

Über die Meldepflicht im Gefängnisbereich für Informationen, die dem medizinischen Berufsgeheimnis unterstehen

Stellungnahme Nr. 23/2014

Bern, Mai 2014

Von der Kommission am 16. Mai 2014 genehmigt.

Mitglieder der Kommission:

Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Otfried Höffe (Präsident), Prof. Dr. med. Annette Boehler, Dr. med. Kurt Ebnetter-Fässler, Prof. Dr. med. Samia Hurst*, Prof. Dr. iur. Valérie Junod*, Dr. Bertrand Kiefer**, Prof. Dr. theol. Frank Mathwig, PD Dr. med. Paolo Merlani, Prof. Dr. François-Xavier Putallaz, Prof. Dr. Katja Rost, Dr. med. Benno Röthlisberger, Prof. Dr. iur. Bernhard Rütsche, Maya Shaha, PhD, RN, Prof. Dr. iur. Brigitte Tag, PD Dr. theol. Markus Zimmermann.

* Mitglieder der vorbereitenden Arbeitsgruppe

** Vorsitz der vorbereitenden Arbeitsgruppe

Impressum

Herausgeber: Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin (NEK)

Redaktion: Dr. Simone Romagnoli; Dr. Elisabeth Ehrensperger

Grafik und Layout: Künzle Druck AG, John Huizing, Zürich

Bezugsadresse: www.nek-cne.ch oder Sekretariat NEK, c/o BAG, 3003 Bern

Kontakt: nek-cne@bag.admin.ch

Diese Stellungnahme ist in deutscher, französischer und italienischer Sprache erschienen. Unter www.nek-cne.ch ist sie in englischer Sprache verfügbar.

© 2014 Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin, Bern
Abdruck unter Angabe der Quelle gestattet.

Empfehlung

In Anerkennung

- des legitimen Anliegens, die Bevölkerung insbesondere vor Gewaltverbrechen zu schützen;
- der Notwendigkeit, die Gefährlichkeit von inhaftierten Personen zu beurteilen, damit angemessene Strafen und Massnahmen ausgesprochen werden können;
- der Notwendigkeit, diese Beurteilung ständig zu verbessern;
- der Bedeutung einer auf Vertrauen basierenden Zusammenarbeit zwischen allen Akteuren des Strafvollzugs;

Unter Berücksichtigung,

- dass eine Meldepflicht die Beurteilung der Gefährlichkeit nicht erleichtert und somit kein Instrument darstellt, um die Sicherheit der Bevölkerung zu verbessern;
- dass diese Meldepflicht im Gegenteil die Sicherheit gefährden kann, da inhaftierte Personen, die ihre Strafe verbüsst haben, in die Gesellschaft zurückkehren, ohne eine – vor allem im psychischen Bereich – angemessene Behandlung erhalten zu haben;
- dass die Meldepflicht die Ärztinnen und Ärzte tendenziell davon abhält, für inhaftierte Personen tätig zu sein;
- dass die Meldepflicht einen schwerwiegenden Eingriff in die Privatsphäre der inhaftierten Personen darstellt und den international anerkannten ethischen Grundsätzen zuwiderläuft;

empfiehlt die NEK einstimmig, das heutige System – das bereits eine Meldemöglichkeit, aber keine Meldepflicht vorsieht – beizubehalten.

Einleitung

Mehrere Westschweizer Kantone prüfen zurzeit die Möglichkeit, für Gesundheitsfachpersonen eine Meldepflicht für Informationen einzuführen, welche die Gefährlichkeit der inhaftierten Personen betreffen. Drei Kantone – Genf, Wallis und Waadt (siehe Anhang) – erwägen, ihre Gesetze entsprechend zu ändern. Zudem hat die Konferenz der Justiz- und Polizeidirektoren der lateinischen Schweiz (LKJPD) eine Empfehlung¹ verabschiedet, in der sie sich für eine Meldepflicht für Informationen ausspricht, die möglicherweise im Zusammenhang mit der Gefährlichkeit inhaftierter Personen stehen [2]. Die Frage, ob die Gesundheitsfachpersonen verpflichtet werden sollen, den zuständigen Behörden bestimmte Sachverhalte oder Einschätzungen zu melden, stellt sich somit in der Schweiz ganz konkret.

