

Medizinische Versorgung von Verwaltungshäftlingen

Problembeschreibung und Vorschläge des MRB zur medizinischen und gesundheitlichen Versorgung von Schub-, Verwaltungsstraf- und Verwaltungs- bzw. Gerichtsverwahrungshäftlingen

Einleitung

Der Menschenrechtsbeirat hat sich vorgenommen, einen intensiveren Blick auf die medizinische Grundversorgung in der Verwaltungshaft der Polizei zu werfen. Gerade in diesem Bereich ist die Sicherstellung der Einhaltung der menschenrechtlichen Standards besonders wesentlich, weil ein unzureichendes Niveau schnell zu einer Situation führen kann, die eine „unmenschliche und erniedrigende Behandlung“ und somit eine Verletzung des Art. 3 der EMRK darstellt. 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 der Verwaltungshaft eine dem Standard seines Wohlfahrtssystems entsprechende Heilbehandlung (kurativer Behandlung) der Angehaltenen gewährleistet ist.

Nach Durchsicht

- der Auszüge aus den Besuchsprotokollen der Kommissionen der letzten Jahre,
- der Ergebnisse der bisherigen Stellungnahmen des MRB,
- der Erfahrungen der MRB - AG Mitglieder aus ihren Bereichen,
- der Gespräche mit einschlägigen Expert*innen aus dem BMI und mit Ärzt*innen der Besuchscommissionen der VA,

wurde nachfolgendes aktuelles Problemfeld vorerst genauer beleuchtet.

Mangel an medizinischen Fachkräften und Verbesserung der kurativen Behandlung von Verwaltungshäftlingen

1. Problemaufriss

Nach dem in der Einleitung dargelegten Informationsgrundlagen hat die Arbeitsgruppe den Eindruck gewonnen, dass die grundsätzliche Versorgung im Bereich der Allgemeinmedizin in der Verwaltungshaft größtenteils funktioniert. Sie gerät aber über weite Strecken an ihre Grenzen und die Funktionsfähigkeit ist nicht durchgehend gewährleistet. Es konnte festgestellt werden, dass der Einsatz

von diplomierten Pflegekräften, Sanitäter*innen, Videodolmetsch und die unbürokratische Beziehung von Vertrauensärzt*innen nicht oder nicht ausreichend ausgeschöpft wird.

Abgesehen von den beiden PAZ in Wien gibt es offensichtlich schon seit längerer Zeit einen erheblichen Mangel und grundlegenden Bedarf an psychiatrischer wie psychologischer Betreuung für die Insassen.

Die Gründe dafür sind mannigfaltig. Einerseits bedürfen die Insass*innen beim Wunsch nach psychologischer oder psychiatrischer Behandlung der Zustimmung des zuständigen Amtsarztes, der darüber entscheidet, ob diesem Wunsch nachgekommen wird oder nicht. Es gibt keine Erfahrungsberichte der Kommissionen darüber, ob Amtsärzte – sowohl in ihrer gutachterlichen als auch in ihrer kurativen Tätigkeit – die Beziehung von Psychologen bzw. Psychiatern forcieren. Insbesondere bei der Behandlung von Suchtkranken kann es daher immer wieder zu akut problematischen Fällen kommen, wo eine übliche medizinische Versorgung, wie sie auch außerhalb der Haft Standard wäre, nicht angeboten wird.

Unter den derzeitigen finanziellen und sonstigen Arbeitsbedingungen hat das BMI bzw. haben die Bundespolizeibehörden erhebliche Probleme, qualifizierte Fachkräfte für die Tätigkeit als Polizei-, Amts- oder Vertragsarzt zu finden. Noch gravierender ist das Problem im Bereich der Psychiater und Psychologen, wo eine Grundversorgung außerhalb der PAZ in Wien nicht gegeben ist, weil in ganz Österreich in diesem Bereich ein massiver Mangel vorherrscht.

Kann gutachterliche und kurative Versorgung im allgemeinmedizinischen Bereich – wie oben bereits erwähnt – im Wirkungsbereich der Bundespolizei als grundsätzlich zufriedenstellend bezeichnet werden, scheint sie im Bereich der Zuständigkeit der Bezirkshauptmannschaften wiederum besorgniserregend problematisch zu sein. So ist es diesen Polizeidienststellen oftmals nicht möglich, außerhalb der Amtszeit einen Amts- oder Vertragsarzt für eine medizinische Untersuchung – wenn überhaupt - in einer vernünftigen Zeitspanne erreichen zu können. Aufgrund der Länderzuständigkeit führt das BMI dazu aus, dass sie keine Durchgriffsmöglichkeit für eine einheitliche Regelung haben.

