menschenrechtsbeirates zum Problem der Information angehaltener Personen (2002), Empfehlungen im Zusammenhang mit Schubhäftlingen im Hungerstreik (2000)

⁴ Fremdenrechtspaket 2005, BGBl I 2005/100; Verordnung der Bundesministerin für Inneres über die Anhaltung von Menschen durch die Sicherheitsbehörden und Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes (Anhalteordnung – AnhO) i.d.F. BGBl II 2005/439.

⁵ Erlass des BMI, Zahl: BMI-OA1320/0025-II/1/b/2006, vom 9. März 2006 ; Erlass des BMI, Zahl: BMI-OA1300/0011-II/1/b/2006, vom 20. Februar 2006, Erlass des BMI, Zahl: BMI-OA1320/0065-II/1/b/2005.

⁶ § 7 Abs. 1 Anhalteordnung - AnhO

2. Anhaltung in Schubhaft – Allgemeiner Teil

2.1. Sachverhalt

Herr Yankuba Ceesay, geb. am 02.03.1987, StA Gambia, wird am 12.09.2005 von der JA Linz, wo er eine unbedingte Freiheitsstrafe in der Dauer von 7 Monaten (Urteil des LG Wien vom 4. April 2005, Zl. 162 Hv 45/05 h) verbüßte, in das PAZ Linz überstellt.

Gegen ihn ist mit Bescheid der BPD Linz vom 8. September 2005, Zl. 1051899/FRB, die Schubhaft zur Durchsetzung der im rechtskräftig abweisend beschiedenen Asylverfahren ergangenen Ausweisung und des mit Bescheid der SID für das Bundesland Wien vom 24.08.2005, Zl. SD 526/05, bestätigten - von der BPD Wien mit Bescheid vom 02.03.2005, Zl. III-1.182.292/FrB/05, erlassenen - Aufenthaltsverbots für die Dauer von 10 Jahren angeordnet.

Am selben Tag erfolgt die Aufnahmeuntersuchung⁷ im PAZ Linz. Der Polizeiamtssarzt diagnostiziert einen dem Alter entsprechenden Allgemeinzustand, dokumentiert eine Körpergröße von 1,70 Meter und ein Gewicht von 76,5 kg.⁸ Er bejaht die Haftfähigkeit von Herrn Yankuba Ceesay. Im Anamneseformular, das Herrn Yankuba Ceesay in englischer Sprache ausgefolgt wird, sind alle Fragen bis auf jene nach vorherigen Haftstrafen verneint.

Die Schubhaftbetreuerin nimmt noch am 12.09.2005 Kontakt zu Herrn Yankuba Ceesay auf⁹ und teilt ihm mit, dass sein Asylverfahren rechtskräftig abgeschlossen ist. Herr Yankuba Ceesay will unbedingt aus dem Gefängnis und ersucht darum, einen Freund zu kontaktieren. Letzteres gelingt nicht. Die Kommunikation ist in englischer Sprache laut Schubhaftbetreuerin problemlos möglich.

Die BPD Linz ersucht mit Schriftsatz vom 12.09.2005, Zl. 1051899/FRB, bei der Botschaft der Republik Gambia in Wien um die Ausstellung eines Heimreisezertifikates.

Am 23.09.2005 gibt Herr Yankuba Ceesay gegenüber der Schubhaftbetreuerin an, die Fremdenpolizei sprechen zu wollen. Eine Kontaktaufnahme erfolgt nicht. Herr Ceesay wird gemeinsam mit anderen Insassen wegen Vorbereitung eines Fluchtversuchs aus der Zelle 36 in eine andere Zelle verlegt.

Im Zuge der 14tägigen medizinischen Kontrolluntersuchung am 26.09.2005 ist der Allgemeinzustand laut Polizeiamtssarzt bei einem Körpergewicht von 70 kg unverändert gut.

Am 28.09.2005 dokumentiert¹⁰ der Polizeiamtssarzt den Beginn des Hungerstreiks mit 27.09.2005, 7:00 Uhr. Herr Ceesay gibt als Grund dafür seinen Wunsch nach Rückverlegung in die Zelle 36 an. Der Polizeiamtssarzt attestiert dem Schubhäftling weiterhin einen guten Allgemeinzustand und hält ein Körpergewicht von 67 kg und die fortgesetzte Haftfähigkeit fest. Als „individuelles kritisches Gewicht“ für die Beurteilung der Haftfähigkeit errechnet er für Herrn Yankuba Ceesay ein Körpergewicht von 54 kg. Das Info-Blatt für Hungerstreikende wird nicht ausgefolgt. Die Aufklärung erfolgt laut Dokumentation in Anlehnung an das Formular mündlich. Darin ist auch festgehalten, dass Herr Yankuba Ceesay jede verbale Kommunikation mit dem Polizeiamtssarzt verweigert.

⁷ BPD Linz Polizeiarztlicher Dienst, Chronologie der medizinischen Untersuchungen vom 06.10.2005.

⁸ Untersuchungsformular „Aufnahmeuntersuchung“

⁹ Niederschrift vom 15.10.2005 mit Frau Vesna Kolic

¹⁰ Hungerstreik-Formular

Die Schubhaftbetreuerin führt mit Herrn Yankuba Ceesay am 29.09.2005 ein kurzes Gespräch, in dem der Schubhäftling mitteilt, dass er sich im Hungerstreik befinde. Ein weiteres Gespräch findet nicht statt.

Am Morgen des 04.10.2005 ist der Allgemeinzustand von Herrn Yankuba Ceesay laut medizinischer Dokumentation nach wie vor gut. Die seit dem 30.09.2005 aktenkundige¹¹ Schwäche sei simuliert. Sein Körpergewicht beträgt 59 kg. Nachdem Herr Ceesay laut Dokumentation demonstrativ vom Sessel rutscht, veranlasst der an diesem Tag diensthabende Polizeiarzt nach Rücksprache mit der Chefärztin die Vorstellung in das AKH Linz zur fachärztlichen Begutachtung, eventuellen Blutabnahme und Beurteilung der Haftfähigkeit aus fachärztlicher Sicht.

Im Lift des Polizeigebäudes setzt sich Herr Yankuba Ceesay auf den Boden und weigert sich in der Folge aufzustehen¹². Deshalb und weil weiterer passiver Widerstand befürchtet wird, legen ihm die begleitenden Beamten, einer von Ihnen ist Sanitäter, vor dem Aussteigen aus dem Arrestantenwagen Handschellen an und setzen ihn in ein Dreirad.

Der Assistenzarzt¹³ im AKH Linz erachtet die Kommunikation mit Herrn Yankuba Ceesay als schwierig. Herr Ceesay beantwortet weder auf Englisch noch auf Deutsch an ihn gestellte Fragen. Eine Eigenanamnese ist für den Arzt daher nicht möglich, die Fremdanamnese führt er mit den begleitenden Beamten durch. Die Flüssigkeitszufuhr während dem Hungerstreik kann nicht eruiert werden. Im Zuge eines Raumwechsels widersetzt sich Herr Ceesay plötzlich der Untersuchung. Die Blutabnahme wird unter Anwendung von Zwangsgewalt (Fixierung an Händen und Füßen) durchgesetzt. Abschließend empfiehlt der Arzt bei einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes die Überweisung in die Psychiatrie und die Zwangsernährung. Es erfolgt keine stationäre Aufnahme. Die rasche Übermittlung der Laborbefunde wird zugesagt.

Während des Rücktransportes leistet Herr Yankuba Ceesay laut den Angaben der begleitenden Beamten passiven Widerstand. Er ist nicht aggressiv. Die Hand- und Fußfesseln werden ihm im Arrestantenwagen abgenommen. Nach Ankunft im PAZ um ca. 11:00 Uhr weigert er sich, zu gehen, und wird von den beiden Beamten links und rechts an den Oberarmen angehoben. Aufgrund seines Verhaltens während der Blutabnahme verbringen ihn die beiden Beamten wegen Fremd- und Selbstgefährdung in eine Sicherungszelle. In der Aufnahmekanzlei wird die Kommandantin, die auch Sanitäterin ist, davon in Kenntnis gesetzt.

Der Stationsbeamte hält ca. alle 30 Minuten Nachschau. Er spricht kein Englisch und ist nicht zum Sanitäter ausgebildet. Der polizeiärztliche Dienst ist vom Verlauf der Untersuchung im AKH Linz und von der Verbringung in die Sicherungszelle erst seit ca. 12:00 Uhr informiert. Der vorläufige Befund des AKH Linz und die weitere Vorgangsweise werden von zwei Polizeiarzten im Zeitraum zwischen ca. 12:10 und 12:50 nach Auffinden des vorläufigen „Befundes“ des AKH Linz diskutiert. Aufgrund der unklaren Befundlage soll Herr Ceesay nochmals untersucht werden und nach Rücksprache mit dem AKH Linz nötigenfalls eine Einweisung nach UbG veranlasst werden. Um 12:50 kann bei Herrn Yankuba Ceesay, der nunmehr ohne Oberbekleidung auf der Matte der Sicherungszelle bei einer Raumtemperatur von 22° liegt, vom Stationsbeamten kein Puls ertastet werden. Der Stationsbeamte ruft einen Sanitäter und verständigt den polizeiärztlichen Dienst. Wiederbelebungsmaßnahmen sind nicht dokumentiert. Die Notärztin trifft um 13:10 ein und vermutet, dass Herr Yankuba Ceesay seit zumindest 30 Minuten tot ist.

¹¹ Chronologie der medizinischen Untersuchungen des polizeiärztlichen Dienstes der Bundespolizeidirektion Linz vom 06.10.2005; Hungerstreik-Formular

¹² Sachverhaltsdarstellung des BMI, Zl. 85.700/ 1126-BIA/05; Niederschrift vom 13.10.2005 mit GrlInsp Norbert Haupt

¹³ Vorläufiger Befund des AKH Linz vom 04.10.2005 und Niederschrift vom 14.10.2005 mit AssArzt Dr. Herwig Pieringer, Ambulanzbericht des AKH Linz vom 21.11.2005.

Die gerichtliche Obduktion¹⁴ ergibt keine Anzeichen einer gewaltsamen Todesursache. Es erweist sich unter anderem eine Bluteindickung, die eine mangelnde Flüssigkeitszufuhr zu Lebzeiten voraussetzt. Es wird festgehalten, dass rein äußerlich keine typischen Zeichen einer drohenden Exsikkose (Austrocknung) sichtbar gewesen wären, und ausgeführt, dass unter der Annahme einer weitgehenden Flüssigkeits- und Nahrungskarenz und einer daraus resultierenden Bluteindickung Störungen im Elektrolythaushalt mit möglicherweise daraus resultierenden schwerwiegenden lebensbedrohlichen funktionellen Störungen verschiedener Organsysteme erwartet werden könne, wobei vordergründig die Herz- und auch die Nierenfunktion zu beachten sei. Festgehalten wird auch, dass aus der Differenz zwischen dem Körpergewicht im Zeitpunkt der Aufnahme im PAZ (76,5 kg) und dem offiziellen Antritt des Hungerstreiks (67 kg) der Schluss gezogen werden könne, dass schon vor Antritt des Hungerstreiks eingeschränkte Nahrungszufuhr nicht unbeträchtlichen Ausmaßes vorgelegen sein müsse. Wieweit auch zu diesem Zeitpunkt eine mögliche Flüssigkeitskarenz eine Rolle gespielt habe, müsse laut Gerichtsmedizin offen bleiben. Nur eine frühzeitige Laboruntersuchung hätte das Geschehen verhindern können. Dies gelte auch in Verbindung mit der vorliegenden Sichelzellanlage. Das Unterbleiben der Flüssigkeitszufuhr hätte zu einem Ausbruch der Krankheit, einer Sichelzellanämie, mit letalem Ausgang geführt.

Nach anderer Auffassung spielte die Sichelzellanlage im konkreten Fall keine Rolle. Zwölf Tage ohne Flüssigkeitszufuhr seien tödlich. Die in der Ambulanz des AKH Linz erhobenen Blutbefunde¹⁵ würden das Bild eines akuten Nierenversagens zeigen. Der Blutharnstoff sei 10-fach über der Norm gelegen. Das kritische Gewicht hätte im Zuge der Hungerstreikerstuntersuchung auf der Grundlage der bisherigen medizinischen Dokumentation mit einer weiteren Körpergewichtsabnahme von unter 10 % angesetzt und die erweiterte medizinische Überwachung mit den dabei vorgesehenen laborchemischen Analysen ab einem Körpergewicht von 62 kg obligatorisch einsetzen müssen. Dieses Körpergewicht war am 02.10.2005 unterschritten.¹⁶

2.2. Internationale Standards der Betreuung von angehaltenen Personen und der Haftstandard des MRB

2.2.1. Vereinte Nationen:

- Resolution 37/194 der Generalversammlung der Vereinten Nationen vom 18.12.1982 (Principles of Medical Ethics relevant to the Role of Health Personnel, particularly Physicians, in the Protection of Prisoners and Detainees against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment)
- Resolution 43/173 der Generalversammlung der Vereinten Nationen vom 9.12.1988 (Body of Principles for the Protection of All Persons under Any Form of Detention or Imprisonment)
- Resolution 45/111 der Generalversammlung der Vereinten Nationen vom 14.12.1990 (Basic Principles for the Treatment of Prisoners)
- WHO Mental Health and Prisons
- WHO 2005 Statement on Health Care in Prisons and Other Forms of Detention

2.2.2. Europarat:

- Committee of Ministers` Recommendation No. R (87) 3 on the European Prison Rules

¹⁴ Gerichtsmedizin Salzburg-Linz, ärztliches Sachverständigengutachten vom 05.10.2005.

¹⁵ Laborbefund des AKH Linz vom 04.10.2005, 13:42 Uhr.

¹⁶ Ärztliche Stellungnahme der Volkshilfe, Flüchtlings- und MigrantInnenbetreuung, Bereichsleitung Oberösterreich; Stellungnahme der Medizinischen Abteilung des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder, Wien, vom 23.03.2006 zum Laborbefund des AKH Linz.

- Committee of Ministers` Recommendation No. R (98) 7 concerning the ethical and organisational aspects of health care in prison

2.2.3. CPT Standards

- Health care services in prisons, [CPT/Inf/E (2002) 1, Rev. 2004]
- 3rd General Report on the CPT`s activities, [CPT/Inf/ (92) 3]

2.2.4. Medizinisch-ethische Standards für die Betreuung von angehaltenen Personen

- World Medical Association Declaration of Tokyo. Guidelines for Physicians Concerning Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment in Relation to Detention and Imprisonment. (World Medical Assembly, Tokyo, Japan, 1975)
- World Medical Association Declaration on Hunger Strikers (World Medical Assembly, Malta 1991 und Marbella, Spain 1992)

2.2.4. Rechtliche Qualität der Standards

Der Begriff Standard wird im Bereich der Menschenrechte häufig, jedoch nicht einheitlich verwendet: Vor allem wird nicht zwischen Dokumenten, die bindende Normen enthalten (wie etwa völkerrechtlichen Verträgen), und solchen, die keinen bindenden Charakter haben (beispielsweise Resolutionen oder Deklarationen politischer Organe internationaler Organisationen oder zwischenstaatlicher Einrichtungen), unterschieden. Aus der Verwendung des Terminus „Standard“ kann daher noch nicht auf die Rechtsnatur der jeweiligen Regelung geschlossen werden. Jedoch können Standards unabhängig von ihrer Rechtsnatur als Indikatoren für die Völkerrechtskonformität staatlichen Verhaltens herangezogen werden. Jedenfalls sind die Art ihrer Überwachung und der nationale Kontext, in dem sie zur Anwendung gelangen sollen, von entscheidender Bedeutung. So können

„soft law instruments, if equipped with an efficient follow-up mechanism, [...] be equally, or even more, troublesome or threatening to states violating human rights, than treaty obligations linked to supervision by, let us say, more detached expert bodies.“

Aus dem Vorgegangenen ergibt sich, dass man bei der Beurteilung der rechtlichen und praktischen Wirkung konkreter Standards deren Rechtsnatur im Einzelfall feststellen muss¹⁷.

„International practice, however, shows a constant reliance on the recommendations type of decisions of international organizations. State organs, including domestic courts, international judicial bodies and political international organs frequently rely on them and apply them to specific situations. Furthermore there is an evident reluctance openly to contravene recommendations such as resolutions of the United Nations General Assembly. Whenever possible, States confronted with recommendations will not attempt to rely on an assertion of their legal irrelevance, but will either deny violations, assert the inapplicability of a recommendation to the specific case or will claim that the particular recommendation was irregular or ultra vires. Comparison with other types of international prescription sometimes suggests that the effectiveness of some recommendations does not fall short of certain treaty provisions or customary rules.“¹⁸

Dass internationales „soft law“ nicht rechtsverbindlich ist, bedeutet [also] nicht, dass ihm in der Praxis keine Autorität zukommt. Es kann staatliches Verhalten genauso steuern wie Völkerrecht (VR) im engen Sinn, insbesondere, wenn es mit einem institutionalisierten „Sanktions“-Mechanismus bewehrt ist. Auch auf das innerstaatliche Recht kann es einwirken, sei

¹⁷ Ursula Kriebaum, Folterprävention in Europa, S. 552 ff mwN.