Um eine solche gesetzliche Meldepflicht für das Gesundheitspersonal zu rechtfertigen, werden in erster Linie die Interessen der Gesellschaft und die Sicherheit der Bevölkerung geltend gemacht. Die Befürworter dieser Pflicht sind der Ansicht, den Interessen der Bevölkerung sei der Vorrang zu geben, wenn diese in Konflikt mit den Rechten der inhaftierten Personen treten. Die NEK ist sich bewusst, wie heikel diese Problematik vor dem Hintergrund der jüngeren tragischen Ereignisse insbesondere in den Kantonen Waadt und Genf ist; sie anerkennt voll und ganz, dass die Gewährleistung des Schutzes aller Mitglieder der Gesellschaft und der Schutz ihres Rechts auf Leben, Gesundheit und Sicherheit durch die Behörden legitim und wichtig ist. Die Kommission hält es jedoch für ethisch nicht vertretbar, das Gesundheitspersonal einer Meldepflicht zu unterstellen: Eine solche Pflicht stellt einen übermässigen Eingriff in die Grundrechte der inhaftierten Personen dar. Weiter steht die Meldepflicht im Widerspruch zu öffentlichen Interessen (Resozialisierung von Straftätern und öffentliche Sicherheit), da sie das Risiko erhöht,

1 Artikel 2 – Ausnahme vom Arzt- und Amtsgeheimnis

1 Würde für einen Gefangenen eine stationäre Behandlung (Art. 59 StGB), eine ambulante Behandlung (Art. 63 StGB) oder eine Verwahrung (Art. 64 StGB) angeordnet oder ist Gemeingefährlichkeit anzunehmen oder befindet sich eine Person unter Bewährungshilfe (Art. 93 StGB) oder untersteht ärztlichen Weisungen (Art. 94 StGB), so sind die kantonalen und Gemeindebehörden, die Ärzte, die Psychologen und alle anderen therapeutischen Beteiligten, die mit der Betreuung des Gefangenen betraut sind, vom Amts- und Arztgeheimnis entbunden, sofern die zuständige Behörde über wichtige Sachverhalte informiert werden muss, die die laufenden Massnahmen oder Vollzugsöffnungen oder allgemein die Einschätzung der Gefährlichkeit der betreffenden Person beeinflussen können.

2 Auf jeden Fall können an das Berufsgeheimnis gebundene Personen auf ihr Ersuchen über die zuständige Behörde oder auf Ersuchen des Gefangenen selbst von diesem entbunden werden.

dass inhaftierte Personen in die Gesellschaft zurückkehren, ohne zuvor eine korrekte Behandlung ihrer medizinischen – insbesondere ihrer psychischen – Probleme erhalten zu haben. Schliesslich ist nicht erwiesen, dass sich mit einer Meldepflicht die Gefährlichkeit einer Person besser beurteilen lässt als mit dem heute geltenden System, das eine Meldemöglichkeit vorsieht.

Die NEK kommt einstimmig zum Schluss, dass die nachfolgend dargelegten Argumente einer Meldepflicht für Gesundheitsfachpersonen, die inhaftierte Personen betreuen, deutlich entgegenstehen.

1. Abweichung von einem System, das bereits Ausnahmen vorsieht

Mit der heutigen Regelung ist es bereits möglich, Straftaten vorzubeugen in Situationen, in denen eine Gesundheitsfachperson zum Schluss gelangt, das Interesse Dritter – beispielsweise potentieller Opfer – habe Vorrang vor dem Recht der Patientin bzw. des Patienten auf Wahrung des medizinischen Berufsgeheimnisses. Die im Zusammenhang mit den jüngeren Ereignissen verfassten Gutachten haben das medizinische Berufsgeheimnis nicht in Frage gestellt [3]. Ausserdem ist nicht erwiesen, dass jene Verbrechen, welche Anlass waren für die in der Westschweiz laufenden Gesetzgebungsprojekte, mit einer Änderung der heutigen Regelung hätten verhindert werden können. Es ist bedauerlich, dass die politischen Behörden einen so massiven Eingriff in Grundrechte in Erwägung ziehen, ohne vorgängig die Notwendigkeit und Verhältnismässigkeit der Massnahme aufgezeigt zu haben. Ein Grundrechtseingriff sollte auf einer sorgfältigen Analyse beruhen, in der untersucht wird, ob der Eingriff im Hinblick auf die Wahrung des öffentlichen Interesses erforderlich und verhältnismässig ist. Gemäss den Kenntnissen der NEK fehlt in vorgliegendem Fall eine solche Analyse.