Den Amtsärzt*innen steht seit 2018 die Möglichkeit eines Videodolmetsches für die Behandlung und Anamnese zur Verfügung und könnte von diesen frei nach ihrem Ermessen eingesetzt werden (in Umsetzung der Empfehlungen der Volksanwaltschaft). Obwohl Amtsärzt*innen seitens BMI ermutigt werden, dieses Tool einzusetzen, informieren die beigezogenen Expert*innen übereinstimmend darüber, dass es in der Praxis selten verwendet werde. Auch aus den Besuchsprotokollen lässt sich schließen, dass die meisten Häftlinge berichten, dass keine virtuellen Dolmetscher*innen eingesetzt werden. Es sollte jedoch Standard sein, dass dort, wo eine Videodolmetschung für die ausreichende Artikulierung des Angehaltenen notwendig ist, diese auch verwendet wird.

Ein sozialer Dienst kann zur Vorbeugung oder Minderung des Aufwandes bei der medizinischen Betreuung von Verwaltungshäftlingen dienen und auch beim Entlassungsmanagement in der Haft beitragen. Seit Abschaffung der Schubhaftbetreuung und der alleinigen Fokussierung auf die Rückkehrberatung für Schubhäftlinge ist dieser wesentliche Aspekt in der Verwaltungshaft verloren gegangen.

2. Internationale Vorgaben

Grundsatz 24 des Grundsatzkataloges für den Schutz aller in irgendeiner Form von Haft oder Strafgefangenschaft unterworfenen Personen¹ besagt, dass der/die Inhaftierte oder Strafgefangene so rasch wie möglich nach seiner/ihrer Aufnahme in die Haft- oder Strafanstalt einer entsprechenden ärztlichen Untersuchung zu unterziehen und später nach Bedarf ärztlich zu betreuen und zu behandeln ist. Hinsichtlich der Dokumentation besagt Grundsatz 26 des zitierten Grundsatzkataloges, dass die Ergebnisse der Untersuchung ordnungsgemäß festzuhalten sind und dass der Zugang zu diesen Unterlagen gewährleistet sein muss.

Der Verhaltenskodex für Beamt*innen mit Polizeibefugnis hält unter Artikel 6 fest, dass es diesen obliege, die Gesundheit der in ihrem Gewahrsam befindlichen Personen in vollem Umfang zu schützen und insbesondere unverzüglich für deren ärztliche Betreuung zu sorgen, wann immer dies erforderlich ist².

Das CPT geht davon aus, dass Häftlinge ohne Aufschub von einem/r Arzt/Ärztin zu untersuchen sind. Angehaltene Personen sollten gleich bei deren Ankunft in der Haftanstalt über die Existenz und Erreichbarkeit des ärztlichen Dienstes sowie über grundlegende hygienische Standards in der Anstalt informiert werden. Der Zugang zu Ärzt*innen sollte zu jeder Zeit möglich und derart gestaltet sein, dass er ohne größere Verzögerung in Anspruch genommen werden kann³.

Die Ärzt*innen in Haftanstalten sollten weiters vorgefundenen Verletzungshinweisen nachgehen und diese gemeinsam mit Angaben des betroffenen Häftlings sowie mit Bemerkungen des Arztes/der Ärztin selbst genau dokumentieren⁴.

Das CPT konstatiert, dass der ärztliche Dienst bei seiner Tätigkeit in Haftanstalten dazu tendiert, durch Überlegungen aus der Sicht des Haftmanagements und der Sicherheit in Konflikte zu geraten. Dieser Zustand könne zu ethischen Konflikten führen. Um trotzdem die Unabhängigkeit des ärztlichen Dienstes zu gewährleisten, schlägt das CPT vor, den ärztlichen Dienst in Haftanstalten so nah wie möglich den Vorgaben der allgemeinen Gesundheitsversorgung anzupassen. Wie auch immer die formale Position eines/r Anstaltsarztes/Anstaltsärztin ausgestaltet ist, geht das CPT davon aus, dass deren Aktivitäten alleine auf medizinischen Erwägungen zu basieren haben⁵.

Angehaltene haben das Recht auf Zugang zu Ärzt*innen. Falls es Häftlinge so wünschen, sollen sie die Möglichkeit haben, durch einen Arzt ihrer Wahl untersucht zu werden.⁶ Für den Fall, dass die Beziehung eines Vertrauensarztes/einer Vertrauensärztin abzulehnen sei, empfiehlt das CPT eine Liste von anderen Ärzt*innen aufzulegen, wo sich der/die Festgenommene einen anderen Arzt/Ärztin aussuchen können soll.