¹⁸ Schreuer, Recommendations and the Traditional Sources of International Law, GYIL 20 (1977), S. 104 f.

es, dass es durch gesetzgeberische Maßnahmen oder Kundmachungen inkorporiert, sei es, dass es ohne Inkorporation angewandt oder doch berücksichtigt wird. Diese Annäherung von „soft law“ an VR in Form und Funktion kann so weit gehen, dass selbst die Schöpfer solcher Normen die Grenze zur eigentlichen Rechtsbindung nicht mehr klar zu ziehen vermögen.¹⁹

Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) sieht die unter 2.2.2. und 2.2.3. angeführten europäischen Standards einschließlich jener der World Medical Association für seine Entscheidung, ob ein bestimmtes staatliches Handeln gegen die Verpflichtungen aus z.B. Art. 3 EMRK verstoßen hat, als relevant an.²⁰ Der EGMR folgt damit der Auffassung von Simma, wonach

„Soft-law standards may formulate or reformulate the goals and policies which the application of hard law is to serve in a given context. Soft law in many cases concretizes abstract notions embodied in hard-law provisions; it may judge certain state activities as admissible or inadmissible and thus lead to estoppels with regard to the future application of human rights treaty law.“²¹

Die Sanktionsmöglichkeit in Art. 10 Abs. 2 European Convention for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (ECPT) führt zwar nicht dazu, dass die einzelnen Empfehlungen bindenden Charakter bekommen, hebt diese jedoch insgesamt aus der Sphäre rechtlicher Bedeutungslosigkeit heraus und positioniert sie in der Mitte einer „sliding scale“ zwischen rechtlich unverbindlichen und rechtlich verbindlichen Standards.²²

2.2.5. Der Haftstandard des MRB

Der in diesem Jahr zum dritten Mal aktualisierte Bericht des MRB zu den Haftbedingungen in Anhalteräumen der Sicherheitsexekutive²³ bringt deutlich zum Ausdruck, dass der MRB internationale Standards als Maßstab für die Umsetzung von Menschenrechten der durch die Sicherheitsexekutive angehaltenen Personen sieht. Dieser Haftstandard gilt dem MRB und seinen Kommissionen als Referenz für das Verhältnis zwischen den menschenrechtlich gebotenen Haftbedingungen und der tatsächlichen Anhaltepraxis.

2.3. Innerstaatliche Praxis der Anhaltung in Schubhaft

2.3.1. Rechtsgrundlagen für den Freiheitsentzug und die Anhaltung

2.3.1.1. Freiheitsentzug

§§ 76 f und § 80 Fremdenpolizeigesetz 2005 (FPG) sind die gesetzliche Grundlage im Sinne des Art. 5 Abs. 1 lit f EMRK und Art. 1 Abs. 2 iVm Art. 2 Abs. 1 Z 7 Bundesverfassungsgesetz vom 29. November 1988 zum Schutz der persönlichen Freiheit (PersFrSchG) für die Anordnung der Schubhaft und Anhaltung in der Schubhaft bis zur gesetzlichen Höchstdauer.

2.3.1.2. Anhaltung

§§ 78 f FPG regeln den Vollzug (§ 78 FPG) und die Durchführung (§ 79 FPG) der Schubhaft. §78 Abs. 7 FPG erklärt die Bestimmungen des § 71 Abs. 2 und 3 des Strafvollzugsgesetzes (StVG), BGBl. 144/1969, in welchen die Überstellung von Strafgefangenen in öffentliche Krankenanstalten geregelt ist, für sinngemäß anwendbar. Darüber hinaus finden durch den Verweis in § 79 Abs. 1 FPG die Bestimmungen des Verwaltungsstrafgesetzes (VStG) zur Durchführung des Strafvollzugs (§ 53 c Abs. 1 bis 5 VStG) und zum Vollzug in gerichtlichen

¹⁹ Verdross, Simma, Universelles Völkerrecht, 3. Auflage, § 656, mwN.

²⁰ EGMR v. 5.4.2005, Nevmerzhiitsky gg. Ukraine, Nr. 54825/00.

²¹ B. Simma, in A Hard Look at Soft Law, ASIL Proceedings of the 82nd Annual Meeting, S. 380.

²² Ursula Kriebaum, Folterprävention in Europa, S. 558 mwN.

²³ Bericht des Menschenrechtsbeirates „Haftbedingungen in Anhalteräumen der Sicherheitsexekutive“, September 2006.

Gefangenhäusern und Strafvollzugsanstalten (§ 53 d VStG) auch auf die Anhaltung von Personen in Schubhaft Anwendung.

Gemäß § 53 d Abs. 1 VStG sind auf den Vollzug von Freiheitsstrafen in gerichtlichen Gefangenhäusern oder Strafvollzugsanstalten die Bestimmungen des StVG über den Vollzug von Freiheitsstrafen mit Ausnahmen sinngemäß anzuwenden, soweit dies nicht zu Anlass und Dauer der von der Verwaltungsbehörde verhängten Freiheitsstrafe außer Verhältnis steht.

§ 79 Abs. 4 FPG ist schließlich eine der gesetzlichen Grundlagen²⁴ für die von der Bundesministerin für Inneres im Einvernehmen mit der Bundesministerin für Justiz erlassenen Verordnung über die Anhaltung von Menschen durch die Sicherheitsbehörden und Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes (Anhalteordnung – AnhO) i.d.F BGBl II 2005/439. Darin sind Rechte und Pflichten der Häftlinge unter Bedachtnahme auf die Aufrechterhaltung der Ordnung sowie unter Berücksichtigung der räumlichen und personellen Gegebenheiten zu regeln.

Neben den genannten einfachgesetzlichen Regelungen und der zitierten Verordnung stehen nachstehende Erlässe des Bundesministeriums für Inneres betreffend das Haftregime und die Betreuung von Menschen während ihrer Anhaltung in Schubhaft in Geltung:

- Richtlinien für den Polizeiärztlichen Dienst²⁵;
- Hungerstreikbetreuung durch Polizeiärzte in den Polizeianhaltezentren²⁶;
- Erlass betreffend die medizinische Struktur, Abläufe und Kommunikationsfluss zwischen den Polizeianhaltezentren, den Fachärzten für Psychiatrie und dem Bundesasylamt²⁷;
- Psychosoziale Betreuung in den Polizeianhaltezentren²⁸.

Das Bundesministerium für Inneres schließt darüber hinaus mit Dritten im Rahmen der Durchführung des Projektes Schubhaftbetreuung privatrechtliche Verträge ab, mit welchen in einem bestimmten Umfang die Betreuung von in Schubhaft angehaltenen Personen diesen Dritten übertragen wird. Der Inhalt dieser Verträge ist deshalb für die Aufgabenverteilung in der Betreuungsstruktur der Schubhaft nicht nur von faktischer sondern auch von rechtlicher Bedeutung (Vgl. dazu unten 2.3.4.)

2.3.1.3 Verfassungsgesetzlich gewährleistete Grundrechte und Anhaltung

Ausgehend davon, dass jeder staatliche Eingriff in die persönliche Freiheit eines Menschen nur auf die im PersFrSchG und in Art. 5 EMRK geregelte Art und Weise verfassungs- und grundrechtskonform zulässig ist, sind für die hier interessierende Untersuchung der Betreuung von angehaltenen Personen in der Schubhaft die in den Art. 2, 3 und 8 EMRK verfassungsgesetzlich jedermann gewährleisteten Grundrechte von herausgehobener Bedeutung.

Der Menschenrechtsbeirat hat bereits in seinem Bericht zur medizinischen Betreuung angehaltener Personen die aus Art. 2 EMRK resultierende staatliche Schutzpflicht eingehend erörtert. Demnach ist unbestritten, „dass die staatliche Schutzpflicht nicht erst dann einsetzt, 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. Art. 2

²⁴ §§ 31,47 Abs. 3 und 50 Sicherheitspolizeigesetze (SPG), § 53c Abs. 6 Verwaltungsstrafgesetz 1991 (VstG), §§ 2 und 4 Waffengebrauchsgesetz 1969 (WaffGebraG).

²⁵ Erlass des Bundesministeriums für Inneres, Zahl: BMI-OA1300/0011-II/1/b/2006, vom 20. Februar 2006.

²⁶ Erlass des Bundesministeriums für Inneres, Zahl: BMI-OA1320/0065-II/1/b/2006, vom 07. Oktober 2005.

²⁷ Erlass des Bundesministeriums für Inneres, Zahl: BMI-FW1440/Rechtliche Angelegenheiten/0035-II/3/2005, vom 09. Dezember 2005.

²⁸ Erlass des Bundesministeriums für Inneres, Zahl: BMI-OA1320/0025-II/1/b/2006, vom 9. März 2006.

EMRK verpflichtet somit den Staat nicht nur von vorsätzlichen und unrechtmäßigen Tötungen abzusehen, sondern auch, geeignete Maßnahmen zum Schutz des Lebens zu treffen. 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“²⁹.

Wegen der besonderen Situation, in der sich eine inhaftierte Person befindet, ist die Verantwortlichkeit des Staates für deren Leben gesteigert. So liegt eine Verletzung der aus Art. 2 EMRK folgenden Schutzpflicht dann vor, wenn ein Gefängnisinsasse durch einen anderen Gefängnisinsassen ums Leben kommt und sich den zuständigen Behörden die Gefährlichkeit des Täters für einen Zellengenossen hätte aufdrängen müssen. Eine besondere Konstellation stellt die Selbstgefährdung des/der Inhaftierten etwa durch einen Hungerstreik oder durch Suizidabsicht dar. Hier hat eine Abwägung zwischen der Autonomie des Betroffenen und der Schutzpflicht des Staates zugunsten des Lebens einer Person, die sich in seinem Gewahrsam befindet, zu erfolgen. Letztlich trifft den Staat die Pflicht, suizidgefährdete Inhaftierte zu überwachen und die notwendige medizinische Betreuung zu gewährleisten.³⁰

Art. 3 EMRK verbietet die Folter, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung bzw. Strafe. Schutzgut ist die physische und psychische Integrität der Grundrechtsträger.³¹ Ua im Bezug auf im Polizeigewahrsam befindliche Personen wird eine Gewährleistungspflicht des Staates angenommen, einen Mindeststandard an Haftbedingungen einzuhalten. Die angehaltene Person darf nicht über ein unvermeidbares Maß hinaus unter der Art und Weise des Freiheitsentzugs leiden. Der Gewährleistungspflicht wird in der Regel dadurch Genüge getan, dass ausreichend medizinische Versorgung bereitgestellt wird.

Der Staat ist aus Art. 3 EMRK verpflichtet, alle Vorgänge in staatlichem Gewahrsam, bei denen der Verdacht einer Folterung oder erniedrigender oder unmenschlicher Behandlung besteht, einer effektiven offiziellen Untersuchung zu unterziehen. Wie bei den entsprechenden Anforderungen aus dem Recht auf Leben gemäß Art. 2 EMRK verlangt der EGMR auch in Bezug auf die durch Art. 3 EMRK garantierten Rechte die Unabhängigkeit der untersuchenden von den untersuchten Personen.³²

Art. 8 EMRK schützt u.a. den/die Grundrechtsträger/in in seinem/ihrem Recht, selbst über den eigenen Körper zu bestimmen. Schutzgut ist daher zunächst – wieder – die physische und psychische Integrität des Einzelnen. Neben dem in Art. 2 EMRK geschützten Recht auf Leben und dem in Art. 3 EMRK verankerten Folterverbot und Verbot der unmenschlichen und erniedrigenden Behandlung als Fundamentalgarantien sichert auch Art. 8 die körperliche Unversehrtheit. Die Abgrenzung zwischen dem Verbot der unmenschlichen Behandlung und der Sicherung der körperlichen Unversehrtheit gemäß Art. 8 Abs. 1 EMRK erfolgt nach der Schwere und der Qualität der in Frage stehenden Maßnahme. Art. 3 EMRK ist nur dann betroffen, wenn der Eingriff in die physische Integrität eine bestimmte Schwere erreicht und gleichzeitig die Missachtung der betroffenen Person zum Ausdruck bringt. Andere Beeinträchtigungen der körperlichen Integrität sind an Art. 8 EMRK zu messen.³³

Der EGMR stellte fest, dass zwischen den aus Art. 2, 3 und 8 EMRK folgenden Gewährleistungspflichten des Staates und dem individuellen Recht auf körperliche Unversehrtheit ein Konflikt resultieren kann, der von der EMRK selbst nicht gelöst wird. Eine medizinisch indi-

²⁹ Bericht des Menschenrechtsbeirates zur medizinischen Betreuung angehaltener Personen, S. 9, mwN.

³⁰ Grabenwarter, Europäische Menschenrechtskonvention, S. 133, mwN.

³¹ Vgl. EGMR, Ur. v. 15.11.1996, Chahal, RJD 1996-V.

³² Grabenwarter, Europäische Menschenrechtskonvention, S. 142 Rz 33f, mwN.

³³ Eben dort, S. 179, Rz 7.

zierte Maßnahme kann deshalb nicht per se als unmenschlich oder erniedrigend angesehen werden.³⁴

2.3.2. Allgemeines Haftregime

Das allgemeine Haftregime, also das Wie der Anhaltung, regelt § 79 FPG, der – wie oben bereits ausgeführt - auf die §§ 53c Abs. 1 bis 5 und 53d VStG und die AnhO verweist.

Die Anhaltung der Häftlinge erfolgt grundsätzlich in Gemeinschaftshaft. Schubhäftlinge sind nach Möglichkeit von Verwaltungsstraf- und Verwahrungshäftlingen getrennt anzuhaltend, Frauen getrennt von Männern und Minderjährige getrennt von Erwachsenen. Minderjährige Schubhäftlinge, gegen deren Eltern oder Erziehungsberechtigten ebenfalls die Schubhaft verhängt wurde, sind gemeinsam mit den Eltern oder Erziehungsberechtigten anzuhaltend, soweit dies dem Wohl des/r Minderjährigen entspricht. Unter sechzehn Jahren dürfen Minderjährige überhaupt nur angehalten werden, wenn eine ihrem Alter und Entwicklungsstand entsprechende Unterbringung und Pflege gewährleistet ist.

Die AnhO i.d.F BGBl II 2005/439 sieht den Vollzug der Schubhaft in offenen Stationen vor, in denen sich Zellen sowie die dazugehörigen Aufenthalts- und Bewegungsräume in einem eigens abgegrenzten Bereich des Haftraumes befinden und von den Angehaltenen frei aufgesucht werden können. Der Anhaltung im offenen Bereich kann ein Beobachtungszeitraum betreffend das Wohlverhalten des Schubhäftlings vorausgehen. Ist die Einrichtung eines offenen Bereichs aus baulichen oder personellen Gründen einer Behörde nicht möglich, so sind andere Verbesserungen der Haftbedingungen anzustreben.³⁵

In bestimmten Fällen (§ 5 AnhO) hat die Anhaltung eines Schubhäftlings in Einzelhaft zu erfolgen. In den im § 5b AnhO geregelten Fällen sind gegen Schubhäftlinge besondere Sicherungsmaßnahmen, wozu die häufigere Durchsicherung des Häftlings, seiner Sachen und seiner Zelle, die nächtliche Beleuchtung der besonders gesicherten Zelle, die Entziehung von Einrichtungs- oder Gebrauchsgegenständen oder Bekleidungsstücken, deren Missbrauch zu befürchten ist, und die Unterbringung in einer besonders gesicherten Zelle zählen, anzuordnen (siehe dazu unten Pkt. 5).

In Durchführung der einfachgesetzlichen Bestimmungen regelt die AnhO die weiteren Haftbedingungen (Verpflegung, Rauchen, Beschäftigung, Hausarbeit, Bewegung im Freien, Einkauf, Telefongespräche, Briefverkehr, Besuche, Auskünfte, Beschwerden usw.)

2.3.3. Medizinische Betreuung

2.3.3.1. Haftfähigkeit, Anamnese, Erstuntersuchung

Innerhalb von 24 Stunden sind Schubhäftlinge gemäß § 7 AnhO auf ihre Haftfähigkeit zu untersuchen. Die Haftfähigkeit ist *conditio sine qua non* für die Anhaltung in Schubhaft. Menschen, deren Haftunfähigkeit festgestellt oder offensichtlich ist, dürfen nicht im Haftraum der Behörde angehalten werden. Die Begutachtung der Haftfähigkeit von Schubhäftlingen ist Aufgabe der PolizeiärztInnen in ihrer Funktion als Amtssachverständige. PolizeiärztInnen unterliegen dabei nicht dem ÄrzteG 1998³⁶. Weisen die in Schubhaft anzuhaltenden Personen bei Aufnahme erkennbare Krankheitssymptome oder Verletzungen auf oder werden Krankheiten oder Verletzungen von ihnen behauptet, so hat die Erstuntersuchung noch vor Abgabe in die Haft zu erfolgen. Sind Verletzungen wahrscheinlich auf Fremdverschulden zurückzuführen oder wird Fremdverschulden behauptet, so ist hierüber ein ärztliches Gutachten zu erstellen.³⁷ Nicht jede Erkrankung führt zur Haftunfähigkeit. Die Grenze

³⁴ EGMR v. 5.4.2005, Nevmerzhijsky gg. Ukraine, Nr. 54825/00.

³⁵ Empfehlung des Menschenrechtsbeirates Nr. 219, 220.

³⁶ § 41 Abs. 4 Ärztegesetz 1998 (ÄrzteG)

³⁷ Vgl. § 7 AnhO

ist im Einzelfall von den PolizeiamtsärztInnen zu begründen. Schubhäftlinge, deren Haftfähigkeit bei der Erstuntersuchung bereits festgestellt wurde, sind unverzüglich dem Arzt vorzuführen, wenn auf Grund bestimmter Umstände, insbesondere auch auf Grund eigener Behauptungen, ihre weitere Haftfähigkeit in Zweifel steht.³⁸

Noch vor der Erstuntersuchung ist ein Anamneseblatt auszufüllen, was vielfach noch auf der Fremdenpolizeibehörde in Anwesenheit des/der Dolmetschers/erin erfolgt. Erforderlichenfalls ist eine fachärztliche Abklärung zu veranlassen.