Eine Gesundheitsfachperson kann bereits heute insbesondere in zwei Situationen vom medizinischen Berufsgeheimnis entbunden werden: Erstens kann sie bei einer Behörde ein Gesuch einreichen, wenn sie der Ansicht ist, dies sei zur Wahrung von Interessen erforderlich, die das Berufsgeheimnis überwiegen. Diese überwiegenden Interessen können jene der Patientin oder des Patienten sein, wenn beispielsweise eine Selbstgefährdung vorliegt, oder jene von Dritten. Die kantonale Behörde, die das Gesuch behandelt, entscheidet dann gestützt auf die vorgenommene Interessenabwägung, ob das medizinische Berufsgeheimnis aufgehoben werden soll oder nicht [4]. Zweitens kann in einem dringenden Fall – wenn ein Entscheid der kantonalen Behörde nicht in nützlicher Frist eingeholt werden kann – eine Gesundheitsfachperson ihr Berufsgeheimnis durchbrechen, um ein unmittelbar gefährdetes Recht zu schützen [5]. Bei dieser zweiten Möglichkeit können die Strafbehörden oder die Ordnungskräfte direkt benachrichtigt werden [6]. Ferner ist es für die Gesundheitsfachpersonen bei der täglichen Arbeit im Netzwerk ohne weiteres möglich, Informationen an das Gefängnispersonal weiterzugeben, wenn diese

so allgemein formuliert sind, dass das medizinische Berufsgeheimnis nicht verletzt wird [7].

2. Verwechslung oder Vermischung von Betreuung und Begutachtung

In den kantonalen Gesetzen sind ärztliche Gutachterinnen und Gutachter dazu bestimmt, einen Beitrag zur Beurteilung der Gefährlichkeit von Personen im Straf- oder Massnahmenvollzug zu leisten. Die medizinische Gutachterin bzw. der medizinische Gutachter erhält von einer Strafjustizbehörde einen präzisen Auftrag und beantwortet die von ihr gestellten Fragen. Das Gutachten dient bereits heute in einer Reihe von Situationen – von der Strafmilderung über die Aufhebung und Aufrechterhaltung bis zur Verlängerung einer Massnahme – als Grundlage für die Beurteilung der Gefährlichkeit. Der medizinische Gutachter erhält eine spezialisierte Ausbildung und verfügt über spezifische Berufserfahrung. Ausbildung und Erfahrung sind unabdingbar in Anbetracht der grossen Herausforderung, welche die Beurteilung der Gefährlichkeit darstellt.

Die Betreuungstätigkeiten (Prävention, Diagnose, Behandlung) müssen strikt von der medizinischen Begutachtung unterschieden werden. Eine klare Trennung dieser beiden Tätigkeiten ermöglicht es, die Eigenheiten der beiden Aufgaben zu wahren [8]. Zum einen wird damit sichergestellt, dass entsprechend ausgebildete und erfahrene Gutachterinnen und Gutachter eine neutrale und unabhängige Beurteilung vornehmen können, ohne durch eine allfällige Beziehung zur Patientin bzw. zum Patienten beeinflusst oder voreingenommen zu sein. Zum anderen gewährleistet der Aufbau einer möglichst vertrauens- und dialogbasierten therapeutischen Beziehung, dass der betreuende Arzt seinen inhaftierten Patienten wirksam behandeln kann. Die Trennung zwischen Betreuung und Begutachtung verhindert, dass die Gesundheitsfachpersonen zu Hilfspersonen der Justiz werden – eine Aufgabe, für die sie weder ausgebildet noch kompetent sind.

3. Beeinträchtigung der Interessen der Allgemeinheit

Bei der Vertraulichkeit geht es nicht nur um die Wahrung des Interesses eines Einzelnen (eines inhaftierten oder freien Patienten, indem dessen Recht auf Selbstbestimmung gewahrt wird) oder einer Berufsgruppe (der Gesundheitsfachpersonen, indem Rahmenbedingungen für die Ausübung von präventiven, diagnostischen oder therapeutischen Tätigkeiten festgelegt werden). Vielmehr muss die Gesundheit im Strafvollzug als Teil der öffentlichen Gesundheit angesehen werden [9], das heisst als öffentliches Gesundheitsanliegen. Durch die medizinische Versorgung einer Person, namentlich einer inhaftierten Person, werden – direkt oder indirekt – auch das allgemeine Wohlergehen und die öffentliche Sicherheit gewährleistet. Denn die erbrachte Versorgung, vor allem diejenige, welche auf die Verbesserung des mentalen Gleichgewichts der inhaftierten Person ausgerichtet ist, kommt auch der Gesellschaft zugute: Die nach verbüsster Strafe in die Freiheit entlassene Person wird psychisch ausgeglichener sein und eine geringere Rückfallgefahr aufweisen. Bereits vor der Freilassung reduziert die dank der medizinischen Versorgung im Strafvollzug verbesserte psychische Gesundheit die Gefahr von Gewaltta-

ten sowohl gegenüber Gefängnisangestellten als auch gegenüber anderen Gefangenen.² In beiden Fällen bringt eine hochwertige medizinische Versorgung im Strafvollzug auch für die Gesellschaft Vorteile, nicht nur für die inhaftierte Person. Dies ist auch der Grund, warum das Strafgesetzbuch die Anordnung von therapeutischen Massnahmen vorsieht: «1. Eine Massnahme ist anzuordnen, wenn: a. eine Strafe allein nicht geeignet ist, der Gefahr weiterer Straftaten des Täters zu begegnen; b. ein Behandlungsbedürfnis des Täters besteht oder die öffentliche Sicherheit dies erfordert» [11].