Das CPT empfiehlt, dass Ärzt*innen in Haftanstalten, wie auch die Krankenpfleger*innen, speziell ausgebildet sein sollten. Diese spezielle Ausbildung sollte auf den konkreten Umgang mit Häftlingen vorbereiten und auf die in Haftanstalten herrschenden eigenen Behandlungsbedingungen eingehen.

¹ Resolution 43/173 der Generalversammlung der Vereinten Nationen vom 9.12.1988.

² Resolution 34/169 der Generalversammlung der Vereinten Nationen vom 17.12.1979.

³ CPT/Inf (93) 12, § 33.

⁴ CPT/Inf (93) 12, § 39.

⁵ CPT/Inf (93) 12, § 71.

⁶ ICCPR Art 10, BOP 1, Art 46, 47 Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners, CPT/Inf/E (2002) 1 – Rev. 2013, Health care services in prisons, Extract from the 3rd General Report [CPT/Inf (93) 12], g 76.

Das CPT geht davon aus, dass die speziellen Verhältnisse, denen Ärzt*innen in einer Haftanstalt ausgesetzt sind, die Einführung spezieller Schulungen von Ärzt*innen und Krankenpfleger*innen rechtfertigen⁷.

Schließlich schlägt das CPT vor, dass die Besonderheiten der Gesundheitsversorgung im Gefängnisumfeld die Einführung einer anerkannten Fachrichtung sowohl für Ärzte als auch für Krankenschwestern auf der Grundlage einer postgradualen Ausbildung und regelmäßiger Fortbildung rechtfertigen können.⁸

Das CPT hat darüber hinaus anhand von Besuchen in österreichischen PAZ bereits mehrmals auf die Notwendigkeit der Aufstockung des medizinischen Personals hingewiesen. Das CPT hat, unter Hinweis auf die PAZ in Wien und Graz, insbesondere empfohlen, an den größeren PAZ zusätzlich zum Sanitätspersonal auch eine Vollzeitstelle für diplomierte Krankenpfleger*innen zu schaffen⁹.

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 darangehen 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.“¹⁰

Der psychosoziale Gesundheitsdienst kann nach dem CPT auch dazu beitragen, die Störung der sozialen und familiären Bindungen zu begrenzen, die normalerweise mit einer Inhaftierung einhergeht. Sie soll – in Verbindung mit den zuständigen Sozialdiensten – Maßnahmen unterstützen, die den Kontakt der Gefangenen mit der Außenwelt fördern, wie zum Beispiel gut ausgestattete Besuchsbereiche, Familien- oder Ehegatten-/Partnerbesuche unter angemessenen Bedingungen und Urlaub in Familie, Beruf, Bildung und soziokulturelle Kontexte.¹¹

⁷ CPT/Inf (93) 12, § 75 f.

⁸ CPT/Inf (93) 12, § 77

⁹ Bericht des CPT an die österr. Regierung anlässlich seines Besuches in Österreich vom 19. bis 30. September 1999 (CPT/Inf (2001) 8, § 56).

¹⁰ CPT/Inf (2003) 35

¹¹ CPT/Inf (93) 12, § 63

dienstrechtliche Gegebenheiten, die Bindung an das ärztliche Berufsgeheimnis zu Unvereinbarkeiten mit der amtlichen Tätigkeit führen¹⁴.

Das Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales beantwortet unter GZ 21.100/0-VIII/D/14/97 eine Anfrage seitens der Ärztekammer über die kurative Tätigkeit von Polizeiarzt*innen wie folgt: (...) Für Polizeiamtsärzte (Amtsärzte) gilt im Rahmen ihrer polizei(amts)ärztlichen Tätigkeit keine Bindung an die Beschränkung auf das Gebiet des jeweiligen Sonderfaches gemäß § 13 Abs. 2 des Ärztegesetzes 1984, weshalb Polizeiarzte (Amtsärzte) im Rahmen ihrer erlernten ärztlichen Fähigkeit insgesamt tätig werden können.

Die Qualifikation als Arzt und die Verpflichtung zur gewissenhaften Ausübung des ärztlichen Berufes aufgrund medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntnis werden durch die Nichtanwendung des Ärztegesetzes 1984 keinesfalls berührt. Polizeiarzte haben aufgrund ihrer eingegangenen Dienstverpflichtung bei den Bundespolizeibehörden die ihnen zugewiesenen dienstrechtlichen Aufgaben zu vollziehen, wobei angeordnete (Heil)Behandlungen in dem Ausmaß, in dem der Arzt aufgrund seines Erkenntnis-, Wissens- und Erfahrungsstandes dazu in der Lage ist, sei es als Arzt für Allgemeinmedizin oder als Facharzt eines oder mehrerer Sonderfächer, auszuüben sind.