2.3.3.2. Mitwirkungs- und Duldungspflichten der Schubhäftlinge bei der Beurteilung der Haftfähigkeit

Die „gesetzlichen“ Regelungen finden sich in den §§ 7 Abs. 3 und 10 Abs. 4 letzter Satz sowie § 26 Abs. 1 dritter Satz AnhO. Schubhäftlinge haben die für die Beurteilung der Haftfähigkeit erforderlichen ärztlichen Untersuchungen zu dulden und an der Befunderstellung mitzuwirken. Verweigern Schubhäftlinge die Mitwirkung an den ärztlichen Untersuchungen, so ist solange von deren Haftfähigkeit auszugehen, als sie weder relevante Krankheitssymptome oder Verletzungen aufweisen noch sonst Grund besteht, an ihrer Haftfähigkeit zu zweifeln. Besteht Grund zur Annahme mangelnder Haftfähigkeit, so kann eine ärztliche Untersuchung, wenn anders die Frage der Haftfähigkeit nicht klärbar ist, soweit mit unmittelbarer Zwangsgewalt durchgesetzt werden, als es auch nach den Umständen des Falles zielführend erscheint und kein Eingriff in die körperliche Integrität des/der Betroffenen erforderlich ist.

2.3.3.3. Heilbehandlung

Die ausreichende medizinische Versorgung von im Polizeigewahrsam befindlichen Personen ist wesentlicher Teil eines Mindeststandards an Haftbedingungen, mit welchem der Staat der aus Art. 2 und 3 EMRK abgeleiteten Schutzpflicht (Gewährleistungspflicht) für die physische und psychische Integrität der Grundrechtsträger nachkommt. Der Staat hat sicherzustellen, dass während der Anhaltung in Schubhaft eine dem Standard seines Wohlfahrtssystems entsprechende Heilbehandlung (kurativer Behandlung) der Schubhäftlinge möglich ist.

Neben den unmittelbar anzuwendenden Verfassungsnormen regeln die §§ 78 Abs. 6 und 7 und 79 FPG, der § 10 AnhO und die einschlägigen Erlässen des BM.I (vgl. oben unter 2.3.1.2.) die Heilbehandlung von in Schubhaft angehaltenen Personen.

Die notwendige ärztliche Betreuung der Häftlinge ist durch PolizeiamtsärztInnen oder sonst durch Vorsorge dafür sicherzustellen, dass erforderlichenfalls ohne unnötigen Aufschub ein/eine Arzt/Ärztin einschreiten kann.³⁹

Erkrankten oder verletzten haftfähigen Personen ist die nötige Heilbehandlung nach Maßgabe der vorhandenen Möglichkeiten angedeihen zu lassen (mit den Mitteln eines Arztes für Allgemeinmedizin im Ausmaß ihres Erkenntnis-, Wissens- und Erfahrungsstandes, jedenfalls wie bei einer häuslichen Pflege).⁴⁰ Sind diese erschöpft, ist nach den oben zitierten Regelungen des FPG vorzugehen, womit eine Überstellung in eine Krankenanstalt, ambulant oder stationär, oder in die medizinische Abteilung des Gefangenenhauses Wien einhergeht.⁴¹ Die Überstellung des Schubhäftlings in ein öffentliches Krankenhaus oder in medizinische Abteilung des Gefangenenhauses Wien ist nicht mit Haftunfähigkeit gleichzustellen. Die Schubhaft kann auch außerhalb der Anhalteräume der Sicherheitsexekutiver aufrechterhalten werden. Stellt ein/e Polizeiamtsarzt/-ärztin bei einem Schubhäftling allerdings eine nachträglich einge-

³⁸ Vgl. § 10 Abs. 2 AnhO

³⁹ Vgl. § 10 Abs. 1 AnhO

⁴⁰ Erlass des Bundesministeriums für Inneres, Zahl: BMI-OA1300/0011-II/1/b/2006, vom 20. Februar 2006.

⁴¹ Vgl. § 78 Abs. 6 u. 7 FPG

treten Haftunfähigkeit fest, hat er/sie dies der zuständigen Fremdenpolizeibehörde unverzüglich in einem schriftlichen Befund und Gutachten zur Kenntnis zu bringen.

2.3.3.4. Einwilligung des Schubhäftlings zur Heilbehandlung

Die eigenmächtige Heilbehandlung ist nach § 110 StGB gerichtlich strafbar. Liegen die Voraussetzungen für die Überstellung eines Schubhäftlings in die medizinische Einrichtung des gerichtlichen Gefangenenhauses Wien vor⁴², so wäre jedoch eine Zwangsuntersuchung oder Zwangsbehandlung unter strikter Wahrung des Verhältnismäßigkeitsprinzips prima vista zulässig. Der Gesetzgeber hat allerdings nicht geregelt, an wessen Genehmigung die Zwangsuntersuchung oder Zwangsbehandlung des Schubhäftlings gebunden sein soll. Das Bundesministerium für Justiz kommt mangels Weisungszusammenhang – die Anhaltung ist dem Bundesministerium für Inneres und dessen nachgeordneten Dienststellen zuzurechnen – dafür nicht in Frage (vgl. unten 2.5.).

2.3.3.5. Psychologische und psychiatrische Betreuung

Das CPT formuliert: *„Der Abschiebung von Immigrationshäftlingen müssen Maßnahmen vorausgehen, die den betroffenen Personen helfen, ihre Rückkehr insbesondere in familiärer, beruflicher und psychologischer Hinsicht zu organisieren. Es ist sehr wichtig, dass Immigrationshäftlinge hinreichend weit im Voraus über ihre bevorstehende Abschiebung informiert werden, so dass sie daran gehen können, sich auf die Situation psychisch einzurichten, und imstande sind, die Personen zu informieren, deren Benachrichtigung sie für notwendig halten, um wieder an ihre persönliche Habe zu gelangen. Das CPT hat beobachtet, dass eine über inhaftierte Personen dauernd schwebende Bedrohung zwangsweiser Abschiebung ohne vorherige Benachrichtigung über das Abschiebungsdatum geeignet ist, einen Angstzustand herbeizuführen, der während der Abschiebung den Höhepunkt erreicht und häufig in einen gewaltsamen Erregungszustand übergehen kann. In diesem Zusammenhang hat das CPT festgestellt, dass es in einigen der besuchten Länder einen psychosozialen Dienst gab, der den für die Abschiebungsmaßnahmen verantwortlichen Stellen angegliedert war, ausgestattet mit Psychologen und Sozialarbeitern, die insbesondere dafür verantwortlich waren, Immigrationshäftlinge auf ihre Abschiebung vorzubereiten (mittels eines andauernden Dialogs, Kontakten mit der Familie im Bestimmungsland usw.). Das CPT begrüßt diese Initiativen und ersucht diejenigen Staaten, die dies nicht bereits getan haben, solche Dienste einzurichten.“*⁴³

Der Menschenrechtsbeirat hat bereits im Jahr 2002 empfohlen, *„geeignete Maßnahmen – etwa durch eine Schaffung eines Konsiliardienstes – in der Form zu ergreifen, dass pro PAZ ein Psychologe/eine Psychologin bei Bedarf (sei es aufgrund einer Anregung durch PolizeiamtsärztInnen, WachebeamtlInnen oder SchubhaftbetreuerInnen) herangezogen werden kann.“*⁴⁴

Zuletzt hat der Menschenrechtsbeirat in seiner 60. Sitzung am 30. Mai 2006 die Empfehlungen ausgesprochen, sicherzustellen, dass Menschen, die von einem/r Facharzt/Fachärztin als traumatisiert diagnostiziert wurden, nicht in Schubhaft genommen werden oder ihre Anhaltung nicht fortgesetzt wird, sondern die Anwendung gelinderer Mittel angeordnet wird, und die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass die psychologische und psychiatrische Betreuung von Personen in dem Ausmaß, wie sie dem Standard des Wohlfahrtssystems in Österreich entspricht, sichergestellt ist. Zur Erreichung dieses Ziels empfahl der Menschenrechtsbeirat Verträge mit Institutionen, die eine entsprechende Betreuung rund um die Uhr in der Form eines Krisendienstes gewährleisten können, abzuschließen.

⁴² Vgl. § 78 Abs. 6 i.V.m. § 79 Abs. 1 FPG

⁴³ CPT/Inf (2003) 35

⁴⁴ Bericht des Menschenrechtsbeirates zur medizinischen Betreuung von angehaltenen Personen, Empfehlung Nr. 221.

In der Vollzugspraxis der Schubhaft etablierte sich in Wien die Zusammenarbeit der PAZ mit dem Verein Dialog. Im PAZ Bludenz startete man ein Pilotprojekt für eine psychosoziale Betreuung durch einen Facharzt für Psychiatrie. Vereinzelt wurden Verträge mit Fachärzten auch an anderen PAZ, beschränkt auf wenige Wochenstunden, abgeschlossen und im Übrigen weitgehend mit Ausführungen an die Fachabteilungen von Krankenhäusern gearbeitet. Die Erfahrungen aus dem Pilotprojekt PAZ Bludenz, dass neben der Entspannung der Anhaltungssituation durch psychoedukative Gespräche bzw. Stress abbauende Interventionen, Akutzuweisungen zur stationären Aufnahme in eine psychiatrische Klinik deutlich gesunken sind, führten im ersten Quartal des Jahres 2006 dazu, dass das BM.I die PAZ anwies, die Zusammenarbeit mit KonsiliarärztInnen durch Abschluss von Honorarverträgen zu forcieren. Begründung für diese Vorgangsweise war und ist die den Staat gegenüber angehaltenen Personen treffende Schutzpflicht, diese vor Gesundheitsschädigungen und Verletzungen in dem Maße zu schützen und zu bewahren, in dem sie selbst infolge der besonderen Umstände der Anhaltung nicht in der Lage sind, für ihre eigene Gesundheit zu sorgen.⁴⁵

In der Praxis scheint es jedoch nur wenige qualifizierten FachärztInnen und PsychologInnen zu geben, die bereit sind, an der Betreuung von Schubhäftlingen mitzuarbeiten.⁴⁶

Über die Notwendigkeit der Beiziehung eines Psychiaters hat der jeweilige Polizeiamtssarzt unter Berücksichtigung der Beobachtungen der Beamten und in enger Kooperation mit der Schubhaftbetreuung zu entscheiden.⁴⁷

Der Menschenrechtsbeirat empfahl im Bericht zur medizinischen Betreuung weiters, 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. Die Aufmerksamkeit von WachebeamtenInnen bzw. SanitäterInnen und SchubhaftbetreuerInnen gegenüber psychischen Auffälligkeiten angehaltener Personen sollte durch gemeinsame Schulungen erhöht werden.⁴⁸

2.3.3.6. Dokumentation

Anamneseblatt, Formular Haftfähigkeitsuntersuchung, Hungerstreik-Formular Erstuntersuchung, Formular Hungerstreik-ärztliche Kontrollen – sollen die vom Menschenrechtsbeirat 2002 empfohlene lückenlose Dokumentation des Gesundheitszustandes von Schubhäftlingen heute sicherstellen. Die Formulare wurden laufend aktualisiert, nach dem Tod von Herrn Yankuba Ceesay das Hungerstreik-Formular Erstuntersuchung und auch das Formular Hungerstreik-ärztliche Kontrollen.⁴⁹

Die Beurteilung/Entwicklung des Gesundheitszustandes der Schubhäftlinge ist lückenlos zu dokumentieren. Im Falle eines Dienstwechsels der ÄrztInnen ist der/die jeweilige Nachfolger/in mittels Arztbrief von der aktuellen gesundheitlichen Befindlichkeit und die erfolgte Behandlung in Kenntnis zu setzen. Dies gilt auch für Sanitäter. Die Patienten sind über ihren Gesundheitszustand, den Verlauf der Behandlung sowie die vorgeschriebene Therapie zu informieren.

Häftlingen ist bei der Entlassung auf Verlangen auch eine Abschrift allfälliger ärztlicher Befunde und Gutachten über die während der Dauer der Anhaltung aufgetretenen Erkrankungen

⁴⁵ Erlass des Bundesministeriums für Inneres, GZ: BMI-OA1320/0025-II/1/b/2006, vom 9. März 2006.

⁴⁶ Vgl Bericht der Projektgruppe Medizinische Betreuung; Stand der Umsetzung der Empfehlungen Nr. 221, 294; August 2006.

⁴⁷ Erlass des Bundesministeriums für Inneres, GZ: BMI-OA1320/0025-II/1/b/2006, vom 9. März 2006.

⁴⁸ Empfehlung Nr. 180, 190.

⁴⁹ Erlass des Bundesministeriums für Inneres, GZ: BMI-OA1320/0065-II/1/b/2005

gen oder Verletzungen auszufolgen. Dies gilt auch für bei der Behörde aufliegende Befunde und Gutachten von externen medizinischen Einrichtungen.⁵⁰

2.3.3.7. SanitäterInnen

Die AnhO regelt⁵¹, dass bei der notwendigen ärztlichen Betreuung von angehaltenen Personen für minderschwere Anlässe auf die Betreuung der Häftlinge durch SanitäterInnen Bedacht genommen werden kann.

In den PAZ sind ExekutivbeamtlInnen mit Zusatzausbildung „Rettungssanitäter“ und „Notfallsanitäter“ tätig. Ihre Ausbildung und Aufgaben sind in den Richtlinien für den Sanitätsdienst⁵² geregelt.

2.3.4. Exkurs: Schubhaftbetreuung

2.3.4.1. Förderungsvertrag zur Durchführung des Projekts Schubhaftbetreuung

Den Staat trifft - wie oben dargelegt - eine Gewährleistungspflicht in Bezug auf sich im Polizeigewahrsam befindliche Personen, einen Mindeststandard an Haftbedingungen einzuhalten. Die Umsetzung dieser Gewährleistungspflicht lagert der Staat unter seiner Verantwortung zum überwiegenden Teil an Dritte aus. Diese nehmen eine staatliche Aufgabe wahr. Das BM.I schließt als Förderungsgeber mit privaten Anbietern, den Förderungsnehmern, Förderungsverträge über die Durchführung des Projektes Schubhaftbetreuung.

Ziel dieser Vereinbarung ist die Betreuung von Schubhäftlingen in den Polizeianhaltezentren zur Verbesserung der humanitären und sozialen Standards während der Schubhaft, zur Minderung des Konfliktpotentials in den Anhaltezentren durch Information der Betroffenen über Tatsachen einschließlich solcher über rechtliche Umstände sowie – allgemein – zur Unterstützung einer gesetzeskonformen Vollziehung der fremdenrechtlichen Normen. Kein Ziel der Schubhaftbetreuung ist die Rechtsberatung und Rechtsvertretung der betreuten Schubhäftlinge.⁵³

2.3.4.2. Betreuung

Unter den im Förderungsvertrag detailliert beschriebenen Aufgaben der Schubhaftbetreuung finden sich neben der Aufgabe der Information von Schubhäftlingen (vgl. dazu unten) über ihre tatsächliche und rechtliche Situation, Aufgaben, die die Gestaltung des Haftalltags von Schubhäftlingen betreffen und Basisbedürfnisse der angehaltenen Personen decken sollen, sowie Aufgaben, die im engen Kontext zur medizinischen Betreuung von Schubhäftlingen stehen. Dazu zählt die Begleitung des Schubhäftlings bei ärztlichen Untersuchungen auf dessen Wunsch, die erhöhte Aufmerksamkeit in der Betreuung von Schubhäftlingen im Hungerstreik, mit psychischen Beeinträchtigungen oder mit Hinweisen auf die Gefahr von Selbstschädigungen oder Selbsttötungen, die Unterstützung des Polizeiärztlichen Dienstes in der Information des zu behandelnden Schubhäftlings über die maßgeblichen Fragen der Behandlung in einer ihm verständlichen Sprache, sofern der Betroffene damit einverstanden ist, die Information der Behörden über Umstände, die auf eine psychische Beeinträchtigung eines Schubhäftlings hinweisen und eine weiterführende Untersuchung erforderlich machen könnten, die Information der Behörden über Umstände, die zu einer gesundheitlichen Beeinträchtigung von Schubhäftlingen, zu Gefährdungen oder zu Konflikten, wie beispielsweise Hungerstreiks, führen können und schließlich auch die Mitwirkung an der Erstellung einer Liste von ÄrztInnen, die zu einer Tätigkeit als Vertrauensarzt/-ärztin angehaltener Personen bereit wären sowie die Teilnahme an Fachgesprächen und Schulungen zur medizinischen

⁵⁰ Erlass des Bundesministeriums für Inneres, GZ: BMI-OA1300/0011-II/1/b/2006, Pkt. 1.11.10.

⁵¹ Vgl. § 10 Abs. 1 AnhO

⁵² Erlass des Bundesministeriums für Inneres, Zahl: BMI-PA1912/0006-II/6/2006 vom 14. Juni 2006.

⁵³ Vgl. Förderungsvertrag für das Jahr 2006, Pkt. 1.1. und 1.3..

Versorgung angehaltener Personen, insbesondere wenn diese betreuungsrelevante Aspekte wie Hungerstreik oder psychische Beeinträchtigung, die Gefahr von Selbstbeschädigung und Selbsttötung behandelt.

2.3.4.3. Dokumentation

Der Förderungsnehmer hat zentral Aufzeichnungen über die gewährten Betreuungsleistungen, aus denen der Name des betreuten Schubhäftlings, der Ort und das Datum der Betreuungsleistung sowie die Betreuungsart hervorgehen zu führen. Dem Förderungsgeber ist auf Verlangen jederzeit Einsicht in die Aufzeichnungen zu gewähren.

2.3.4.4. Verantwortung

Das BM.I (Förderungsgeber) behält es sich vor, die Auszahlung der Förderung an die Schubhaftbetreuungsorganisation (Förderungsnehmer) aufzuschieben, wenn und solange Umstände vorliegen, die die ordnungsgemäße Durchführung der Leistung nicht gewährleistet erscheinen lassen.