4. Wegfall der für die Ausübung der Medizin erforderlichen Vertraulichkeit

Die medizinische Erfahrung bestätigt, dass die Vertraulichkeit unabdingbar ist, damit sich eine therapeutische Beziehung entwickeln kann. Vertrauen und Offenheit stehen im Zentrum dieser Beziehung und ihrer Wirksamkeit [12]. Alle Gesundheitsfachpersonen haben die Pflicht, der inhaftierten Person ab Beginn der Beratung oder Behandlung jede Einschränkung des medizinischen Berufsgeheimnisses mitzuteilen. Sind die Gesundheitsfachpersonen gesetzlich verpflichtet, gewisse Sachverhalte zu melden, haben sie dies dem Insassen gegenüber ebenfalls offen zu legen. Dabei handelt es sich um eine ethische Grundregel. Ohne Vertraulichkeit wird die inhaftierte Person zu Recht zögern, ihre Schwächen und Probleme offenzulegen; sie wird sich darauf beschränken, Sachverhalte oder Gefühle mitzuteilen, deren Bekanntgabe ihr nicht schaden kann. Sie wird alles tun, um ihre Intimsphäre zu schützen – ein Bedürfnis, dem alle Menschen zu Recht höchste Bedeutung beimessen. Es besteht also die Gefahr, dass sich die Behandlung auf einen somatischen und medikamentösen Ansatz beschränkt. Mit anderen Worten: Ohne einen Rahmen, der eine echte Beziehung ermöglicht, schadet eine Behandlung der Gesundheit der Patientinnen und Patienten tendenziell eher, als sie zu verbessern.

Inhaftierte Personen leiden ausserdem oft an psychischen Störungen [13] – und zwar vor, während und nach der Inhaftierung. Das Gefängnismilieu kann bestimmte psychische Störungen noch verstärken, vor allem wenn die Lebensbedingungen im Gefängnis schwierig sind. Es ist daher besonders wichtig, diese Störungen adäquat zu behandeln. Ohne Vertraulichkeit ist diese Behandlung gefährdet.

5. Verstoss gegen die Grundsätze der Nichtdiskriminierung und der Gleichwertigkeit

Viele internationale Normen wie das *Europäische Übereinkommen zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe* [14], dem die Schweiz beigetreten ist, weisen auf die Pflicht hin, die Grundrechte von inhaftierten Personen zu wahren. Für inhaftierte Personen gelten die Grundrechte gleichermassen wie für Personen in Freiheit. Ist das Recht auf persönliche Freiheit aufgrund der verhängten

² Artikel 75 Absatz 1 des Schweizerischen Strafgesetzbuches lautet wie folgt: «Der Strafvollzug hat das soziale Verhalten des Gefangenen zu fördern, insbesondere die Fähigkeit, straffrei zu leben. Der Strafvollzug hat den allgemeinen Lebensverhältnissen so weit als möglich zu entsprechen, die Betreuung des Gefangenen zu gewährleisten, schädlichen Folgen des Freiheitsentzugs entgegenzuwirken und dem Schutz der Allgemeinheit, des Vollzugspersonals und der Mitgefangenen angemessen Rechnung zu tragen» [10].

Strafe eingeschränkt, lässt sich daraus nicht die Einschränkung sämtlicher Grundrechte ableiten. Aus diesem Grund ist es wichtig, die Grundsätze der *Nichtdiskriminierung* und der *Gleichwertigkeit* einzuhalten.

- Der Grundsatz der Nichtdiskriminierung verlangt, dass allfällige Unterschiede in der medizinischen Behandlung von inhaftierten Personen im Vergleich zur übrigen Bevölkerung auf verhältnismässigen und nicht-willkürlichen Beweggründen beruhen. Die Meldepflicht stellt eine offensichtliche Ungleichbehandlung dar, die – wie oben erklärt – auf nicht ausreichenden Beweggründen beruht.
- Der Grundsatz der Gleichwertigkeit verlangt, dass inhaftierte Personen in den Genuss von Gesundheitsleistungen kommen, die vergleichbar sind mit denjenigen, welche der gesamten Bevölkerung zur Verfügung stehen; sie dürfen nicht aufgrund ihrer rechtlichen Situation diskriminiert werden [15]. Es liegt auf der Hand, dass die inhaftierten Personen mit der Einführung einer Meldepflicht keine gleichwertige Behandlung mehr erhalten würden.