Eine ärztliche Versorgungstätigkeit in Form erster ärztlicher Grundversorgung, insbesondere auch in diagnostischer Hinsicht, wird jedenfalls auch von Polizeiarzten aufgrund ihrer Ausbildung im Rahmen der jeweiligen Fähigkeit zu erwarten sein. (...) ¹⁵.

Auf Amtsarzt*innen ist somit hinsichtlich ihrer hoheitlichen Aufgaben das Ärztegesetz nicht anwendbar. Dies sei jedoch lediglich dahingehend begründet, dass die im Ärztegesetz 1984 (nunmehr Ärztegesetz 1998) vorgesehene Kammerangehörigkeit zu Pflichtenkollisionen in Bezug auf dienstrechtliche Gegebenheiten, die Bindung an das ärztliche Berufsgeheimnis zu Unvereinbarkeiten mit der amtlichen Tätigkeit führen könnte¹⁶. Die kurative Tätigkeit durch Polizeiarzt*innen steht dagegen mit dem Ärztegesetz 1998 sehr wohl im Einklang¹⁷.

Anhalteordnung (AnhO)

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

Gem. § 10 Abs. 5 der Anhalteordnung steht es den Häftlingen frei, auf ihre Kosten zu ihrer medizinischen Betreuung einen Arzt ihrer Wahl beizuziehen.

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

¹⁵ Siehe auch Aigner in RdM 1997, 85.

¹⁶ Aigner in RdM 1997, 85.

¹⁷ Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen vom 12.10.2001 zu GZ: 21.100/157-VIII/D/01.

Verordnung des Bundesministers für Inneres, mit der Richtlinien für das Einschreiten der Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes erlassen werden (Richtlinien-Verordnung – RLV)

§ 8 Abs. 3. Die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes haben einen Angehaltenen, der von einem von der Behörde beauftragten Arzt untersucht werden soll, davon in Kenntnis zu setzen, dass es ihm freisteht, zu dieser Untersuchung auf seine Kosten einen Arzt seiner Wahl beizuziehen, sofern dies ohne wesentliche Verzögerungen der Untersuchung bewirkt werden kann.

Dienstanweisung für den Polizeiamtsärztlichen Dienst

Unter Punkt 1.1.3. der Dienstanweisung über den polizeiärztlichen Dienst bei den Bundespolizeibehörden¹⁸ wird festgehalten, dass „abgesehen von Fällen Erster Hilfeleistung der Polizeiamtsarzt in seiner amtsärztlichen Eigenschaft grundsätzlich nicht zur Heilbehandlung berufen ist“. Als Ausnahme wird lediglich „die notwendige Heilbehandlung von kasernierten Wachebeamten und von Polizeiarrestanten nach Art einer hausärztlichen Tätigkeit (im Umfang etwa wie in der Praxis eines Arztes für Allgemeinmedizin) sowie der nötigen medizinischen Versorgungsmaßnahmen (Impfungen u. dgl.)“ gesehen. Diese Vorgabe wird unter Pkt. 1.11.6 dahingehend wiederholt, dass „erkrankten oder verletzten Personen die notwendige Heilbehandlung nach Ausmaß der vorhandenen Möglichkeiten gegeben werden sollte“.

In 1.11.1 wird festgehalten, dass die Angehaltenen bzw. Polizeiarrestanten wenigstens alle zwei Wochen zu untersuchen sind. Dabei ist die Intimität des Betroffenen zu wahren und Exekutivbedienstete nur aus Sicherheitsgründen beizuziehen. Darüber hinaus muss ihnen jedoch Gelegenheit gegeben werden, an jedem Tag, also auch an Sonn- und Feiertagen, auf begründetes Verlangen dem Polizeiamtsarzt vorgeführt zu werden. Entsprechend 1.11.2 ist im Bereich der Polizeianhaltezentren täglich eine polizeiamtsärztliche Visite abzuhalten.

4. Bisherige Tätigkeiten und Empfehlungen des MRB und des NPM – Stand der Umsetzungen

Sowohl der seinerzeitige „MRB-alt“ im BMI, als auch der NPM in der VA und der MRB der VA haben sich mit der medizinischen Versorgung im Bereich der Polizei bereits intensiv beschäftigt und zahlreiche Empfehlungen abgegeben, die hier überblicksartig wiedergegeben werden.