2.3.4.5. Erwägungen des MRB zur Information von Schubhäftlingen über rechtliche Umstände, Rechtsberatung und Dokumentation der Betreuungsleistungen durch Förderungsnehmer des Projektes Schubhaftbetreuung und ihre Dienstnehmer

Der MRB hat sich im Jahr 2002 in einer eigenen AG mit dem Problem der Information von angehaltenen Personen beschäftigt und 32 Empfehlungen beschlossen. Im Zuge der Erarbeitung der Empfehlungen hatte sich letztlich herausgestellt, dass sich die Probleme hinsichtlich der Information von Angehaltenen überwiegend bei jenen Personen ergeben haben, die nach dem Fremdenrecht angehalten wurden und der deutschen Sprache nicht mächtig waren.⁵⁴ Das Problem ist also nicht neu und bis heute virulent. Die schlussendlich bestehende Abhängigkeit von Menschen als Quelle der Information ist immer wieder Grund für menschenrechtlich bedenkliche Informationsdefizite, die zu eskalierenden Situationen beitragen können. Die Empfehlung des Menschenrechtsbeirates, alternative Informationsmethoden wie Video- und/oder Tonbandaufnahmen zusätzlich zu den derzeitigen Informationsblättern und Formularen einzuführen, ist, wie auch Dolmetschdienste von Call-Centern in Anspruch zu nehmen, nicht umgesetzt.⁵⁵

Die Referenten der Asyl- und Fremdenpolizeibehörden trifft eine weitgehende verfahrensrechtliche Manuduktionspflicht⁵⁶. Allgemein wird bestimmt, dass die Behörde Personen, die nicht durch berufsmäßige Parteienvertreter vertreten sind, die zur Vornahme ihrer Verfahrenshandlungen nötigen Anleitungen zu geben hat. Die Anleitung braucht von den Parteien nicht verlangt zu werden.⁵⁷ Unabhängig davon sind für die rechtliche Information der Schubhäftlinge in der bestehenden Betreuungsstruktur die SchubhaftbetreuerInnen, also die DienstnehmerInnen der Förderungsnehmer über die Durchführung des Projektes Schubhaft, zuständig, wenn der Schubhäftling der Betreuung zugestimmt hat. Ihnen sind in diesem Fall uneingeschränkt alle für die Betreuung relevanten Informationen von den Asyl- und Fremdenpolizeibehörden weiterzugeben, insbesondere die Informationen entsprechend den Punkten (a) bis (e) des Laufzettels.⁵⁸

Die Schubhaft unterscheidet sich von der Strafhaft, der Verwaltungs- und auch der Verwahrungshaft dadurch, dass sie nicht auf Anhaltung als Strafe abzielt, sondern die Sicherung der Verbringung eines Menschen von einem Punkt A an einen vom Betroffenen nicht selbst be-

⁵⁴ Bericht des Menschenrechtsbeirates zum Problem der Information für angehaltene Personen, (2002), S. 7.

⁵⁵ Empfehlung Nr. 135.

⁵⁶ § 13a AVG

⁵⁷ Walter/Mayer, Verwaltungsverfahrenrecht, 8. Auflage (2003) Rz 163f

⁵⁸ Förderungsvertrag über die Durchführung des Projektes Schubhaftbetreuung für das Jahr 2006, 4.2. Projekt-
abwicklung, S. 9.

stimmten Punkt B zu einem vom Betroffenen nicht selbst bestimmten Zeitpunkt bezweckt. Das Informationsbedürfnis eines Menschen ohne autonome Selbstbestimmung über seinen/ihren Aufenthalt ist nicht abstrakt festlegbar. Schubhäftlinge, die über die Abschiebung in ein Land X informiert wurden und sich damit abfinden, werden regelmäßig ein geringeres Informationsbedürfnis haben, als jene, die jede – weitere - Ortsveränderung oder die Verbringung in ihr Heimatland ablehnen. Menschen, deren Asylantrag noch nicht behandelt wurde, da ein Dublin-Verfahren anhängig ist, bedürfen anderer Informationen, als Menschen deren Asylverfahren in Österreich rechtskräftig negativ beschieden wurde. Hinzu kommt, dass die Informationsaufnahme-fähigkeit eines Menschen nicht nur von seinem Bildungsniveau sondern auch seiner physischen und psychischen Verfassung abhängig ist. Es bedarf daher eines flexiblen Informationssystems, das deshalb effizient ist, weil es sich unterschiedlichsten Informationsbedürfnissen anzupassen vermag.

Schubhäftlinge sind jedenfalls über die Gründe und den Zweck der Anhaltung zu informieren. Es ist unbestritten, dass Schubhäftlinge ein Recht darauf haben, zu wissen, unter welchen rechtlichen Voraussetzungen die Durchsetzung der Abschiebung unabänderliches rechtliches und tatsächliches Faktum ist und dass die Dauer der Haft und das Ausmaß des von den Vollzugsorganen auszuübenden Zwangs, d.h. die Härte der Auseinandersetzung, lediglich von ihrer Kooperationsbereitschaft hinsichtlich der Abschiebung abhängig sind. Gegebenenfalls ist der Schubhäftling darüber aufzuklären, dass der Abbruch einer Abschiebung z.B. wegen der Erforderlichkeit exzessiver, d.h. unverhältnismäßiger, Gewaltanwendung infolge Widerstandes gegen die Abschiebung, kein Aufenthaltsrecht in Österreich gewährt, ebenso wenig wie eine selbst herbeigeführte Haftunfähigkeit.⁵⁹

Es erscheint selbstverständlich, dass ein Schubhäftling von allen Rechtsmitteln und Rechtsbehelfen in Kenntnis gesetzt wird, die es ihm/ihr ermöglichen, die Rechtmäßigkeit der Anhaltung und der Abschiebung prüfen zu lassen. Wie dieser Informationsfluss gesichert wird, ist bis heute nicht gelöst. Dies gilt auch für den kostenlosen Zugang zu einem Rechtsbeistand.⁶⁰

Die SchubhaftbetreuerInnen haben zwar – wie oben angedeutet – die Aufgabe, mit Schubhäftlingen Betreuungs- und Informationsgespräche zu führen. Sie haben Schubhäftlinge über rechtliche Umstände, insbesondere über die ihn/sie betreffenden anhängigen Verfahren, über die Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit des Vorlegens verheimlichter Identitätsdokumente sowie auch über die Möglichkeit der freiwilligen Rückkehr zu informieren. Die SchubhaftbetreuerInnen sind jedoch keine RechtsberaterInnen oder RechtsvertreterInnen.⁶¹

Die Grenze zwischen Rechtsinformation und Rechtsberatung lässt sich nicht klar ziehen. Das wird nicht zuletzt dadurch deutlich, dass die SchubhaftbetreuerInnen in der Praxis Schubhäftlinge z.B. auch über die Möglichkeit von Rechtsmittelverzichten in anhängigen Verfahren belehren.⁶²

Die vom BM.I an die Förderungsnehmer im Förderungsvertrag über die Durchführung des Projektes Schubhaftbetreuung ausgelagerten staatlichen Aufgaben gehen – wie oben unter 2.3.4.2. beschrieben – weit über die bloße Rechtsinformation von Schubhäftlingen hinaus und setzen interdisziplinäre Expertise der SchubhaftbetreuerInnen voraus. Das BM.I ist verantwortlich dafür, diese Expertise von seinen Vertragspartnern einzufordern.

⁵⁹ Vgl. Empfehlung des Menschenrechtsbeirates Nr. 14 (1999): Der Beirat empfiehlt, die abzuschiebende Person im Besonderen darüber zu informieren, dass die Entscheidung eine endgültige ist und dass die Organe der Sicherheitsexekutive befugt sind, die Entscheidung erforderlichenfalls mit Zwangsmaßnahmen durchzusetzen sowie dass die abzuschiebende Person durch ihr Verhalten die Eingriffsintensität der Abschiebung beeinflussen kann.

⁶⁰ Empfehlung des Menschenrechtsbeirates Nr. 154

⁶¹ Förderungsvertrag über die Durchführung des Projektes Schubhaftbetreuung für das Jahr 2006

⁶² Schreiben des Beiratsmitgliedes und Geschäftsführers des Vereins „Menschenrechte Österreich“ vom 12.07.2006 an den Vorsitzenden des Menschenrechtsbeirates.

Die bestehende Betreuungsdokumentation sollte jedenfalls nicht nur zentral vom Förderungsnehmer über die Durchführung des Projektes Schubhaftbetreuung, sondern dezentral in den PAZ von den SchubhaftbetreuerInnen geführt werden. Auch AufsichtsbeamtlInnen, die Betreuungsleistungen erbringen, sollten diese dokumentieren. Die SchubhaftbetreuerInnen sollten durch die Dokumentation in die Lage versetzt werden, jederzeit Defizite in der Betreuung zu erkennen und über die erbrachten Betreuungsleistungen Auskunft zu geben. Betreuungsleistungen sollten unter hinzufügen des Namens der BetreuerIn und dem Datum dokumentiert werden. In die Betreuungsdokumentation sollte auch der jeweils aktuelle fremdenrechtliche Status eines Schubhäftlings aufgenommen werden. Die Förderungsnehmer sollten gegenüber den Kommissionen des MRB auskunftspflichtig sein, weshalb die Förderungsverträge in diesem Sinne anzupassen wären.

2.4. Stand der Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates zum Thema „Schubhaft“

Mehr als 90 % der seit 1999 beschlossenen Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates (Stand per 24.10.2006: 301 Empfehlungen) betreffen die Anhaltung von Menschen in Schubhaft.

2.5. Erwägungen des MRB

Die AnhO i.d.g.F., die in Geltung stehenden Erlässe und die fortgesetzten Bemühungen des BM.I, Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates betreffend den Haftstandard umzusetzen, bilden aus der Sicht des MRB eine an internationaler Standards orientierte Vollzugsgrundlage für die Anhaltung von Menschen in Schubhaft. Der Kritik des CPT anlässlich des Besuchs im April 2004 an den materiellen Haftbedingungen in nahezu allen PAZ und den in diesem Zusammenhang beschlossenen Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates trug das BM.I durch die Novelle der AnhO teilweise Rechnung, auch wenn z.B. von der Einrichtung eigener Anhaltezentren für Schubhäftlinge noch keine Rede ist.

Die Vollzugspraxis der Schubhaftbetreuung im weiten Sinn (Betreuung von Schubhäftlingen einschließlich der an die so genannte „Schubhaftbetreuung“ ausgelagerten staatlichen Aufgaben) gibt hinsichtlich der medizinischen Betreuung von Schubhäftlingen allerdings Grund zur Feststellung, dass es an einer klaren und überprüfbaren Aufgaben- und Verantwortungsstruktur, die auch dazu in der Lage wäre Defizite in der Betreuung eines Schubhäftlings frühzeitig sichtbar und damit in menschenrechtskonformer Art und Weise korrigierbar zu machen, fehlt.

Die Umsetzung der Haftstandards des MRB in den Vollzugsalltag ist daher aus menschenrechtlicher Sicht bis heute nicht zufrieden stellend.

Am deutlichsten wird dieses Defizit in jenen Fällen, in denen Schubhäftlinge durch die Verweigerung der Nahrungs- und/oder Flüssigkeitsaufnahme oder sonstige Akte der Selbstschädigung ihre Abschiebung zu vereiteln suchen oder ihre Entlassung aus der Anhaltung erzwingen wollen. Die medizinische Versorgung (Heilbehandlung) dient dann durch Aufrechterhaltung der Haftfähigkeit vorrangig dem Zweck der Anhaltung, nämlich der Abschiebung. Ist der Wille der/des PatientIn darauf gerichtet diese zu verhindern und ein „informed consent“ für seine/ihre Heilbehandlung daher nicht zu erreichen, rücken medizinisch-ethische Standards in den Hintergrund und Fragen der Zulässigkeit von eigenmächtigen Heilbehandlungen und der Verhältnismäßigkeit von allenfalls mit Zwangsgewalt durchgesetzten Eingriffen ins Zentrum der Überlegungen.

Um die Rechtsfrage der Zulässigkeit einer mit Zwang durchgesetzten Untersuchung zum Zweck der Beurteilung der Haftfähigkeit oder einer mit Zwang durchgesetzten Heilbehandlung zur Aufrechterhaltung der Haftfähigkeit und Abschiebетаuglichkeit zu beantworten, muss die Autonomie des Schubhäftlings mit der staatlichen Schutzpflicht aus Art. 2 und 3

EMRK in Beziehung gesetzt werden und eine Abwägung unter Berücksichtigung des Verhältnismäßigkeitsprinzips erfolgen.

Die Schutzpflicht (Gewährleistungspflicht) des Staates für das Leben und die Gesundheit von in seinem Gewahrsam angehaltenen Personen berechtigt ÄrztInnen per se keinesfalls zu einer mit Zwangsgewalt durchgesetzten Untersuchung oder Heilbehandlung eines Häftlings, der seine/ihre Einwilligung zu dieser verweigert. Es bedarf vielmehr einer gesetzlichen Grundlage für den Eingriff, der aus medizinischer Sicht notwendig und geeignet sein muss, um die staatliche Schutzpflicht zu erfüllen, und das gelindeste Mittel zur Wahrnehmung der Schutzpflicht darstellen muss. Die AnhO schließt Zwangsuntersuchungen und Zwangsbehandlungen, die in die körperliche Integrität einer Person eingreifen, aus.⁶³ ÄrztInnen in öffentlichen Krankenanstalten sind außerhalb des UbG, wie auch allen frei praktizierenden ÄrztInnen, Zwangsuntersuchung und/oder Zwangsbehandlung von PatientInnen unter Androhung von gerichtlicher Strafe⁶⁴ untersagt. Die Vollziehbarkeit der gesetzliche Grundlage für Zwangsuntersuchungen und Zwangsbehandlungen von Schubhäftlingen nach Überstellung in die medizinische Einrichtung des gerichtlichen Gefängnisses Wien (§ 79 Abs. 1 FPG i.V.m. § 53 d VStG i.V.m. § 69 Abs. 1 StVG) ist – wie bereits oben unter 2.3.3.4. angemerkt – unabhängig von der Verhältnismäßigkeit der Maßnahme im Einzelfall zumindest fraglich. Der Zweck der Anhaltung in Schubhaft und die Schutzpflicht (Gewährleistungspflicht) des Staates für das Leben und die Gesundheit der angehaltenen Personen bedingen nämlich, dass Schubhäftlinge vor Eintritt von Gefahr in Verzug, d.h. vor Eintritt einer schweren Gesundheitsbeeinträchtigung, aus der Anhaltung zu entlassen wären, da das Ziel der Anhaltung zu diesem Zeitpunkt mangels Abschiebetauglichkeit nicht mehr erreichbar und damit schon die Fortsetzung der Anhaltung rechtswidrig wäre. Die im Übrigen gesetzlich vorgesehene Genehmigung einer Zwangsuntersuchung oder Zwangsbehandlung durch das Bundesministerium für Justiz (vgl. § 69 Abs. 1 StVG) kommt, da die Anhaltung einer Person in Schubhaft dem BM.I und seinen nachgeordneten Dienststellen zuzurechnen ist, mangels Weisungszusammenhang nicht in Frage. Eine Genehmigung durch das BM.I ist jedoch gesetzlich nicht vorgesehen. Unabhängig davon wäre für die Zulässigkeit einer Weisung des BM.I an Organe einer Justizeinrichtung zu klären, ob diese Organe in den Fällen der Aufnahme eines Schubhäftlings funktionell als Organe des BM.I tätig werden, da es sonst wiederum am Weisungszusammenhang mangelt. Die Rechtslage ist unklar. Bezüglich der Zwangsernährung von Schubhäftlingen als Sonderfall der Zwangsbehandlung vergleiche unten 3.4.4 und 3.7..

Aus dem Gedanken der Verhältnismäßigkeit folgert, dass vor jeder Zwangsmaßnahme ein Konsens mit dem Schubhäftling anzustreben wäre. Schubhäftlinge müssen die Gelegenheit haben, ihre rechtswirksame Einwilligung zu einer ärztlichen Untersuchung oder Behandlung zu erteilen.⁶⁵ Voraussetzung für jede Einwilligung ist die Aufklärung des Schubhäftlings über eine beabsichtigte ärztliche Untersuchung oder Behandlung.

Aufklärung des Patienten durch den/die Arzt/Ärztin und Kommunikation im Arzt-Patienten-Verhältnis oder Sanitäter-Patienten-Verhältnis ist als Haftstandard empfohlen⁶⁶ und rechtlich geboten. Die Umsetzung scheidet in der Praxis der Schubhaft nicht nur an der Verfügbarkeit von DolmetscherInnen sondern auch daran, dass PolizeiamtsärztInnen in der Aufklärung von und der Kommunikation mit Schubhäftlingen zu oft keine gebotene Handlungsweise erkennen⁶⁷ und dass im Einzelfall das Unterbleiben einer Aufklärung über die Notwendigkeit medizinisch indizierter Untersuchungen durch die PolizeiamtsärztInnen nicht sanktionsbewährt ist. Eskaliert die Situation, ist das Fehlen der Kommunikation zwischen ÄrztInnen und Schubhäftlingen in den der Eskalation zeitlich vorgelagerten Phasen nicht korrigierbar und kann zu

⁶³ Vgl. § 26 Abs. 1 dritter Satz AnhO.

⁶⁴ Vgl. § 110 StGB.

⁶⁵ Kopetzki in der 3. Sitzung der AG am 23. März 2006.

⁶⁶ Vgl. ua. Empfehlung des Menschenrechtsbeirates Nr. 191, 192, 193.