Eine Meldepflicht für Gesundheitsfachpersonen, die inhaftierte Personen betreuen, widerspricht also sowohl dem Grundsatz der Nichtdiskriminierung als auch jenem der Gleichwertigkeit. Ihre Willkürlichkeit und Unverhältnismässigkeit offenbaren sich ferner in der Tatsache, dass eine Meldepflicht auch den Europäischen Strafvollzugsgrundsätzen zuwider läuft, die ihrerseits deutlich auf die Unantastbarkeit des medizinischen Berufsgeheimnisses hinweisen und denen das Bundesgericht eine gewisse Verbindlichkeit zuerkennt [16].

6. Verlagerung statt Lösung der Frage nach der Sachdienlichkeit von Information

Wird eine Gesundheitsfachperson dazu verpflichtet, alle Informationen oder «wichtigen» Sachverhalte zu melden, die in irgendeiner Weise in Zusammenhang mit der Entwicklung der Gefährlichkeit der inhaftierten Personen stehen, ist sie gezwungen, sich zwischen zwei Polen einzuordnen: Auf der einen Seite des Spektrums kann die Gesundheitsfachperson ihr eigenes Rechtsrisiko minimieren und grosszügig Auskunft geben – auch bei einem geringfügigen Verdacht. Die Behörden müssen dann damit rechnen, mit Meldungen überhäuft zu werden, denen allen nachgegangen werden muss. Auf der anderen Seite des Spektrums kann die Gesundheitsfachperson nur jene Informationen weitergeben, welche ihres Erachtens mit einer offensichtlichen Gefahr in Zusammenhang stehen [17]. Damit geht sie im Falle einer falschen Beurteilung das Risiko ein, dass eine Administrativ- oder gar eine Strafuntersuchung gegen sie eröffnet wird. Im zweiten Fall erhalten die Behörden nicht mehr Informationen als heute, da das Gesundheitspersonal gemäss geltendem Recht bereits eine Meldemöglichkeit hat.

Will sich eine Gesundheitsfachperson zwischen den beiden Polen positionieren, ist sie auf rechtlichen Rat angewiesen, um ihre Pflicht besser einschätzen zu können. Es ist

jedoch praktisch kaum möglich, eine Meldepflicht eindeutig zu formulieren. Unweigerlich muss dabei auf unscharfe Begriffe wie «Gefährlichkeit» zurückgegriffen werden. Jedenfalls wird die vorgängige Einschätzung, ob eine Information «für die Beurteilung der Gefährlichkeit der Person generell nötig» ist (Art. 5A Abs. 2) [18] ein schwieriges Unterfangen bleiben. Man kann sich heute schlecht vorstellen, welche Behörde das Gesundheitspersonal im Strafvollzug dazu anleiten könnte, nach bestem Wissen und Gewissen festzulegen, was es melden soll.

7. Ungerechtfertigte Ausrichtung auf nur eine Berufsgruppe

Die Gesundheitsfachpersonen sind nicht die einzigen, welche über wichtige Informationen verfügen, die sich auf die Beurteilung der Gefährlichkeit einer inhaftierten Person auswirken können. Rechtsanwältinnen oder Seelsorgerinnen haben ebenfalls Zugang zu dieser Art von Informationen – auch wenn ihre Aufgabe nicht die gleiche ist wie jene des Gesundheitspersonals. Niemand denkt jedoch daran, das Berufsgeheimnis eines Rechtsanwalts einzuschränken, indem man ihn dazu verpflichtet, eine vermutete Gefährlichkeit seiner Klientin bekanntzugeben. Dadurch, dass nur das Gesundheitspersonal dieser Pflicht unterstellt wird, erweckt der Gesetzgeber den Eindruck, das Recht auf medizinische Versorgung und die damit einhergehende Möglichkeit, die Gefährlichkeit zu reduzieren, seien weniger wichtig als das Recht auf Verteidigung. Ist das angestrebte Ziel der Schutz der Bevölkerung vor schweren Straftaten gegen Leib und Leben, warum sich dann auf die Personen im Straf- und Massnahmenvollzug beschränken? Konsequenterweise müsste man auch für die Ärzteschaft, welche Patientinnen und Patienten ausserhalb der Gefängnisse behandelt, die Pflicht in Betracht ziehen, bei vermuteter Gefährlichkeit Meldung zu erstatten. Werden heute einer Psychiaterin Informationen anvertraut, die nahelegen, dass ihr nicht-inhaftierter Patient gefährlich sein könnte, ist sie grundsätzlich nicht verpflichtet, bei der Behörde Anzeige zu erstatten – sie kann es jedoch freiwillig tun. Das Gleiche gilt, wenn der Patient ein ehemaliger Häftling ist, der seine Strafe verbüsst hat.