Der „MRB-alt“ hat anlässlich seines Berichtes „zur Medizinischen Betreuung angehaltener Personen“ im Jahr 2002 und seines Berichtes „Gesundheitsvorsorge in Schubhaft“ im Jahr 2007 u.a. empfohlen, dass

- das Kooperationsprojekt zwischen dem PGH-Wien – Roßauerlände und dem Verein DIALOG zur medizinischen und psychischen Betreuung von drogenabhängigen Angehaltenen als "best practice"-Modell für andere Polizeigefangenenhäuser in Österreich heranzuziehen. Zumindest in jenen Städten, in denen zunehmend drogenabhängige Personen in den Polizeigefangenenhäusern angehalten werden, sollten ähnliche Kooperationen aufgebaut werden (Nr. 116).
- entsprechend den Empfehlungen des CPT in größeren PAZ die Schaffung von Planstellen für diplomiertes Krankenpflegepersonal zu prüfen (Nr. 168).

¹⁸ Erlass des Bundesministeriums für Inneres vom 01.06.2021, Zahl 2021-0.359.803.

- geeignete Maßnahmen zu ergreifen, damit in allen PAZ bei Bedarf Fachärzt*innen zur Verfügung stehen. In PAZ, in denen Frauen angehalten werden, soll eine regelmäßige Untersuchung durch Fachärzt*innen aus dem Bereich der Frauenheilkunde angeboten werden (Nr. 171).
- ein Kompendium zu erarbeiten, das alle für den polizeiärztlichen Dienst und die Tätigkeit der Sanitäter*innen maßgeblichen Regelungen enthält, und dieses allen mit der medizinischen Versorgung in den PAZ befassten Personen in regelmäßig aktualisierter Form zur Verfügung zu stellen (Nr. 172).
- nicht besetzte Planstellen im Bereich der medizinischen Versorgung angehaltener Personen in den PAZ nachbesetzt werden (Nr. 173).
- die vereinbarte Anwesenheit der Amtsärzt*innen in den PAZ in geeigneter Weise zu dokumentieren und zu überprüfen (Nr. 174).
- regelmäßige Besprechungen des polizeiärztlichen Dienstes mit Honorarärzt*innen und Sanitäter*innen zum Zwecke des Meinungs- und Erfahrungsaustausches sowie zur Qualitätssicherung der medizinischen Betreuung im jeweiligen PAZ durchzuführen (Nr. 176).
- den angehaltenen Personen den Zugang zu ihrem Recht, Ärzt*innen ihrer Wahl gemäß § 10 Abs. 5 AnHO beizuziehen, nach Möglichkeit zu erleichtern, insbesondere etwa durch großzügig bemessene Rahmenzeiten für den Besuch von Vertrauensärzt*innen in einem PAZ, sowie eine Entkoppelung der Untersuchung der Vertrauensärzt*innen von der Anwesenheit von Amtsärzt*innen. In diesem Sinne sollte auch – in Übereinstimmung der diesbezüglich ergangenen Empfehlung des CPT - § 8 Abs. 3 RLV abgeändert werden (Nr. 177).
- gemeinsam mit der Schubhaftbetreuung in Anlehnung an den Vorschlag des CPT eine Liste von Ärzt*innen zu erstellen, die zu einer Tätigkeit als Vertrauensarzt/-ärztin angehaltener Personen bereit wären (Nr. 178).
- die Verantwortung für die kurative Tätigkeit bei Beiziehung eines Vertrauensarztes/einer Vertrauensärztin zu klären (Nr. 179).
- medizinische Behandlungen außer Seh- und Hörweite von Beamt*innen oder Mithäftlingen durchzuführen (Nr. 188).
- 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 (Nr. 210).
- 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 (Nr. 212).
- geeignete Maßnahmen – etwa durch Schaffung eines Konsiliardienstes – in der Form zu ergreifen, dass pro PAZ ein Psychologe/eine Psychologin bei Bedarf (sei es aufgrund einer Anregung durch Polizeiamtsärzt*innen, Wachebeamt*innen oder Schubhaftbetreuer*innen) herangezogen werden kann (Nr. 221).
- 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 (Nr. 312).
- das mit dem BMI gemeinsam ausgearbeitete Konzept zur Entschärfung dieses Konfliktes (Anm. Trennung von kurativer und gutachterlicher Tätigkeit von Polizeiärzt*innen) durch die unterstützende Tätigkeit von diplomiertem Pflegepersonal aufzugreifen (Nr. 355).