⁶⁷ EB der Kommission OLG Linz Nr. 17/2006; Bericht der Projektgruppe medizinische Betreuung über den Stand der Umsetzung der Empfehlung Nr. 191,193,216.

menschenrechtlich bedenkliche Kettenreaktionen (unverhältnismäßigen Zwangsmaßnahmen) führen. Um rechtswidrige Eingriffe in Menschenrechte zu vermeiden, muss die Umsetzung der Empfehlungen des MRB betreffend die Information von und Kommunikation mit in Schubhaft angehaltenen Personen dringend verbessert werden. Unter den AufsichtsbeamtInnen in den PAZ sollte es besonders geschulte KontaktbeamtInnen geben. Ihre Aufgabe sollte es sein, mit Schubhäftlingen in Beziehung zu treten⁶⁸ und in enger Kooperation mit den SchubhaftbetreuerInnen die Betreuung der Angehaltenen bis hin zur Abschiebung sicherzustellen.

Auch wenn es die zuständige Fremdenpolizeibehörde ist, die einen Schubhäftling, dessen Haftunfähigkeit amtsärztlich festgestellt wurde, enthaftet, so trifft die Verantwortung für eine der Schutzpflicht (Gewährleistungspflicht) des Staates für das Leben und die Gesundheit von angehaltenen Personen entsprechende Beurteilung der Haftfähigkeit die PolizeiamtsärztInnen. Diese sind bei ihrer Tätigkeit als medizinische Amtssachverständige ausschließlich medizinischen Standards und nicht dem fremdenpolizeilichen Vollzug verpflichtet. Schubhäftlinge, deren gesundheitliche Konstitution den Eintritt einer schweren Gesundheitsbeeinträchtigung befürchten lässt, müssen entweder aus der Haft entlassen oder in eine öffentliche Krankenanstalt oder die medizinische Einrichtung im gerichtlichen Gefangenenhaus Wien überstellt werden. Bei dieser Beurteilung kommt dem Umstand, dass die Gesundheitsbeeinträchtigung vom Schubhäftling allenfalls selbst herbeigeführt wurde, keine Bedeutung zu. Schubhaft ist keine Beugehaft.⁶⁹ Für den MRB stellt jedes Zuwarten mit der Prüfung der Haftfähigkeit trotz der medizinisch erkennbaren Gefahr einer schweren Gesundheitsbeeinträchtigung des Schubhäftlings eine unmenschliche Behandlung dar.

Für den Fall, dass ein Schubhäftling zu erkennen gibt, sich der Abschiebung widersetzen zu wollen, sei es durch die Weigerung, Nahrung zu sich zu nehmen oder durch sonstige Akte der Selbstschädigung, sollte daher neben die polizeiamtsärztlichen Begutachtung der Haftfähigkeit des Betroffenen eine davon strikt getrennte kurative ärztliche Betreuung (Heilbehandlung), allenfalls bei Verfügbarkeit und Sachverständigenkenntnis auch durch Polizeiamtsärztinnen⁷⁰, treten.⁷¹ Die medizinische Notwendigkeit der Überstellung eines Schubhäftlings in eine geeignete Krankenanstalt oder bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen in die Krankenabteilung des Gefangenenhauses Wien wäre vom kurativ betreuenden Arzt/Ärztin in seiner Verantwortung rechtzeitig und nachweislich dem amtsärztlichen Dienst zur Kenntnis zu bringen. Aus der Sicht des MRB bestünden gegen eine derartige Verpflichtung keine datenschutzrechtlichen Bedenken⁷².

Entgegen der bestehenden Praxis und im Sinne medizinisch-ethischer Standards erachtet der MRB auch im Bereich der psychiatrischen und psychologischen Betreuung von Schubhäftlingen die strikte Trennung von gutachterlicher und kurativer Tätigkeit der handelnden ÄrztInnen und PsychologInnen als dringend geboten.⁷³

Wird von PolizeiamtsärztInnen bei der notwendigen ärztlichen Betreuung von Schubhäftlingen (Gewährleistung der Heilbehandlung) in minderschweren Fällen auf SanitäterInnen Bedacht genommen, so entbindet dieser Umstand PolizeiamtsärztInnen in keiner Weise von ihrer Verantwortung für eine unserem Wohlfahrtssystem entsprechende Heilbehandlung. Die medizinische Betreuungsstruktur im PAZ ist vom Staat daher so zu organisieren, dass PolizeiamtsärztInnen ihrer Verantwortung gerecht werden können.

⁶⁸ Auszug aus dem 11. Jahresbericht [CPT/Inf (2001) 16] Rz 26.

⁶⁹ VwGH 27.5.1993, 93/18/0099; 17 11 2005, 2005/21/0019.

⁷⁰ Empfehlung des Menschenrechtsbeirates Nr. 164. und 165.

⁷¹ Die AG begrüßt in diesem Zusammenhang das geplante Pilotprojekt des BM.I im PAZ Linz, wo nach dem Umbau des PAZ ein Vertragsarzt (Internist) die kurativer medizinische Betreuung der Schubhäftlinge übernehmen soll.

⁷² § 9 Z 12 Datenschutzgesetz 2000 (DSG)

⁷³ Dr. Cancola in der 4. Sitzung der AG am 28.4.2006

Der MRB hält fest, dass es sich bei Schubhäftlingen um eine Gruppe von Menschen in unserer Gesellschaft handelt, die regelmäßig nicht dazu in der Lage ist, ihre (menschlichen) rechtlichen Interessen aus Eigenem effektiv wahrzunehmen. Eine Lösung dieser rechtsstaatlich unbefriedigenden Situation sieht der MRB nicht unmittelbar in einem kostenlosen Zugang zu einem Rechtsbeistand, da schon die Entscheidung, ob ein Rechtsunterworfener eines Rechtsbeistandes bedarf, einen entsprechenden Informationsstand des Rechtsunterworfenen voraussetzt. Dem kostenlosen Rechtsbeistand sollte daher eine unabhängige Rechtsschutzeinrichtung für in Schubhaft angehaltene Personen vorgeschaltet sein.

3. Nahrungsverweigerung und Hungerstreik

3.1. Sachverhalt

Am 28.09.2005 dokumentiert⁷⁴ der Polizeiamtssarzt den Beginn des Hungerstreiks mit 27.09.2005, 7:00 Uhr. Herr Ceesay gibt als Grund dafür seinen Wunsch nach Rückverlegung in die Zelle 36 an. Der Polizeiamtssarzt attestiert dem Schubhäftling weiterhin einen guten Allgemeinzustand und hält ein Körpergewicht von 67 kg und die fortgesetzte Haftfähigkeit fest. Als „individuelles kritisches Gewicht“ für die Beurteilung der Haftfähigkeit errechnet er für Herrn Yankuba Cessay ein Körpergewicht von 54 kg.

Das Info-Blatt für Hungerstreikende wird nicht ausgefolgt. Die Aufklärung erfolgt laut Dokumentation in Anlehnung an das Formular mündlich. Darin ist auch festgehalten, dass Herr Yankuba Ceesay jede verbale Kommunikation mit dem Polizeiamtssarzt verweigert.

Herr Ceesay wird ab nun täglich untersucht, sein Körpergewicht gewogen, sein Puls und der pO₂ Wert gemessen, sein psychischer Zustand, Turgor, Zunge und Ansprechbarkeit vom Polizeiamtssarzt dokumentiert. Ein Dolmetsch wird nicht beigezogen.

Die Schubhaftbetreuerin führt mit Herrn Yankuba Ceesay am 29.09.2005 ein kurzes Gespräch, in dem der Schubhäftling mitteilt, dass er sich im Hungerstreik befinde. Ein weiteres Gespräch findet nicht statt.

3.2. Internationale Standards⁷⁵

Im Umgang mit einem Häftling (Schubhäftling), der keine Nahrung oder auch keine Flüssigkeit über einen Zeitraum von mehr als 48 -72 Stunden zu sich nimmt, stehen der/die betreuende Arzt/Ärztin im Focus internationaler Standards.

Nahrungsverweigerer unterscheiden sich von HungerstreikerInnen dadurch, dass erstere von Anfang an keine Intention haben, durch ihren Protest zu Schaden zu kommen, während letztere bereit sind, für die von ihnen vertretene Sache den gesamten Weg, d.h. bis zum Tod, zu gehen.

Das Wissen der ÄrztInnen über die Situation von Nahrungsverweigerern und HungerstreikerInnen während eines Freiheitsentzugs, deren Motivation zu fasten, die unterschiedlichen Formen des Fastens (der Nahrungsverweigerung und des Hungerstreiks) und ihre medizinischen Konsequenzen ist für den Verlauf dieser Form des Protests eines Häftlings, der in der Hungerstreiksituation der Anhaltstruktur als Geiselnnehmer und Geisel in einer Person gegenüber steht, von überragender Bedeutung.

Die Standards basieren auf Problembewusstsein. Problembewusstsein setzt Wissen voraus. Ohne dieses Wissen ist die Implementierung eines Standards nicht möglich.⁷⁶

⁷⁴ Hungerstreik-Formular

⁷⁵U.a. www.wma.net/e/humanrights/pdf/hunger_strikes.pdf

⁷⁶Empfehlung des Menschenrechtsbeirates Nr. 194

3.3. Innerstaatlicher Umgang mit Nahrungsverweigerung und Hungerstreik in der Schubhaft

3.3.1. Aufklärung

Zu Hungerstreikbeginn ist das Informationsblatt „Hungerstreik“ dem Schubhäftling in der Landessprache (oder sonst verständlichen Sprache) nachweislich zu übergeben und vom Arzt mit dem Angehaltenen zu besprechen. Bei fehlender Sprachkenntnis muss ein Dolmetsch herangezogen werden.⁷⁷

Im Informationsblatt werden die Schubhäftlinge darauf aufmerksam gemacht, dass mit einem Hungerstreik ein Gesundheitsrisiko bis hin zu Lebensgefahr verbunden sein kann.⁷⁸ Für den Fall, dass eine Laboruntersuchung das Vorliegen einer Sichelzellenanämie ausweist, ist dem Schubhäftling zusätzlich das entsprechende Infoblatt fakultativ mit Dolmetsch und SchubhaftbetreuerIn zur Kenntnis zu bringen.⁷⁹

Schubhäftlinge sind auch darüber zu informieren, dass Hungerstreik – wie im übrigen auch Selbstverletzung – nach geltender Rechtslage nicht mehr die Entlassung aus der Schubhaft zur Folge haben muss.⁸⁰

3.3.2. Medizinische Betreuung⁸¹

Nach der Meldung eines Hungerstreiks ist eine Erstuntersuchung durch den Polizeiamtssarzt in Anwesenheit eines Dolmetschers oder sprachkundigen Organs durchzuführen. Bei der Erstuntersuchung ist neben ausreichender Exploration bzw. Anamnese der individuelle kritische Gewichtsverlust festzulegen. In weiterer Folge ist täglich eine klinische Untersuchung hinsichtlich aller Parameter entsprechen dem Formular Hungerstreik-ärztliche Kontrollen durchzuführen und zusätzlich auch eine tägliche Erhebung der Pulsoxymetrie und ein Harnbefund zu erheben. Es ist zu eruieren, ob sich der Schubhäftling in einem isolierten Hungerstreik oder einem Hunger- und Durststreik befindet. Sollten hochpositives Azeton im Harn und/oder beginnende Exsikkosezeichen festgestellt werden, muss eine 1. Basis-Laboruntersuchung erfolgen. In den Zuweisungen an Labors muss insbesondere bei Afrikanern schwarzer Hautfarbe die Fragestellung Sichelzellenanämie angeführt und dezidiert abgefragt werden. Vom Ergebnis der Laboruntersuchungen sind das Vorsehen weiterer Untersuchungen und die Festsetzung der Untersuchungsabstände abhängig.

Bei sehr raschem und starkem Gewichtsverlust wird eine frühzeitige Harnkontrolle empfohlen.

Erreicht der Schubhäftling das individuell errechnete „kritische Gewicht“ so sind zusätzlich zum klinischen Zustandsbild Kontrollen mit allen Parametern in 1-3-tägigen Abständen durchzuführen.

Ob ein Schubhäftling einem/er Psychiater/in vorgestellt wird, ist individuell anzuordnen, abhängig von der psychischen Ausgangssituation beim Erstgespräch in Anwesenheit eines/r Dolmetschers/-erin und der psychischen Entwicklung des Betroffenen im Laufe der Schubhaft. In diese Entscheidung sollen alle Beobachtungen (Kommunikation des Polizeiamtssarztes mit den SchubhaftbetreuerInnen, mit den AufsichtsbeamtlInnen und den SanitäterInnen) einfließen.

⁷⁷ Erlass des Bundesministeriums für Inneres, Zahl: BMI-OA1320/0065-II/1/b/2006, vom 07. Oktober 2005; Erlass des Bundesministeriums für Inneres, Zahl: BMI-OA1300/0011-II/1/b/2006, vom 20. Februar 2006, Pkt. 1.11.4.

⁷⁸ Vgl. Infoblatt bei Hungerstreik

⁷⁹ Erlass des Bundesministeriums für Inneres, Zahl: BMI-PA1935/0004-II/6/06 vom 27.04.2006

⁸⁰ Handbuch zum FPG, Anmerkungen zu § 78 FPG, S.184.

⁸¹ Erlass des Bundesministeriums für Inneres, Zahl: BMI-OA1320/0065-II/1/b/2006, vom 07. Oktober 2005.

3.3.3. Dokumentation

Die gesamte Aufklärung und Betreuung von Nahrungsverweigerern und Hungerstreikenden ist zu dokumentieren.⁸²

3.4. Aufrechterhaltung der Haftfähigkeit

3.4.1. Einlieferung von Nahrungsverweigerern und Hungerstreikenden in die medizinische Einrichtung des Gefangenenhauses Wien⁸³

Rechtliche Voraussetzung für die Überstellung eines Schubhäftlings in die medizinische Einrichtung des gerichtlichen Gefangenenhauses Wien (Sonderkrankenanstalt der Justizanstalt – JA) ist gemäß § 78 Abs. 6 FPG, dass

- der Schubhaftvollzug im PAZ nicht mehr möglich ist;
- der Gesundheitszustand des Schubhäftlings von diesem selbst herbeigeführt wurde;
- Aufenthaltsverbot oder Ausweisung durchsetzbar sind und
- die Abschiebung tatsächlich möglich ist.

Vor der Überstellung hat der Polizeiamtssarzt zu beurteilen, ob aufgrund des Gesamtzustandes des Schubhäftlings nicht bereits Haftunfähigkeit vorliegt. Auch ob der Gesundheitszustand des Fremden eine Außerlandesbringung auf dem Luft- oder Landweg zulässt oder ob der Gesundheitszustand des Schubhäftlings nicht die Überstellung in eine geeignete Krankenanstalt gebietet.

Sehr niedriger Blutdruck, Einschränkung der Nierenfunktion, deutliche Hämatokriterhöhung, massive Exsikkosezeichen, niedriges Gewicht, sehr niedriger Blutzucker und andere Krankheiten, die eine Betreuung in einer Bettenstation bedürfen, können der Grund für eine Überstellung in die Sonderkrankenanstalt der JA sein.

Die Überstellung bedarf der Abstimmung zwischen dem/r Polizeiamtssarzt/ärztin im PAZ und dem Leiter der JA sowohl hinsichtlich der Aufnahmekapazität (Beurteilung der voraussichtlich erforderlichen Aufenthaltsdauer) als auch der Eignung der Ausstattung in der Sonderkrankenanstalt. Jedes Ersuchen des PAZ Wien, wohin Fremdenpolizeibehörden außerhalb Wiens bei Vorliegen der Voraussetzungen Schubhäftlingen gegebenenfalls mit Sanitätsfahrzeug zu überstellen haben, ist an die vorherige Zustimmung des BM.I, Abteilung II/3, gebunden.

Wird das Ersuchen vom Leiter der JA abgelehnt, so ist eine Überstellung des Schubhäftlings in ein öffentliches Krankenhaus zu erwägen.

3.4.2. Einlieferung von Nahrungsverweigerern und Hungerstreikenden in eine Krankenanstalt⁸⁴

§ 78 Abs. 7 FPG ist die Rechtsgrundlage für die Aufrechterhaltung der Schubhaft während eines stationären Krankenhausaufenthaltes. Es kommt für die Zulässigkeit der Überstellung weder auf ein Eigenverschulden des Schubhäftlings noch auf den fremdenpolizeilichen/asylrechtlichen Verfahrensstand an. Voraussetzung ist allerdings, dass der stationäre Krankenhausaufenthalt notwendig ist, ohne dass der Schubhäftling bereits haftunfähig wäre.

⁸² Erlass des Bundesministeriums für Inneres, Zahl: BMI-OA1320/0065-II/1/b/2006, vom 07. Oktober 2005.

⁸³ Handbuch zum FPG, Anmerkungen zu § 78 FPG, S. 184ff.

⁸⁴ Handbuch zum FPG, Anmerkungen zu § 78 FPG, S. 186f.

Ob die Schubhaft aufrechterhalten wird, hängt im Wesentlichen von der Art der Erkrankung und der voraussichtlichen Behandlungsdauer ab; ob eine Bewachung erforderlich ist, richtet sich nach dem Gesamtverhalten des Schubhäftlings und wiederum der Art der Erkrankung.

Die Behandlung eines Schubhäftlings in einem öffentlichen Krankenhaus bedarf darüber hinaus seiner/ihrer Einwilligung.

Die Krankenanstalt ist gesetzlich zur Aufnahme verpflichtet. Die Kosten der Untersuchung/Behandlung hat der Staat zu tragen.

Jede Überstellung ist dem BM.I zu melden und im Detail zu dokumentieren.