8. Widerspruch zu den ethischen und berufsethischen Grundsätzen der Gesundheitsberufe

Die Wahrung des medizinischen Berufsgeheimnisses im Freiheitsentzug erfolgt in einem besonderen Umfeld, das geprägt ist durch das Zusammenleben auf engem Raum, durch die Abhängigkeit von anderen für alltägliche Dinge, durch oftmals langen Fristen, um einen Arzttermin zu erhalten, durch erhöhte Verletzlichkeit usw. [19]. Trotz dieser Schwierigkeiten ist das Recht auf Wahrung der Privatsphäre in verschiedenen gesetzlichen Bestimmungen auf nationaler [20] und internationaler Ebene [21] verankert. Das Recht auf Vertraulichkeit endet nicht an den Gefängnistüren: Es hat auch im Gefängnis seine volle Gültigkeit. Das medizinische Berufsgeheimnis stellt für das Gesundheitspersonal ein berufsethisches Gebot dar [22]. Zudem handelt es sich beim medizinischen Berufsgeheimnis um einen ethischen Grundsatz, der in den Bildungseinrichtungen im Gesundheitsbereich (medizinische Fakultäten, Fachhochschulen für Gesundheit usw.) ab Studienbeginn vermittelt wird. Im Rahmen von Weiterbildungen wird erneut darauf hingewiesen. So be-

sehen stellt das Berufsgeheimnis für alle Gesundheitsfachpersonen einer der ethischen und berufsethischen Grundwerte dar. Mit der Einführung einer Meldepflicht davon abzuweichen – wenn auch nur für eine kleine Gruppe der Gefängnisbevölkerung – gefährdet das Fundament der medizinischen Berufe.

9. Abschreckung der Gesundheitsfachpersonen von der medizinischen Tätigkeit im Gefängnis

Eine Meldepflicht droht die Attraktivität der Gefängnismedizin zu beeinträchtigen. Das in diesem Bereich tätige Gesundheitspersonal wird das Gefühl haben, eine Medizin zweiter Klasse auszuüben, die geringeren ethischen Anforderungen genügen muss. Es ist bereits heute schwierig, qualifiziertes Personal zu finden, das bereit ist, sich zu spezialisieren und dauerhaft in diesem Sektor zu arbeiten. Mit der Einführung der Pflicht, bei einem Verdacht auf Gefährlichkeit Meldung zu erstatten, wird es noch komplizierter werden, Personal rekrutieren und auch halten zu können. Es wäre bedauerlich, wenn das in der Schweiz tätige Gesundheitspersonal in Zukunft im Ausland angeworben werden müsste und so Ärztinnen und Ärzte angestellt würden, die aus wirtschaftlichen Gründen kaum eine andere Wahl haben, als in diesem Fachgebiet tätig zu sein. Ferner wird eine Meldepflicht auch Gesundheitsfachpersonen, die in einer privaten Praxis oder einem Spital ausserhalb des Gefängnisses tätig sind, davon abhalten, Gefangene zu behandeln, da die Meldepflicht vermutlich auch für sie gelten würde. Diese Gesundheitsfachpersonen nehmen heute einen beachtlichen Teil der Gesundheitsversorgung der inhaftierten Personen wahr.

Literatur

[1] Council of Europe – Committee of ministers (1998). The Ethical and Organisational Aspects of Health Care in Prison. Recommendation No. R (98) 7.

[2] Konferenz der Justiz- und Polizeidirektoren der lateinischen Schweiz (2013). Empfehlung vom 31. Oktober 2013 über den Informationsaustausch und die Nichtanwendung des Arzt- und/oder Amtsgeheimnisses im Zusammenhang mit der Gefährlichkeit eines Gefangenen, die einen Einfluss auf seine Beurteilung oder die Bedingungen für eine Vollzugsöffnung haben könnte (<http://cldjp.ch/data/actes/rec3-de.pdf>, aufgerufen am 9. Mai 2014).