Im Folgenden werden die vom NPM und dem MRB der VA festgestellten Mängel und ergangenen Empfehlungen seit 2012 zusammenfassend dargestellt.

Fehlende amtsärztliche Versorgung im ländlichen Bereich und Mangel an Ärzt*innen und Psychiater*innen

Ebenso wie der „MRB-alt“ stellt auch der NPM fest, dass in Wien die Versorgung der Insass*innen in den beiden PAZ Roßauer Länder und Hernals eine wirksame Kooperation mit dem Verein Dialog eingegangen sind und somit – insb. im problematischen psychiatrischen Bereich offenbar eine hinreichende medizinische Versorgung gesichert ist¹⁹.

Im PB 2016 stellt die VA abermals klar, dass die Dauer des Freiheitsentzugs auf das unbedingt erforderliche Maß beschränkt werden soll. Polizeiliche Anhaltungen dürfen nicht dadurch verlängert werden, dass Ärzt*innen nicht in vertretbarer Zeit greifbar sind. Das BMI hat daher entsprechende organisatorische Maßnahmen zu setzen²⁰.

Die VA erhob, dass es kein koordiniertes Vorgehen der Bundespolizei für das gesamte Bundesgebiet gebe. Der Ländervergleich habe ergeben, dass lediglich noch in Vorarlberg durch eine Kombination aus einem Rufbereitschaftsmodell und einer Poolärzte-Lösung seit Dezember 2015 eine flächendeckende ärztliche Versorgung sichergestellt werden konnte. Eine zuvor eingerichtete Projektarbeitsgruppe der LPD Vorarlberg und des Landes Vorarlberg bewirkte die Verbesserungen. Die Zusammenarbeit war nötig, da der Bereich des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Gesetzgebung und Vollzug den Ländern obliegt. Das BMI hielt in mehreren Stellungnahmen fest, dass vor allem in ländlichen Regionen sowohl Amtsärzt*innen als auch Gemeinde- und Sprengelärzt*innen fehlen würden²¹.

Der MRB befasste sich auf Ersuchen der VA 2016 mit dieser Problematik. In seiner Stellungnahme betonte der MRB, dass es aus menschenrechtlicher Sicht wünschenswert wäre, das Vorarlberger Modell in allen Regionen Österreichs umzusetzen. Darüber hinaus könne eine bessere Bezahlung der Polizei oder Amtsarzt*innen einen Anreiz schaffen. Mangels gesetzlicher Grundlage bestehe für das BMI keine Möglichkeit, angestellt oder freiberuflich tätige Ärzt*innen für polizeiärztliche Agenden zu verpflichten. Aufgrund der Vielzahl an Entscheidungsträgern (Bundesländer, BMI, BMGF, Ärztekammern) sei eine einheitliche Regelung herausfordernd²².

Im AHZ Vordernberg beklagt die Leitung der Ambulanz und des AHZ den Kommissionen den Mangel an ärztlichen, psychiatrisch-fachärztlichen sowie klinisch-psychologischen Personal. Daraus formuliert der NPM die Empfehlung, dass das ärztliche bzw. pflegerische Personal des AHZ jederzeit auf eine klinisch-psychologische bzw. eine psychiatrische Expertise zurückgreifen können muss. Davon abgesehen beurteilte der NPM die Besetzung der ausgeschriebenen Stelle einer klinischen Psychologin mit einer Psychologin mit in Österreich nicht anerkannter Ausbildung für bedenklich.

Das BMI beteuert, mit verschiedenen Projekten in den Bundesländern dem Problem begegnen zu wollen. In Burgenland hätte man in Bereichen, wo die Polizei für die Ärzteversorgung nicht zuständig gewesen sei, mit bis zu 20 Ärzt*innen Honorarverträge abgeschlossen. Berichtet wurde an die AG, dass

¹⁹ PB 2015 (Band „Präventive Menschenrechtskontrolle“, S. 137).

²⁰ PB 2016 (Band „Präventive Menschenrechtskontrolle“, S. 156).

²¹ PB 2013 (Band „Präventive Menschenrechtskontrolle“, S. 104).

²² <https://volksanwaltschaft.gv.at/downloads/28964/Stellungnahme%20des%20VA-MRB%20zu%20Verf%C3%BCgbarkeit%20von%20%C3%84rzten-final.pdf> und PB 2016 S. 156.

davon nicht mehr viele tätig seien, weil es Probleme mit der Auszahlung gegeben hätte. Der derzeit aktuelle Stand ist der AG unbekannt.