3.4.3. Einlieferung von Nahrungsverweigerern und Hungerstreikenden nach UbG.

Es gilt das im Zusammenhang mit der Überstellung in eine Krankenanstalt ausgeführte. Das Strafvollzugsgesetz (StVG)⁸⁵, auf das auch in diesem Zusammenhang vom FPG verwiesen wird, verweist mit der Ausnahme, dass die Überstellung ohne das in den §§ 8 und 9 des Unterbringungsgesetz (UbG) geregelte Verfahren vorgenommen werden können, seinerseits im Wesentlichen auf das Unterbringungsgesetz (UbG). Ausdrücklich wird normiert, dass eine Unterbringung im Sinne des Unterbringungsgesetzes nur bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 3 UbG zulässig ist. Der Schubhäftling muss daher an einer psychischen Krankheit leiden und im Zusammenhang damit sein Leben oder seine Gesundheit oder das Leben oder die Gesundheit anderer ernstlich und erheblich gefährden und nicht in anderer Weise ausreichend ärztlich behandelt oder betreut werden können.

3.4.4. Künstliche Ernährung und Zwangsernährung

Künstliche Ernährung ist jede Form der Nahrungsaufnahme, bei der ein Mensch nicht selbst isst oder trinkt. Erfolgt diese gegen den Willen eines Menschen, so spricht man von Zwangsernährung. Das FPG sieht die Möglichkeit der Überstellung eines Schubhäftlings in die medizinische Einrichtung des gerichtlichen Gefangenenhauses Wien vor (vgl. 3.4.1.). Die Bestimmungen des StVG (vgl. 2.3.1.2.) sind in diesen Fällen nur sinngemäß anzuwenden, soweit dies nicht zu Anlass und Dauer der von der Verwaltungsbehörde verhängten Freiheitsstrafe außer Verhältnis steht. Da es sich bei der Anhaltung in Schubhaft um keine Strafhaft, sondern lediglich um eine Anhaltung zur Sicherung eines Verwaltungsverfahrens (Erlassung eines Aufenthaltsverbots oder einer Ausweisung) oder der Abschiebung, der Zurückschiebung oder der Durchbeförderung eines Fremden handelt, wäre eine Zwangsernährung von Schubhäftlingen durch die Verweisung im § 79 Abs. 1 FPG auf § 53 d VStG und damit auf § 69 Abs. 2 StVG in verfassungskonformer Interpretation mangels Verhältnismäßigkeit der Maßnahme rechtlich nicht gedeckt.

3.5. Schubhaftbetreuung und Nahrungsverweigerung bzw. Hungerstreik

Die Schubhaftbetreuung hat die Aufgabe, gegenüber „hungerstreikenden“ Schubhäftlingen erhöhte Aufmerksamkeit walten zu lassen.

3.6. Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates zum Thema „Hungerstreik“

Empfehlung Nr. 86-92 und 194-204.

3.7. Erwägungen des MRB

Auf die vorhandenen Erkenntnisse betreffend die Verweigerung von Nahrungsaufnahme in Haftsituationen und den daraus abgeleiteten medizinisch-ethischen und rechtlichen Stan-

⁸⁵ § 71 Abs. 2 u.3 StVG, BGBl. Nr. 144/1969.

dards⁸⁶ kann an dieser Stelle nur hingewiesen werden. Von PolizeiamtsärztInnen und ÄrztInnen in Krankenanstalten muss verlangt werden, sich damit im Detail auseinanderzusetzen oder aber sich jeder kurativen und/oder gutachterlichen Tätigkeit im Zusammenhang mit „Hungerstreik“ zu enthalten.

Bedingung dafür, dass das Verhalten eines Häftlings unter den weiten Begriff „Hungerstreik“ (Nahrungsverweigerung und Hungerstreik) subsumiert werden kann, ist, dass diese Person geistig gesund, d.h. im vollen Besitz seiner/ihrer geistigen Fähigkeiten und frei von psychischen oder geistigen Störungen ist. Im Zweifel ist das Gutachten eines/einer Facharztes/Fachärztin für Psychiatrie einzuholen.

Psychisch kranke Personen, die die Nahrungsaufnahme verweigern, sollten als medizinischer Behandlung bedürftig angesehen werden, nicht jedoch als „Hungerstreiker/in“.⁸⁷

Wird ein Schubhäftling im Zuge der Hungerstreik-Erstuntersuchung im Bezug auf seine/ihre Entscheidung, die Nahrungsaufnahme bis auf weiteres zu verweigern, als sich der Tragweite seiner/ihrer Entscheidung bewusst beurteilt, scheidet eine Überstellung des die Nahrungsaufnahme verweigernden Schubhäftlings mangels Vorliegens einer psychischen Krankheit in eine psychiatrische Anstalt oder die psychiatrische Abteilung eines öffentlichen Krankenhauses auch dann aus, wenn er/sie durch die Nahrungsverweigerung in einen physischen und psychischen Zustand kommt, in dem er/sie in Folge eingeschränkter Gehirnfunktionen zu einer rationellen Entscheidung nicht mehr fähig ist (vgl. dazu unten die Erwägungen betreffend die Haftfähigkeit). Es darf nicht außer Betracht bleiben, dass selbst das Auftreten von delirischen Zuständen nicht durch eine psychische Krankheit, sondern durch einen Mangel an für den menschlichen Körper lebensnotwendigen Nährstoffen verursacht wird, der Teil der freien Entscheidung des Betroffenen, die Nahrungsaufnahme zu verweigern, ist. Es besteht also kein Kausalzusammenhang zwischen psychischer Krankheit und der Gefährdung des Lebens und der Gesundheit. Dieser wäre jedoch gesetzliche Voraussetzung für eine Unterbringung nach UbG.

Der MRB ist daher der Auffassung, dass die Überstellung von ausschließlich die Aufnahme von Nahrung und/oder Flüssigkeit verweigernden Schubhäftlingen (Nahrungsverweigerern und Hungerstreikenden) in eine Krankenanstalt nach UbG in jedem Fall rechtswidrig ist. Unabhängig davon, ist ein die Nahrungsaufnahme verweigernder Schubhäftling vor der Verwirklichung einer schweren Gesundheitsbeeinträchtigung entweder in eine öffentliche Krankenanstalt oder die medizinische Einrichtung des gerichtlichen Gefangenenhauses Wien zu überstellen oder als haftunfähig zu entlassen. Das Abwarten des Eintritts von z.B. psychotischen Zuständen infolge der Nahrungsverweigerung vor Überstellung oder Haftentlassung stellt eine unmenschliche Behandlung dar.

Der Konflikt zwischen dem Recht auf körperliche Integrität und der Schutzpflicht des Staates für das Leben von in seinem Gewahrsam befindlichen Personen, wird von der EMRK – wie bereits oben unter 2.3.1.3. ausgeführt – nicht abschließend gelöst. Der Beirat erachtet die Zwangsernährung einer in Schubhaft angehaltenen Person unter allen Umständen als unverhältnismäßig. Auch wenn Schubhäftlinge zum Zweck der Fortsetzung der Schubhaft in die medizinische Einrichtung des gerichtlichen Gefangenenhauses Wien überstellt werden, sind sie daher jedenfalls vor Verwirklichung der Gefahr einer schweren Gesundheitsbeeinträchtigung von der zuständigen Fremdenpolizeibehörde als haftunfähig zu entlassen. Unabhängig davon hält der Beirat fest, dass die Drohung gegenüber Schubhäftlingen mit einer Zwangsmaßnahme, von der der Gesetzgeber und die Vollzugsbehörden wissen, dass ihre Durchsetzung eine Grundrechtsverletzung darstellen würde, rechtswidrig und menschenrechtlich unvertretbar ist. Der MRB erinnert an die Empfehlung Nr. 213 und sieht die Fremdenpolizeibehörde dafür verantwortlich, dass aus der Schubhaft zu entlassen-

⁸⁶ U.a. www.wma.net/e/humanrights/pdf/hunger_strikes.pdf

⁸⁷ World Medical Association Declaration on Hunger Strikers, Malta 1991.

de Personen nicht unversorgt sind, sondern eine entsprechende Nachbetreuung gesichert ist.

Nahrungsverweigerer oder Hungerstreikende müssen bei der Hungerstreik-Erstuntersuchung nachweislich darüber aufgeklärt werde, dass es zur Vermeidung des unbemerkten Eintritts der Gefahr einer schweren Gesundheitsbeeinträchtigung nach 48-72 Stunden seit Beginn des Unterlassens der Nahrungsaufnahme einer ersten Blut-Laboruntersuchung bedarf, da die individuellen physiologischen Auswirkungen seines/ihres Unterlassens der Nahrungsaufnahme sonst nicht abschätzbar sind und die Gefahr von irreparablen Schädigungen des Körpers besteht. Der Schubhäftling muss unter dem Hinweis, dass den Staat Österreich für den Eintritt von allenfalls schweren - mangels Blut-Laboruntersuchung nicht erkennbaren - Gesundheitsschädigungen keine Haftung trifft, nachweislich um seine/ihre Einwilligung zu Blutabnahmen ersucht werden. Für eine mit Zwang durchgesetzte Blutabnahme im PAZ fehlt eine gesetzliche Grundlage. Selbst wenn dieser Eingriff in die körperliche Integrität gesetzlich vorgesehen wäre, wie etwa im Fall einer Zwangsuntersuchung in der medizinischen Einrichtung des gerichtlichen Gefangenenhauses Wien (vgl. jedoch oben 2.5.), so wäre dieser mangels Eignung des Mittels⁸⁸ und wegen Unverhältnismäßigkeit der Maßnahme rechtswidrig.

Willigt der Schubhäftling in eine Blutabnahme nicht ein, so ist er/sie dann als haftunfähig zu entlassen, wenn aufgrund von dokumentierten oder augenscheinlich wahrnehmbaren medizinischen Parametern die Gefahr einer schweren Gesundheitsbeeinträchtigung besteht.

Den Staat trifft eine Verantwortung dafür, dass nicht nur die generelle medizinische Betreuung (Heilbehandlung) sondern vor allem auch die Begutachtung der Haftfähigkeit einer in seinem Gewahrsam befindlichen Person einen Standard erreicht, der der Schutzpflicht des Staates für das Leben und die Gesundheit dieses Personenkreises entspricht (vgl. oben 2.5.). Unterlassungen der handelnden Organe sind nach den Bestimmungen der Amtshaftung zu beurteilen. Die in Ausübung von Hoheitsgewalt tätigen Organe müssen sich ihrer disziplinarischen und haftungsrechtlichen Verantwortung bewusst sein. Voraussetzung dafür ist unter anderem, die Verantwortlichkeiten zwischen Referenten der Fremdenpolizeibehörden, PolizeiamtsärztInnen und ÄrztInnen der medizinischen Einrichtung des gerichtlichen Gefangenenhauses Wien sowie öffentlicher Krankenanstalten transparent zu verteilen und die entsprechenden Berichtspflichten nachvollziehbar zu etablieren.

Der Erlass betreffend das Zusammenwirken von ÄrztInnen, Fremdenpolizeibehörden und der Justizverwaltung bei der Überstellung von Schubhäftlingen in die medizinische Einrichtung des gerichtlichen Gefangenenhauses Wien⁸⁹ lässt diese Transparenz der Verantwortlichkeit der handelnden ÄrztInnen betreffend die medizinische Beurteilung der Zulässigkeit der Fortsetzung der Haft vermissen. Entgegen dem Gesetzeswortlaut im § 78 Abs. 6 FPG geht die Fremdenpolizei davon aus, dass die Abschiebung des überstellten Schubhäftlings im Zeitpunkt der Überstellung nicht nur schlicht „möglich“ sondern bloß „zeitnah möglich“ sein muss⁹⁰. Damit kann es aber in der medizinischen Einrichtung des gerichtlichen Gefangenenhauses Wien zu einer zeitlichen Differenz zwischen der Gefahr des Eintritts einer schweren Gesundheitsbeeinträchtigung des Schubhäftlings und der fremdenpolizeilichen Verwirklichung der tatsächlichen Abschiebemöglichkeit kommen, die eine Entlassung aus der Haft oder die Überstellung in eine öffentliche Krankenanstalt gebieten würde. Der Arzt/die Ärztin, der/die für die laufende sachverständige Begutachtung des Gesundheitszustandes des Schubhäftlings und gegebenenfalls für Mitteilungen an die Fremdenpolizeibehörde verantwortlich ist, muss – was derzeit nicht gewährleistet ist - identifizierbar sein.

⁸⁸ Prof. Kopetzki in der 3. Sitzung der AG: „Blutproben, die unter hohem Stress des Probanden infolge von Zwangsmaßnahmen gewonnen werden, sind regelmäßig nicht verwertbar“.

⁸⁹ Erlass des Bundesministeriums für Inneres, Zahl: BMI-LR1320/0020-II/3/2005 vom 13. Dezember 2005.

⁹⁰ Handbuch zum FPG, Anmerkung zu § 78 FPG, S. 185.

Es sollte eine der Aufgaben der oben unter 2.5. erörterten Rechtsschutzeinrichtung sein, die Begutachtung der Haftfähigkeit von Schubhäftlingen durch PolizeiamtsärztInnen durch Einbindung von unabhängigen Sachverständigen auf ihre Rechtmäßigkeit zu prüfen.

4. Überstellung in das AKH

4.1. Sachverhalt

Am Morgen des 04.10.2005 ist der Allgemeinzustand von Herrn Yankuba Ceesay laut medizinischer Dokumentation weiterhin gut. Die seit dem 30.09.2005 aktenkundige⁹¹ Schwäche sei simuliert. Sein Körpergewicht beträgt 59 kg. Nachdem Herr Ceesay laut Dokumentation demonstrativ vom Sessel rutscht, veranlasst der an diesem Tag diensthabende Polizeiamtsarzt nach Rücksprache mit der Chefärztin die Vorstellung in das AKH Linz zur fachärztlichen Begutachtung, eventuellen Blutabnahme und Beurteilung der Haftfähigkeit aus fachärztlicher Sicht.

Im Lift des Polizeigebäudes setzt sich Herr Yankuba Ceesay auf den Boden und weigert sich in der Folge aufzustehen⁹². Deshalb und weil weiterer passiver Widerstand befürchtet wird, legen ihm die begleitenden Beamten, einer von ihnen ist Sanitäter, vor dem Aussteigen aus dem Arrestantenwagen Handschellen an und setzen ihn in ein Dreirad.

Während des Rücktransportes leistet Herr Yankuba Ceesay laut den Angaben der begleitenden Beamten passiven Widerstand. Er ist nicht aggressiv. Die Hand- und Fußfesseln werden ihm im Arrestantenwagen abgenommen.

4.2. Arztbrief des/r Polizeiamtsarztes/ärztin

„Pat befindet sich seit 28.9.2005 in Hungerstreik. Gibt sich hinfällig, muß von 2 Personen gestützt werden, Gewichtskontrolle daher nicht möglich. Zunge trocken, Lippen borckig.

Ambulante fachärztliche Begutachtung erb. Event. Blutkontrolle, Jonogramm erb. Besteht weiterhin aus fachärztl. Sicht Haftfähigkeit? Die Kosten für die amb. Untersuchung trägt die zuständige Behörde.

Mit koll. Hochachtung“⁹³

Die Übermittlung der Krankengeschichte des Herrn Ceesay ist nicht dokumentiert. Es gibt keine Richtlinie, wonach die Krankengeschichte des PAZ dem/der behandelnden Arzt/Ärztin in der Krankenanstalt zu übergeben wäre.

4.3. Verständigung der Schubhaftbetreuung

Die SchubhaftbetreuerInnen haben die Aufgabe, Schubhäftling zu ärztlichen Untersuchungen auf deren Wunsch zu begleiten und mit Einverständnis der Schubhäftlinge den polizeiärztlichen Dienst bei der Information der Schubhäftlinge über die maßgeblichen Fragen der Behandlung in einer ihnen verständlichen Sprache zu unterstützen.

Eine Verständigung der SchubhaftbetreuerInnen von der Überstellung des Schubhäftlings in eine Krankenanstalt, ambulant oder stationär, ist nicht ausdrücklich vorgesehen. Im Anlass-

⁹¹ Chronologie der medizinischen Untersuchungen des polizeiärztlichen Dienstes der Bundespolizeidirektion Linz vom 06.10.2005; Hungerstreik-Formular

⁹² Sachverhaltsdarstellung des BMI, Zl. 85.700/ 1126-BIA/05; Niederschrift vom 13.10.2005 mit GrInsp Norbert Haupt

⁹³ Wiedergabe des Arztbriefes vom 04.10.2005 im Original.

fall ist eine Verständigung jedenfalls nicht dokumentiert. Eine Begleitung durch SchubhaftbetreuerInnen ist nicht erfolgt.

4.4. Medizinische Versorgung des Schubhäftlings während der Überstellungen in ein öffentliches Krankenhaus

Für die medizinische Versorgung während des Transportes von Schubhäftlingen in eine Krankenanstalt und von der Krankenanstalt in das PAZ gibt es keine Richtlinien. Es ist davon auszugehen, dass die Versorgung ihrer Qualität nach derart sein muss, dass sie der Schutzpflicht des Staates für das Leben und die Gesundheit von in seinem Gewahrsam befindlichen Personen gerecht wird.

Im Anlassfall hatte einer der begleitenden Wachebeamten die Ausbildung zum Sanitäter.

4.5. Medizinische Behandlung in der Krankenanstalt

4.5.1. Sachverhalt

Der Assistenzarzt⁹⁴ im AKH Linz erachtet die Kommunikation mit Herrn Yankuba Ceesay als schwierig. Herr Ceesay beantwortet weder auf Englisch noch auf Deutsch an ihn gestellte Fragen. Eine Eigenanamnese ist für den Arzt daher nicht möglich, die Fremdanamnese führt er mit den begleitenden Beamten durch. Die Flüssigkeitszufuhr während dem Hungerstreik kann nicht eruiert werden. Im Zuge eines Raumwechsels widersetzt sich Herr Ceesay plötzlich der Untersuchung. Die Blutabnahme wird unter Anwendung von Zwangsgewalt (Fixierung an Händen und Füßen) durchgesetzt. Abschließend empfiehlt der Arzt bei einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes die Überweisung in die Psychiatrie und die Zwangsernährung. Es erfolgt keine stationäre Aufnahme. Die rasche Übermittlung der Laborbefunde wird zugesagt.