[3] Schlussbericht von Rechtsanwalt Bernhard Ziegler im Rahmen der vom Staatsrat angeordneten Administrativuntersuchung zum Todesfall von Adeline M. am 31. Januar 2014; Bericht von Felix Bänziger zu den Ergebnissen im Zusammenhang mit der vom Kantonsgericht des Kantons Waadt angeordneten Administrativuntersuchung, Drama von Payerne, August 2013.

[4] Dumoulin JF (2010). Le secret professionnel des soignants et leur obligation de témoigner selon les nouveaux codes de procédure fédéraux. Jusletter 18. Januar; Blanchard N (2010). La levée du secret professionnel, Revue médicale suisse (<http://revue.medhyg.ch/infos/article.php3?sid=1022>, aufgerufen am 9. Mai 2014); Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2013). Rechtliche Grundlagen im medizinischen Alltag: Ein Leitfaden für die Praxis (2. Auflage) Kapitel 7.

[5] Entenza H (2013). La protection générale de la société contre les agissements éventuels de personnes purgeant une peine d'emprisonnement pour crimes violents. Aktuelle Juristische Praxis: 1575–83.

[6] Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2002, aktualisiert 2013). Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten Personen. Medizin-ethische Richtlinien: S. 9–10.

[7] Tag B (2008). Intramurale Medizin in der Schweiz – Überblick über den rechtlichen Rahmen. In: Tag B & Hillenkamp T (Hrsg.). Intramurale Medizin im internationalen Vergleich. Gesundheitsfürsorge zwischen Heilauftrag und Strafvollzug im Schweizerischen und internationalen Diskurs. Berlin/Heidelberg, Springer Verlag, S. 1–38; Mukerjee A. & Butler CC (2001). Outbreak of tuberculosis linked to a source case imprisoned during treatment. Should the courts tell GPs about prison sentences and should GPs tell prison doctors about medical diagnoses? British Journal of General Practice, 51: 297–8.

[8] Gravier B & Eytan A (2011). Enjeux éthiques de la psychiatrie sous contrainte. Rev Med Suisse, 309: 1806–11 (<http://rms.medhyg.ch/numero-309-page-1806.htm>, aufgerufen am 9. Mai 2014).

[9] World Health Organization (2013). Good governance for prison health in the 21st century. A policy brief on the organization of prison health. The Regional Office for Europe of the WHO and United Nations Office on Drugs and Crime (http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Prisons_and_other_closed_settings/Good-governance-for-prison-health-in-the-21st-century.pdf, aufgerufen am 28. April 2014).

[10] Schweizerisches Strafgesetzbuch (2014) vom 21. Dezember 1937, Stand am 1. Januar 2014, SR 311.0, Artikel 75 Absatz 1 (<http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19370083/index.html>).

[11] Schweizerisches Strafgesetzbuch (2014), Quellenangabe unter Hinweis 10, hier Artikel 56.

[12] Wolff et al. (2012). Health care in custody: Ethical fundamentals. *Bioethica Forum*, 5(4): 145–9.

[13] Prins SJ (2014). Prevalence of Mental Illnesses in U.S. State Prisons: A Systematic Review. *Psychiatr Serv*; Andreoli et al. (2014). Prevalence of Mental Disorders among Prisoners in the State of Sao Paulo, Brazil. *PLoS ONE*, 9(2): e88836. Doi:10.1371/journal.pone.0088836; Fazel & Seewald (2012). Severe mental illness in 33'588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *Br J Psychiatry*, 200: 364-73; Falissard et al. (2006). Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry*, 6: 33; Fazel & Danesh (2002). Serious mental disorder in 23'000 prisoners: a systematic review of 62 survey. *Lancet*, 359: 545-50; Blaauw, Roesch, Kerkhof (2000). Mental disorders in european prison systems. Arrangements for mentally disordered prisoners in the prison system of 13 European countries. *Int J Law Psychiatry*, 23: 649-63.

[14] Europarat (2002). Europäisches Übereinkommen zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe. CPT (Inf/C (2002)1)(<http://www.cpt.coe.int/fr/documents/cept.htm>, aufgerufen am 16. April 2014).

[15] United Nations (1990). Basic principles for the treatment of prisoners. Adopted and proclaimed by General Assembly Resolution 45/111 of 14 December 1990, principle No.9 (www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/BasicPrinciplesTreatmentOfPrisoners.aspx, aufgerufen am 16. April 2014); siehe auch Brägger BF (2011). Gefängnismedizin in der Schweiz. *Jusletter* 11 April; Elger BS (2011). Prison medicine, public health policy and ethics: the Geneva experience. *Swiss Medical Weekly*; 141: w13273; Council of Europe committee of ministers (2006). Recommendation Rec(2006)2 on the European Prison Rules (<https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=955747>, aufgerufen am 16. April 2014); Council of Europe committee of ministers (1998). The Ethical and Organisational Aspects of Health Care in Prison. Recommendation No. R(98)7 (<https://wcd.coe.int/com.instranet.InstraServlet?command=com.instranet.CmdBlobGet&InstranetImage=530914&SecMod e=1&DocId=463258&Usage=2>, aufgerufen am 16. April 2014); Schweizerisches Strafgesetzbuch, Quellenangabe unter Hinweis 10.