Seit Sommer 2019 gibt es im BMI eine Arbeitsgruppe „Polizeiärzt*innen“, die bereits Optimierungen der Arbeitsbedingungen erreicht hat: Es werden nun bundesweit sowohl Vollzeit- als auch Teilzeitstellen im Angestelltenverhältnis angeboten, die Entlohnung bemisst sich nach einer Sondervertragsrichtlinie für neu aufgenommene Amtsärzt*innen. In dieser Arbeitsgruppe werden weitere Möglichkeiten ausgelotet, um den polizeiamtsärztlichen Dienst im Allgemeinen und auch jenen der Honorarärzt*innen attraktiver zu gestalten. Ein aktuelles Ziel ist die erforderliche Anpassung der Ärztetarife im Gebührenanspruchsgesetz. Die bereits erfolgte Einigung müsste noch im Budgetbegleitgesetz aufgenommen werden, um zur Umsetzung zu gelangen. Von dieser Valorisierung würden auch die Bezirksbehörden profitieren.

Zugang zu psychologischer bzw. psychiatrischer Hilfe

In der Beantwortung der Republik Österreich zu der vom CPT abgegebenen Empfehlung, an den Wiener PAZ und gegebenenfalls auch anderen österreichischen PAZ den Häftlingen angemessene psychologische und psychiatrische Betreuung zur Verfügung zu stellen, wird darauf hingewiesen, dass eine psychologische und/oder psychiatrische Betreuung Kosten verursachen würde, die im budgetären Rahmen keinesfalls Deckung finden würde. Es wird weiter darauf verwiesen, dass die Betreuung nur muttersprachlich erfolgen könnte, was eine umfangreiche Beiziehung von Dolmetscher*innen verschiedener Sprachen erforderlich machen würde²³.

In dem PB 2014 regte der NPM eine psychiatrische Begutachtung und/oder psychologische Vorbereitung insb. vor Abschiebungen an um schwierigen Situationen vorzubeugen²⁴.

Mehrmals beanstandete der NPM im gleichen Bericht, dass in Fällen von Hungerstreik keine Psychiaterinnen bzw. Psychiater beigezogen wurden. Diesbezüglich betonte das BMI, dass die Amtsärztin bzw. der Amtsarzt selbst entscheiden müsse, ob eine Notwendigkeit bestehe, eine Psychiaterin bzw. einen Psychiater beizuziehen. Der NPM wies das BMI in diesem Zusammenhang auf die sehr sensible Problematik des Hungerstreiks hin²⁵.

Wie aus Protokolleintragungen der Kommissionen hervorgeht, sind die PAZ in Österreich mitunter aufgrund ihrer baulichen Beschaffenheit und wegen ihrer personellen Ausstattung nicht dafür geeignet, psychisch kranke Insass*innen adäquat zu versorgen.

Bei der Feststellung, ob Haftunfähigkeit aufgrund psychischer Beeinträchtigungen vorliegt, ist mit besonderer Sensibilität vorzugehen. Bei deutlichen Hinweisen auf das Vorliegen psychischer Beeinträchtigungen im Anamnesebogen oder im Anhalteprotokoll sind Psychiater*innen beizuziehen. (Empfehlung 2015)

Die seinerzeitige gemeinsame AG „Suizidprävention“ der VA und des BMI erarbeitete den Standard, dass bei einem Suizid(versuch) die betroffenen Mithäftlinge unverzüglich im Sinne der Krisenintervention zu behandeln seien. Der NPM sah im Zuge der Überprüfung dafür allerdings einen Klärungsbedarf. Das BMI betonte dazu, nur für psychohygienische Maßnahmen zugunsten des BMI-

²³ Stellungnahme der Republik Österreich zu dem Bericht des Europäischen Komitees zur Verhütung von Folter und unmenschlicher Behandlung oder Strafe (CPT) anlässlich des Besuches in Österreich vom 19. bis 30. September 2015, Pkt. 61.

²⁴ Siehe auch Empfehlung im Parlamentsbericht 2014, S. 138ff.

²⁵ Siehe PB 2014, S. 141.

Personals zuständig zu sein. Der NPM gab zu bedenken, dass proaktive Gespräche des amtsärztlichen Personals mit Zeuginnen und Zeugen das frühzeitige Erkennen einer Suizidgefahr erleichtern könnte. Eine Regelung zur Thematik „Fallorientierte Analyse zur Optimierung der Präventionsarbeit“ hat das BMI erst im Jahre 2020 durch die Verlautbarung eines einschlägigen Erlasses getroffen. Damit wurde die seinerzeitige kollegiale Empfehlung des NPM vom Juni 2018 vollständig umgesetzt²⁶.