4.5.2. Untersuchung/Behandlung in der Krankenanstalt

Die öffentlichen Krankenanstalten sind verpflichtet, den Schubhäftling aufzunehmen und seine Bewachung zuzulassen. Eine gesetzliche Verpflichtung zur Untersuchung/Behandlung ergibt sich aus dem FPG oder dem StVG zwar nicht ausdrücklich, muss jedoch aus der Aufnahmepflicht geschlossen werden. Die Kosten für die Untersuchung/Behandlung für einen Schubhäftling trägt die Behörde.⁹⁵

Den ÄrztInnen der Krankenanstalt steht derzeit die Krankengeschichte des überstellten Schubhäftlings aus dem PAZ nicht zur Verfügung. Grundlage für die Untersuchung ist der Arztbrief des/der Polizeiamtsarztes/ärztin und die der Untersuchung/Behandlung vorangehende Anamnese. Ist eine Eigenanamnese durch die ÄrztInnen in der Krankenanstalt z.B. wegen Verständigungsschwierigkeiten nicht möglich, so wird – wie im Anlassfall – auf Fremdanamnese zurückgegriffen.

Den PolizeiamtsärztInnen teilen die ÄrztInnen der Krankenanstalt das Ergebnis der Untersuchung/Behandlung als Gutachten unter Anhang von allfälligen Befunden mit. Liegen Untersuchungsergebnisse noch nicht vor, wird bei ambulanten Untersuchungen/Behandlungen ein vorläufiges Ergebnis mittels Arztbrief den PolizeiamtsärztInnen zur Kenntnis gebracht.

Im Anlassfall erfolgte eine ambulante Untersuchung des Schubhäftlings, deren vorläufiges Ergebnis sich inhaltlich im Wesentlichen auf die Mitteilung beschränkte, dass bei einer Ver-

⁹⁴Vorläufiger Befund des AKH Linz vom 04.10.2005 und Niederschrift vom 14.10.2005 mit AssArzt Dr. Herwig Pieringer, Ambulanzbericht des AKH Linz vom 21.11.2005.

⁹⁵ § 78 Abs. 7 FPG iVm § 71 Abs. 2 StVG

schlechterung des Allgemeinzustandes eine Zwangsernährung (Psychiatrie) angeraten wurde⁹⁶ und mündlich die Übermittlung der Laborbefunde zugesagt wurde.

4.5.3. Rolle der ÄrztInnen

Die ÄrztInnen werden bei der Untersuchung/Behandlung von Schubhäftlingen funktionell als Organe des Staates (Verwaltungshelfer, Inpflichtgenommene) tätig. PolizeiamtsärztInnen oder gar WachebeamtInnen kommt gegenüber den ÄrztInnen der öffentlichen Krankenanstalt keine Weisungsbefugnis zu. Aus der ärztlichen Monopolstellung folgt vielmehr, dass die Entscheidung, ob eine bestimmte Maßnahme medizinisch indiziert ist und ob diese eine ambulante oder stationäre Aufnahme des Schubhäftlings erforderlich macht, ausschließlich von den untersuchenden/behandelnden ÄrztInnen zu treffen ist.

4.5.4. Mitwirkung an Zwangsmaßnahmen

ÄrztInnen in einer Krankenanstalt ist die eigenmächtige Heilbehandlung von PatientInnen - abgesehen von den gesetzlich normierten Ausnahmetatbeständen - verwehrt.⁹⁷ Die Mitwirkung an mit Zwangsgewalt durchgesetzten Untersuchungen/Behandlungen eines Schubhäftlings durch medizinisches Personal einer öffentlichen Krankenanstalt ist außerhalb des Geltungsbereichs des UbG rechtswidrig.

4.6. Erwägungen des MRB

Abhängig vom Grund für die Überstellung eines Schubhäftlings in eine Krankenanstalt müssen PolizeiamtsärztInnen die der Sorgfaltspflicht des Staates für das Leben und die Gesundheit der Angehaltenen entsprechende Vorsorge für die medizinische Betreuung des Schubhäftlings während des Transports treffen.

Die von den PolizeiamtsärztInnen vorzunehmende Begutachtung der Haftfähigkeit bringt es mit sich, dass eine lückenlose Dokumentation aller dafür Maßgeblichen medizinischen Maßnahmen und ihre Ergebnisse zu erfolgen hat.

Diese Dokumentation (Krankengeschichte) sollte - entgegen der bestehenden Praxis - im lebenswichtigen Interesse des/der Betroffenen, sonst nur mit seiner/ihrer Zustimmung den Krankenanstalten, in welche ein Schubhäftling zur medizinischen Untersuchung/Behandlung überstellt wird, ohne Verzögerung übermittelt werden.⁹⁸

ÄrztInnen in Krankenanstalten sollte von ihrer Standesvertretung zur Kenntnis gebracht werden, dass sie ab ambulanter oder stationärer Aufnahme eines Schubhäftlings in die Krankenanstalt für die medizinische Betreuung des Schubhäftlings in einem für jeden Patienten entsprechenden Umfang verantwortlich und dabei an keine Weisungen durch PolizeiamtsärztInnen oder den Schubhäftling begleitende AufsichtsbeamtInnen gebunden sind. ÄrztInnen sind auch darüber zu informieren, dass sie gegenüber Schubhäftlingen eine Aufklärungspflicht trifft und eigenmächtige Heilbehandlungen, außer für den Fall, dass durch einen Aufschub der Behandlung das Leben und die Gesundheit des Behandelten ernstlich gefährdet wäre, unzulässig sind, weshalb ein Mitwirken an mit Zwangsgewalt durchgesetzten Untersuchungen/Behandlungen nicht zulässig ist.

Im Anlassfall hätte der Assistenzarzt, wäre er mit den möglichen Auswirkungen eines trockenen Hungerstreiks vertraut gewesen, mangels Verfügbarkeit der Krankengeschichte von Herrn Ceesay (keine Kenntnis vom Gewichtsverlust!), der Unmöglichkeit einer Eigenanamnese und der ergebnislosen Fremdanamnese auf eine stationäre Aufnahme zum Zweck der

⁹⁶ Schreiben des Assistenzarztes vom 04.10.2005 an den Polizeiamtsarzt

⁹⁷ § 110 StGB

⁹⁸ § 1 Abs. 2 erster Satz Bundesgesetz über den Schutz personenbezogener Daten (Datenschutzgesetz 2000 – DSG 2000)

Abklärung des Gesundheitszustandes von Herrn Ceesay bestehen müssen. Die Mitwirkung an der durch Zwangsgewalt ermöglichten ambulanten Blutabnahme war rechtswidrig.

Unter einem wäre der polizeiärztliche Dienst im PAZ von der stationären Aufnahme zu verständigen und um sofortige Übermittlung der Krankengeschichte zu ersuchen gewesen.

Der polizeiärztlichen Dienst wiederum hätte, von den Vorfällen in der Krankenanstalt informiert, über die Fortdauer der Haftfähigkeit von Herrn Ceesay befinden müssen.

5. Sicherungszelle

5.1. Sachverhalt

Während des Rücktransportes leistet Herr Yankuba Ceesay laut den Angaben der begleitenden Beamten passiven Widerstand. Er ist nicht aggressiv. Die Hand- und Fußfesseln werden ihm im Arrestantenwagen abgenommen. Nach Ankunft im PAZ um ca. 11:00 Uhr weigert er sich, zu gehen, und wird von den beiden Beamten links und rechts an den Oberarmen angehoben. Aufgrund seines Verhaltens während der Blutabnahme verbringen ihn die beiden Beamten wegen Fremd- und Selbstgefährdung in eine Sicherungszelle. In der Aufnahmekanzlei wird die Kommandantin, die auch Sanitäterin ist, davon in Kenntnis gesetzt.

Der Stationsbeamte hält ca. alle 30 Minuten Nachschau. Er spricht kein Englisch und ist nicht zum Sanitäter ausgebildet. Der polizeiärztliche Dienst ist vom Verlauf der Untersuchung im AKH Linz und von der Verbringung in die Sicherheitszelle erst seit ca. 12:00 informiert. Der vorläufige Befund des AKH Linz und die weitere Vorgangsweise werden von zwei Polizeiärzten im Zeitraum zwischen ca. 12:10 und 12:50 nach Auffinden des vorläufigen „Befundes“ des AKH diskutiert. Aufgrund der unklaren Befundlage soll Herr Ceesay nochmals untersucht werden und nach Rücksprache mit dem AKH Linz nötigenfalls eine Einweisung nach UbG veranlasst werden. Um 12:50 kann bei Herrn Yankuba Ceesay, der nunmehr ohne Oberbekleidung auf der Matte der Sicherungszelle bei einer Raumtemperatur von 22° liegt, vom Stationsbeamten kein Puls ertastet werden. Der Stationsbeamte ruft einen Sanitäter und verständigt den polizeiärztlichen Dienst. Wiederbelebungsmaßnahmen sind nicht dokumentiert.

5.2. Rechtsgrundlage

Gemäß der AnhO i.d.F. BGBl II 128/1999 hatte die Anhaltung eines Häftlings in Einzelhaft ua. dann zu erfolgen, wenn aufgrund bestimmter Tatsachen anzunehmen war, dass der Häftling gegen andere gewalttätig werde. Die Einzelhaft konnte ua. erfolgen, wenn Tatsachen die Annahme rechtfertigten, dass der Häftling durch Gewalttätigkeit seine Leben oder seine Gesundheit gefährden würde und solange sich der Häftling seiner Ankündigung entsprechend weigerte, zu essen und/oder zu trinken (Hungerstreik).⁹⁹ Im Falle der Selbstgefährdung war die Unterbringung eines Häftlings „im unbedingt erforderlichen Ausmaß“ in einer besonders gesicherten, gepolsterten und sonst leeren Zelle vorgesehen.¹⁰⁰

Mit der am 1. Jänner 2006 in Kraft getretenen Novelle der AnhO, BGBl II 439/2005, ist die Anhaltung in Einzelhaft wegen eines Hungerstreiks entfallen. Der Ordnungsgeber hat die rechtliche Grundlage für die Anordnung von besonderen Sicherheitsmaßnahmen, wozu auch die Anhaltung in einer Sicherungszelle („besonders gesicherten Zelle“) zählt, neu geregelt.

War die Anhaltung eines Häftlings in einer Sicherungszelle nach der AnhO „alt“ nur im unbedingt erforderlichen Ausmaß zulässig und aufzuheben, sobald der für sie maßgebliche An-

⁹⁹ § 5 Abs. 1 Z 1 u. Abs. 3 Z 5 u. 6 AnhO i.d.F. BGBl. II 128/1999

¹⁰⁰ § 5 Abs. 5 AnhO i.d.F. BGBl. II 128/1999

lass weggefallen war¹⁰¹, so fasst die AnhO „neu“ die Grenzen für besondere Sicherheitsmaßnahmen etwas konkreter. Im Sinne des auch in der AnhO „alt“ mitzudenkende Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit formuliert die AnhO „neu“ nunmehr, dass besondere Sicherungsmaßnahmen erforderlich sein müssen und nur soweit und solange aufrechtzuerhalten sind, als dies das Ausmaß und der Fortbestand der Gefahr, die zu ihrer Anordnung geführt hat, unbedingt erfordern. Die Unterbringung in einer besonders gesicherten Zelle wegen Selbst- oder Fremdgefährdung oder der Gefahr der Sachbeschädigung soll ultima ratio sein. Jede besondere Sicherungsmaßnahme ist unverzüglich aufzuheben, wenn die Gründe für ihre Anordnung weggefallen sind.¹⁰²

Die Anordnung besonderer Sicherheitsmaßnahmen steht dem dienstführenden Aufsichtsorgan zu. Der/die Kommandant/in ist unverzüglich, spätestens am nächsten Werktag, davon in Kenntnis zu setzen und hat über die Aufrechterhaltung der besonderen Sicherheitsmaßnahme zu entscheiden.¹⁰³

Im Anlassfall meldeten die Aufsichtsbeamten nach der Rückkehr aus der Krankenanstalt der Dienst habenden Kommandantin die Verbringung von Herrn Ceesay in die Sicherungszelle.

Der polizeiärztliche Dienst erlangte von den Vorfällen im AKH erst Kenntnis, als ein Polizeiarzt anlässlich der Untersuchung eines anderen Schubhäftlings den vorläufigen Befund des AKH Linz auffindet und Rücksprache mit der diensthabenden Sanitäterin hält, die ihn auch von der Verbringung des Herrn Ceesay in die Sicherungszelle in Kenntnis setzt.

5.3. Beheizung

Es gib keinen einheitlichen Standard in den PAZ. Die Einzel- und Sicherungszellen werden nicht immer durchgehend, sondern nach Bedarf beheizt.

5.4. Kontrolle und Betreuung

Die AnhO sieht in § 5 b Abs. 3 zweiter Satz die besondere Überwachung durch Aufsichtsorgane sowie unverzügliche und danach für die Dauer der Maßnahme in regelmäßigen Abständen ärztliche Untersuchungen vor.

5.5. Notärztliche Maßnahmen

Im Anlassfall konnte die Notärztin nur mehr den Tod von Herrn Ceesay feststellen.

5.6. Erwägungen des MRB

Auch bei Anordnung einer besonderen Sicherungsmaßnahme gilt in Entsprechung der Schutzpflicht des Staates für das Leben und die Gesundheit von in seinem Gewahrsam befindlichen Personen, dass Aufsichtsorgane Häftlinge, soweit diese auf Grund der besonderen Umstände der Anhaltung nicht in der Lage sind, für ihre eigene Gesundheit und körperliche Sicherheit zu sorgen, vor Gesundheitsschädigungen und Verletzungen zu schützen und zu bewahren haben.¹⁰⁴

Die AnhO sieht in der geltenden Fassung die unverzügliche ärztliche Untersuchung des von der Unterbringung betroffenen Schubhäftlings vor. Der polizeiärztliche Dienst muss also jetzt in jedem Einzelfall von der Anordnung einer Anhaltung in einer Einzel- oder Sicherungszelle sofort in Kenntnis gesetzt werden. Die mit der Erstuntersuchung angelegte medizinische Dokumentation sollte den polizeiärztlichen Dienst dann in die Lage versetzen, die im Einzelfall

¹⁰¹ § 3 Abs. 2 dritter Satz iVm § 5 Abs. 5 AnhO i.d.F. BGBl. II 128/1999

¹⁰² § 5b Abs.5 AnhO i.d.g.F.

¹⁰³ § 5b Abs. 6 AnhO i.d.g.F.

¹⁰⁴ § 3 Abs. 2 erster Satz AnhO i.d.F. BGBl. II 128/1999 und i.d.g.F.

aus medizinischer Sicht gebotene Betreuung des Schubhäftlings in der Einzel- oder Sicherungszelle unter direkter Verantwortung des/der diensthabenden Polizeiamtsarztes/-ärztin sicherzustellen. Ist eine Anhaltung in der Einzel- oder Sicherungszelle aus medizinischen Gründen für das Leben oder die Gesundheit des betroffenen Schubhäftlings als gefährlich anzusehen, hat der/die verantwortliche Polizeiamtsarzt/-ärztin den/die Kommandanten/in darüber nachweislich zu informieren und die aus medizinischer Sicht erforderlichen Vorkehrungen treffen.

Das Ausmaß von Kontrolle und Betreuung im weiten Sinn muss sich am konkreten Einzelfall orientieren und dabei der Schutzpflicht des Staates für das Leben und die Gesundheit von in seinem Gewahrsam befindlichen Personen und dem Verbot der Folter, erniedrigender oder unmenschlicher Behandlung Rechnung tragen.

Die Ausstattung der Einzel- und Sicherungszellen hat ihrem Zweck entsprechend den allgemeinen Haftstandards zu entsprechen. Die Beheizung von Einzel- und Sicherheitszellen ist so einzurichten, dass darin eine für den Aufenthalt eines Menschen adäquate Raumtemperatur herrscht. Um eine – wenn auch kurzfristige - Überhitzung oder Abkühlung der Zelle zu vermeiden, sollten die Einzel- und Sicherungszellen unabhängig von ihrem Belag der Jahreszeit entsprechend durchgehend zentral beheizt werden.

6. Tod

6.1. Sachverhalt

Die Notärztin trifft um 13:10 Uhr ein und vermutet, dass Herr Yankuba Ceesay seit zumindest 30 Minuten tot ist. Um 13:20 Uhr werden der Journalbeamte und die sicherheitspolizeiliche Abteilung der BPD Linz verständigt. Um 13:35 trifft die polizeiliche Kommission im PAZ ein und ordnet die Überführung des Leichnams in die Gerichtsmedizin Salzburg – Linz an. Noch am 4.10.2006 werden die gerichtlichen Vorerhebungen eingeleitet.

6.2. Gerichtliche Vorerhebungen

Die Zurücklegung der Anzeigen gegen unbekannte Täter zum Nachteil des Herrn Yankuba Ceesay wegen § 312 Abs. 1 und 3 StGB erfolgte nach den Berichten der staatsanwaltschaftlichen Behörden, weil auf Grund der vorliegenden Beweisergebnisse keiner Person ein Verschulden am Tod des Schubhäftlings angelastet werden konnte.¹⁰⁵

6.3. Erwägungen des MRB

Untersuchungen betreffen den Tod von im Polizeigewahrsam befindlichen Personen werfen aus der Sicht des MRB dieselben strukturellen Fragen auf, wie sie bereits von der AG Misshandlungsvorwürfe thematisiert werden.

Da wie dort scheint das strafrechtliche Instrumentarium aus menschenrechtlicher Sicht einen zu grobmaschigen Filter darzustellen. Da wie dort geht es nicht nur um Straflosigkeit sondern auch um die Folgenlosigkeit¹⁰⁶.