[16] Europarat – Ministerkomitee (2006). Empfehlung REC(2006)2 Europäische Strafvollzugsgrundsätze (<https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=955747#>, aufgerufen am 9. Mai 2014); Urteil des Bundesgerichts vom 26. Februar 2014 1B_336/2013 (<http://www.bger.ch/index/jurisdiction/jurisdiction-inherit-template/jurisdiction-recht/jurisdiction-recht-urteile2000.htm>, aufgerufen am 9. Mai 2014).

[17] Bruggen MC, et al. (2013). Medical and legal professionals' attitudes towards confidentiality and disclosure of clinical information in forensic settings: a survey using case vignettes. *Medicine, Science and the Law*, 53(3): 132–48.

[18] Siehe Anhang, Genfer Gesetzesentwurf.

[19] Delarue JM (2012). Est-il possible de respecter le secret médical en prison ? *La Revue du Praticien*, 62: 896–8.

[20] Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (2013) vom 18. April 1999, SR 101, Artikel 13 (<http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19995395/index.html>); Schweizerisches Zivilgesetzbuch (2013) vom 10. Dezember 1907, SR 210, Artikel 28 (<http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19070042/index.html>); Bundesgesetz über den Datenschutz (2014) vom 19. Juni 1992, SR 235.1, Artikel 35 (<http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19920153/index.html>); Schweizerische Zivilprozessordnung (2013) vom 19. Dezember 2008, SR 272, Artikel 166 (<http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20061121/index.html>); Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe (2013) vom 23. Juni 2006, SR 811.11, Artikel 40 Buchstabe f (<http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20040265/index.html>).

[21] Vereinte Nationen (1948). Allgemeine Erklärung der Menschenrechte (AEM), Artikel 12; Vereinte Nationen (1966). Internationaler Pakt über bürgerliche und politische Rechte, Artikel 17; Europarat (1950). Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK), Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten, Artikel 8; Europarat (1981). Übereinkommen zum Schutz des Menschen bei der automatischen Verarbeitung personenbezogener Daten (ETS 108); Europarat (1974). Resolution (74) 29 über den Schutz der Privatsphäre von natürlichen Personen gegenüber elektronischen Datenbanken im öffentlichen Bereich; Europarat (1973). Resolution (73) 22 über den Schutz der Privatsphäre von natürlichen Personen gegenüber elektronischen Datenbanken im Privatsektor.

[22] Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (2013). Standesordnung der FMH vom 25. April 2013, Artikel 11; Weltbund der Krankenschwestern und Krankenpfleger (International Council of Nurses) (2012). ICN-Ethikkodex für Pflegende (The ICN Code of Ethics for Nurses), Artikel 1; Europäisches Übereinkommen über Menschenrechte und Biomedizin (1997), Artikel 10; Deklaration von Lissabon des Weltärztebundes zu den Rechten des Patienten (1995), Artikel 8; Weltgesundheitsorganisation (1994). Erklärung über die Förderung der Patientenrechte in Europa, Artikel 4.

Anhang

Genfer Gesetzesentwurf PL 11404. Entwurf zur Änderung des Einführungsgesetzes zum Schweizerischen Strafgesetzbuch und anderer Bundesgesetze im Strafbereich (*Projet de loi modifiant la loi d'application du code pénal suisse et d'autres lois fédérales en matière pénale, LaCP*) (E 4 10) vom 19. März 2014.

Art. 5A Gesundheitsfachpersonen im Gefängnisbereich (neu)

2 Die Gesundheitsfachpersonen müssen generell alle Informationen weitergeben, die für die Beurteilung der Gefährlichkeit der betreffenden Person nötig sind, die laufende Strafen oder Massnahmen beeinflussen können oder ermöglichen, über eine eventuelle Lockerung des Straf- oder Massnahmenvollzugs zu entscheiden (inoffizielle Übersetzung).

Der NEK lag weder der Walliser Gesetzesentwurf (*Entwurf zur Änderung des Einführungsgesetzes zum Schweizerischen Strafgesetzbuch – Artikel 28a und 28b [neu] – Auskunftspflicht und Meldepflicht des Arztes*) noch der Waadtländer Gesetzesentwurf vor.