Die Beantwortung struktureller Fragen zur Effizienz der Untersuchungen von Todesfällen betreffend Personen im Gewahrsam der Sicherheitsexekutive sollte sich daher nicht von jener von Misshandlungsvorwürfen gegen Organe der Sicherheitsexekutive unterscheiden. Der MRB verweist insofern auf seine laufende Tätigkeit in der AG Misshandlungsvorwürfe.

¹⁰⁵ Parlamentarische Anfragebeantwortung der Bundesministerin für Justiz vom 24.03.2006.

¹⁰⁶ Univ.Prof. Dr. Alfred Zauner in der 61. Sitzung des MRB, TOP 5 – Bericht der AG Misshandlungsvorwürfe.

7. Verantwortlichkeit der (Polizei-amts-)ÄrztInnen

7.1. Allgemeines

In der Struktur der Schubhaft kommt der medizinischen Betreuung der angehaltenen Personen aus menschenrechtlicher Sicht zentrale Bedeutung zu. Einerseits ist die Haftfähigkeit der angehaltenen Personen direkt von ihrem Gesundheitsstatus abhängig und andererseits trifft den Staat für die Dauer der Anhaltung die in diesem Bericht oftmals erwähnte Schutzpflicht (Gewährleistungspflicht) für die Gesundheit dieser in seinem Gewahrsam befindlichen Menschen. Der Staat ist verpflichtet eine adäquate medizinische Versorgung sicherzustellen, um internationalen Haftstandards gerecht zu werden. Die Heilbehandlung hat dem Standard seines Wohlfahrtssystems zu entsprechen.

Im Blickpunkt der Aufmerksamkeit des MRB und seiner Kommissionen steht daher seit Jahren die im Rahme der Anhaltung von Menschen in Schubhaft ausgeübte Tätigkeit von Polizei-amtsärztInnen, VertragsärztInnen und ÄrztInnen öffentlicher Krankenanstalten.

Ihre Verantwortlichkeit in diesem Bereich der Sicherheitsverwaltung soll daher kurz beleuchtet werden.

7.2. Zivilrechtliche Verantwortlichkeit

Aus der Ingerenz des Staates für angehaltene Personen wird geschlossen, dass ÄrztInnen, die eine Person während ihrer Anhaltung in Schubhaft ärztlich untersuchen oder betreuen, jedenfalls funktionell Organstellung im Sinne der Amtshaftung zukommt. Der Staat hat für ein schuldhaft rechtswidriges Verhalten der ÄrztInnen einzustehen, während ÄrztInnen im Regressweg nur im Falle des Vorwurfs einer groben Fahrlässigkeit oder der Vorsätzlichkeit in Anspruch genommen werden können¹⁰⁷.

7.3. Strafrechtliche Verantwortlichkeit

(Polizei-amts-)ÄrztInnen können bei ihrer Tätigkeit unterschiedlichste Sachverhalte, die den Tatbestand einer gerichtlich strafbaren Handlung erfüllen, verwirklichen. Dabei kommen ÄrztInnen nicht nur als unmittelbare Täter sondern auch als Beitrags- oder Bestimmungstäter in Betracht. So ist z. B. der vorsätzliche oder fahrlässige Beitrag zu einem vorsätzlich widerrechtlichen Gefangenhalt einer Person oder der fahrlässigen Verletzung ihrer Freiheit ebenso strafbar, wie die Durchführung einer eigenmächtigen Heilbehandlung oder das Vernachlässigen eines Gefangenen durch Polizei-amtsärztInnen.¹⁰⁸

7.4. Disziplinarrechtliche Verantwortlichkeit

Auf Polizei-amtsärztInnen findet das ÄrzteG 1998 hinsichtlich ihrer amtsärztlichen Tätigkeit keine Anwendung. Soweit sie die Haftfähigkeit von Schubhäftlingen begutachten oder erkrankten oder verletzten Schubhäftlingen die nötige Heilbehandlung nach Maßgabe der vorhandenen Möglichkeiten angedeihen lassen (mit den Mitteln eines Arztes für Allgemeinmedizin im Ausmaß ihres Erkenntnis-, Wissens- und Erfahrungsstandes, jedenfalls wie bei einer häuslichen Pflege) unterliegen sie daher dem Disziplinarrecht des Bundes. Geht ihre Tätigkeit darüber hinaus, so findet das ÄrzteG 1998 Anwendung und damit auch - wie bei allen anderen ÄrztInnen - das Disziplinarrecht ihrer Standesvertretung.

¹⁰⁷ Vgl. § 3 Abs. 1 AHG

¹⁰⁸ Vgl. §§ 99, 110, 303, 312 und 313 StGB

7.5. Menschenrechtliche Verantwortlichkeit

PolizeiamtsärztInnen haben sicherzustellen, dass die für die Anhaltung von Menschen in Schubhaft verantwortliche Fremdenpolizeibehörde unverzüglich vom Eintritt der Haftunfähigkeit eines Schubhäftlings in Kenntnis gesetzt werden. Sie haben Schubhäftlinge rechtzeitig in einer ihnen verständlichen Sprache über die erforderlichen Untersuchungen zur Klärung der Haftfähigkeit aufzuklären und dem Schubhäftling im Sinne der Verhältnismäßigkeit die Möglichkeit zur Einwilligung einzuräumen. PolizeiamtsärztInnen haben ausnahmslos davon Abstand zu nehmen, Untersuchungen, die einen Eingriff in die körperliche Integrität eines Schubhäftlings mit sich bringen, mit Zwangsgewalt durchzusetzen.

PolizeiamtsärztInnen haben dafür Sorge zu tragen, dass Schubhäftlinge im Falle einer die Haftfähigkeit nicht ausschließenden Erkrankung die notwendige Heilbehandlung erhalten. Sie sind für die rechtzeitige Beiziehung von FachärztInnen, die Überstellung eines Schubhäftlings in eine öffentliche Krankenanstalt oder – soweit zulässig – in die medizinische Einrichtung des gerichtlichen Gefangenenhauses Wien verantwortlich.

Alle ÄrztInnen sind ohne Rücksicht auf die dabei entstehenden Kosten dafür verantwortlich, dass Schubhäftlinge eine Heilbehandlung erfahren, wie sie dem Wohlfahrtssystem unseres Staates entspricht. Sie haben Schubhäftlinge als Patienten zu behandeln, über Heilbehandlungen aufzuklären und eigenmächtige Heilbehandlungen strikt zu unterlassen. Sie haben von jeder Form der Zwangsuntersuchung, Zwangsbehandlung und Zwangsernährung eines Schubhäftlings Abstand zu nehmen, die nicht gesetzlich vorgesehen ist oder im Einzelfall nicht dem Verhältnismäßigkeitsprinzip entspricht.

8. Ergebnis

8.1. Allgemeine Schlussfolgerungen

Der Maßstab für die Umsetzung von Empfehlungen des MRB ist die Vollzugspraxis. Eine Empfehlung gilt für den MRB nur dann als umgesetzt, wenn der geforderte Standard in die Vollzugspraxis Eingang gefunden hat. Die durch Novellierungen der Rechtslage oder vielfach im Erlassweg erfolgende „Aufarbeitung“ von Empfehlungen stellt aus der Sicht des MRB lediglich einen ersten Schritt zur vollständigen Umsetzung dar.

Bei allen Bemühungen des BM.I in den letzten Jahren steht für den MRB aufgrund zahlreicher EB der Kommissionen und Fällen wie jenem des Todes von Herrn Yankuba Ceesay oder der medizinischen Betreuung von Herrn Bakary Jassej und zuletzt Geoffrey Abba¹⁰⁹ fest, dass es hinsichtlich der Prüfung der Haftfähigkeit und der Heilbehandlung von Schubhäftlingen in der Vollzugspraxis keinen allen Empfehlungen gerecht werdenden einheitlichen Standard in Österreich gibt. Es fehlt besonders an einer transparenten Verantwortungsstruktur und einer funktionierenden Dienstaufsicht, die die Folgenlosigkeit bei Fehlverhalten von PolizeiamtsärztInnen, HonorarärztInnen, ÄrztInnen in der medizinischen Einrichtung des Gefangenenhauses Wien und ÄrztInnen in öffentlichen Krankenanstalten oder sonst mit Aufgaben der medizinischen Betreuung von Schubhäftlingen befassten Personen hinten zu halten vermag.

8.2. Empfehlungen an den Bundesminister für Inneres

Die Empfehlungen des MRB zielen darauf ab, die Umsetzung der Standards der medizinischen Betreuung von in Schubhaft angehaltenen Personen in die Vollzugspraxis zu verbessern und die Defizite der sachverständigen Begutachtung der Haftfähigkeit und der Gewährleistung der Heilbehandlung zu bekämpfen.

¹⁰⁹ Vgl. den DB der Kommissionen OLG Wien I und II , I-80/06, II-50/06.

Der MRB empfiehlt,

1. sicherzustellen dass die Dienstaufsicht über PolizeiamtsärztInnen und SanitäterInnen verstärkt wahrgenommen wird;
2. sicherzustellen, dass eine eindeutige Verantwortungsstruktur in der medizinischen Betreuung von Schubhäftlingen geschaffen wird;
sicherzustellen, dass eine Dokumentations- und Berichtsstruktur geschaffen wird, die durchgängige und nachvollziehbare Krankengeschichten gewährleisten kann;
sicherzustellen, dass eine Dokumentations- und Berichtsstruktur geschaffen wird, bei der jede Untersuchung eindeutig einem Arzt/einer Ärztin zugeordnet werden kann;
sicherzustellen, dass Schubhäftlingen eine dem Sozialversicherungssystem Österreichs entsprechende Heilbehandlung zukommt;
3. sicherzustellen, dass PolizeiamtsärztInnen und SanitäterInnen sowie als Verwaltungshelfer einschreitenden ÄrztInnen die rechtlichen Grundlagen für ihr Einschreiten gegenüber in Schubhaft angehaltenen Personen – wie sie im vorliegenden Bericht des MRB in den einzelnen Abschnitten dargelegt werden - kennen;
4. sicherzustellen, dass die Krankengeschichte eines Schubhäftlings immer an dessen tatsächlichem Aufenthaltsort vollständig verfügbar ist, wobei in den Fällen der Anschluss Schubhaft bezüglich der in Justizanstalten angelegten Krankengeschichten das Einvernehmen mit der Bundesministerin für Justiz hergestellt werden möge;
5. sicherzustellen, dass bei der medizinischen Betreuung von Schubhäftlingen eine personelle Trennung der AmtsärztInnen dahingehend erfolgt, dass einem Teil ausschließlich kurative dem anderen ausschließlich begutachtende Tätigkeiten zukommt (vgl. auch Empfehlung Nr. 165);
6. sicherzustellen, dass Schubhäftlinge, bei denen die Voraussetzungen für die Überstellung in die medizinische Einrichtung des gerichtlichen Gefangenenhauses Wien (§ 78 Abs. 6 FPG) nicht vorliegen oder die sich einer Untersuchung, Behandlung oder Ernährung verweigern, vor Eintritt einer zu befürchtenden schweren Gesundheitsbeeinträchtigung aus der Haft entlassen werden und die Nachbetreuung behördlich gewährleistet ist;
7. zu veranlassen, dass die Förderungsverträge über die Durchführung des Projektes Schubhaftbetreuung dahingehend adaptiert werden, dass die SchubhaftbetreuerInnen gegenüber den Kommissionen des Beirates über die von ihnen im Einzelfall erbrachten Betreuungsleistungen auskunftspflichtig sind;
8. sicherzustellen, dass Förderungsverträge über die Durchführung des Projektes Schubhaftbetreuung nur mit Institutionen abgeschlossen werden, die nachweislich über die für die Aufgabenerfüllung erforderliche, insbesondere sozialarbeiterische und psychologische Expertise verfügen;
sicherzustellen, dass der Schubhaftbetreuung ausreichende finanzielle Mittel für eine fachgerechte Betreuung zur Verfügung gestellt werden;
9. sicherzustellen, dass der amtsärztliche Dienst von allen Fällen der Verbringung eines Schubhäftlings in eine Sicherungszelle unverzüglich in Kenntnis gesetzt wird, damit dieser seinen Verpflichtungen gemäß § 5b Abs. 3 AnhO wahrnehmen kann;

ANHANG

Empfehlungen des MRB (auszugsweise)

14.	Der Beirat empfiehlt, die abzuschiebende Person im Besonderen darüber zu informieren, dass die Entscheidung eine endgültige ist und dass die Organe der Sicherheitsexekutive befugt sind, die Entscheidung erforderlichenfalls mit Zwangsmaßnahmen durchzusetzen sowie dass die abzuschiebende Person durch ihr Verhalten die Eingriffsintensität der Abschiebung beeinflussen kann.
86. (1.)	Der Beirat 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.
87. (2.)	Der Beirat empfiehlt, dafür Sorge zu tragen, dass die Rechte der Schubhäftlinge im „Hungerstreik“ nur in den in der AnhO genannten Fällen beschränkt werden.
88. (3.)	Der Beirat empfiehlt, die medizinische Betreuung der Schubhäftlinge im „Hungerstreik“ zu überprüfen und zu vereinheitlichen.
89. (4.)	Der Beirat empfiehlt, dass im Rahmen der Untersuchung von Schubhäftlingen im „Hungerstreik“ Gespräche über die vorhandenen Symptome geführt werden und dabei diese Symptome abgeklärt werden.
90. (5.)	Der Beirat empfiehlt, die Schubhäftlinge über die gesundheitlichen Folgen eines längeren Hungerstreiks aufzuklären.
91. (6.)	Der Beirat empfiehlt, 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.
92. (7.)	Der Beirat empfiehlt, die Gespräche des Amtsarztes mit den Schubhäftlingen im „Hungerstreik“ in geeigneter Weise zu dokumentieren; als Grundlage dafür könnte insbesondere das Formular „Hungerstreik-MELDUNG“ des PGH Linz herangezogen werden.
135. (5.)	Der Beirat empfiehlt, alternative Informationsmethoden wie Video- und/oder Tonbandaufnahmen zusätzlich zu den derzeitigen Informationsblättern und Formularen einzuführen. Weiters sollte die Nutzung der Übersetzungsangebote von Call – Center sämtlichen Exekutivdienststellen ermöglicht werden.
154. (24.)	Der Beirat empfiehlt, entsprechend den Empfehlungen des CPT die Einführung einer kostenlosen Rechtsberatung für Schubhäftlinge zu prüfen.
164 (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.
165 (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.

180. (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 auszunutzen und die medizinische Versorgung angehaltener Personen zu optimieren.
181 (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.
191. (29)	Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, <ul style="list-style-type: none"> • 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 PolizeiarztInnen 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 PolizeiarztInnen in regelmäßigen Abständen DolmetscherInnen in den hauptsächlich gesprochenen Fremdsprachen zur Visite beizustellen.
192. (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.
193. (31)	Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt insbesondere in Fällen, in denen der Verdacht auf Selbstgefährdung oder psychische Auffälligkeiten besteht, professionelle DolmetscherInnen heranzuziehen.
194. (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
195. (33)	Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, die lokale Einrichtung der Schubhaftbetreuung von der Ankündigung oder dem Beginn eines Hungerstreiks ehestmöglich zu informieren.
196. (34)	Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, die Besuchsmöglichkeiten von Schubhäftlingen im Hungerstreik großzügig zu handhaben und auch Besuche in der (Kranken-)Zelle zu ermöglichen.
197. (35)	Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, SchubhaftbetreuerInnen zu gemeinsamen Schulungen mit dem polizeiärztlichen Dienst und SicherheitswachebeamtenInnen einzuladen bzw. eigenständige Fortbildungsmaßnahmen zu diesem Zweck zu fördern.
198. (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
199. (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.
200. (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.
201. (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

202. (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
203. (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.
204. (42)	Der Menschenrechtsbeirat hält die allfällige Durchführung von Zwangsmaßnahmen im Sinne einer zwangsweisen Ernährung im Hungerstreik befindlicher Schubhäftlinge unter grundrechtlichen Gesichtspunkten für unverhältnismäßig.
210. (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.
211. (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.
213. (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.
212. (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
215. (53)	<p>Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt,</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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; <p>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.</p>
216. (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.
219. (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.
220 (58)	Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, im Rahmen der Schulung von SicherheitswachebeamtInnen, die Dienst in PAZ versehen, den Erfahrungen von SicherheitswachebeamtInnen mit Modellen eines gelockerten Haftregimes, wie etwa einer Offenen Station, besondere Aufmerksamkeit zu schenken.

221. (59)	Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, geeignete Maßnahmen – etwa durch Schaffung eines Konsiliar- dienstes – in der Form zu ergreifen, dass pro PAZ ein Psychologe/eine Psychologin bei Bedarf (sei es aufgrund einer Anregung durch PolizeiamtsärztInnen, WachebeamtlInnen oder SchubhaftbetreuerInnen) herangezogen werden kann.
239 (1)	Der Menschenrechtsbeirat empfiehlt, sobald in Polizeianhaltezentren der Sicherheitsexekutive Indizien zur Selbstverletzung (-gefährdung) von Häftlingen zu Tage treten, dafür Sorge zu tragen, dass Amtsärzte bei ihrer Untersuchung versierte DolmetscherInnen beiziehen; auf die Einhaltung des dies- bezüglichen Erlasses vom 28.10.2002, Gz. 50.590/189-II/A/3/02 möge gedrungen werden

**Geschäftsstelle des Menschenrechtsbeirates
Bundesministerium für Inneres**

Minoritenplatz 9
1014 Wien

Tel: +43 (1) 53126 – 3501

Fax: +43 (1) 53126 – 3504

E-Mail: office@menschenrechtsbeirat.at

Internet: www.menschenrechtsbeirat.at