In insgesamt vier Parlamentsberichten forderte die VA das BMI auf, sicherzustellen, dass Polizeiärzt*innen, aber auch sonstiges ärztliches Personal – unabhängig von Wochentag oder Uhrzeit – jederzeit auf eine psychiatrische Expertise zurückgreifen können müssen.

Die Volksanwaltschaft sprach kürzlich die Empfehlung aus, besonders bei psychisch auffälligen Personen, die sich länger in Polizeianhaltung befinden, in regelmäßigen Abständen die Haftfähigkeit zu überprüfen und über Monate dauernde Anhaltungen grundsätzlich mit allen rechtlich zur Verfügung stehenden Mitteln zu vermeiden. Die betroffenen Personen sind bei selbst- oder fremdgefährdendem Verhalten nach Einholung einer ärztlichen Expertise entsprechend dem UbG in die Psychiatrie zu bringen und aus der polizeilichen Anhaltung zu entlassen.

Das BMI führt aus, dass zurzeit Häftlinge nur über Amtsärzt*innen an Psychiater*innen oder Psycholog*innen zugewiesen werden. Diese Indikation werde auch im niedergelassenen Bereich zumeist von Hausärzt*innen festgestellt. Polizeiärzt*innen erhalten im Rahmen des spezifischen Ausbildungslehrgangs zum polizeilichen Dienst im Bereich des Erkennens psychiatrischer Krankheitsbilder eine vertiefende Ausbildung. Der seit 2010 etablierte Lehrgang ist in der Grundausbildungsverordnung verankert. Der hohe Stellenwert spiegelt sich durch die von der Österreichischen Ärztekammer für die Absolvierung dieser Ausbildung angerechneten Diplomfortbildungspunkte wider. Ergänzend werden jährlich Auffrischkurse zum Curriculum mit jeweils aktuellen Themen wie z.B. Haftfähigkeitsbeurteilung, Unterbringungsgesetz (UBG), Drogen im Straßenverkehr oder Leichenbeschau angeboten. Schließlich findet einmal jährlich eine Polizeiärzt*innentagung unter Einbindung von Expert*innen aus verschiedenen medizinischen Bereichen im BMI statt.

Eine Überprüfung der Durchführung der Substitutionstherapie in den PAZ habe lt. BMI ergeben, dass kein zusätzlicher Bedarf für eine Substitutionsausbildung von Amtsärzt*innen besteht. Aufgrund der zumeist sehr kurzen oder ungewissen (Schub-)Haftdauer im polizeilichen Anhaltevollzug ist die Einleitung einer Opioid-Substitutions-Therapie prinzipiell nicht möglich. Sofern eine grundsätzliche Haftfähigkeit gegeben ist, werden Häftlinge, die sich bereits in einer Opioid-Substitutions-Therapie befinden, entsprechend der schon vorhandenen Rezepte ihrer behandelnden Ärzte auch während des Anhaltevollzuges weiterhin mit den erforderlichen Medikamenten versorgt. Für diese Tätigkeit ist keine Substitutionsausbildung nötig. Im Falle etwaiger Entzugserscheinungen aufgrund anderer Abhängigkeiten (sonstige Suchmittel, Medikamente, Alkohol usw.) werden die Häftlinge ärztlich behandelt und mit Medikamenten versorgt. Anderenfalls sind diese Häftlinge mangels Haftfähigkeit zu entlassen; dies führt österreichweit zu weniger als zehn Entlassungen pro Jahr. Bundesweit bestehen Kooperationen mit Spitalsträgern, niedergelassenen Ärzten oder dem Verein Dialog.

²⁶ Siehe PB 2020, Präventive Menschenrechtskontrolle, S. 156 f.

Adäquate kurative medizinische Versorgung

In drei PB seit 2017 hat die VA das BMI empfohlen, dafür zu sorgen, dass alle in PAZ bzw. AHZ Angehaltenen eine adäquate kurativ-medizinische Versorgung nach dem Stand der Wissenschaft erhalten.

Die erste amtsärztliche Untersuchung von Angehaltenen in besonders gesicherten Zellen von PAZ soll sofort bzw. so schnell wie möglich und jede weitere Untersuchung jedenfalls innerhalb von zwölf Stunden stattfinden.

Vertrauensärzt*innen

In Reaktion auf die Empfehlung 177 hat das BMI bereits dem „MRB alt“ darüber informiert, dass die Beziehung von Vertrauensärzt*innen auf Wunsch des Angehaltenen in § 10 AnhO normiert und grundsätzlich möglich ist. Dabei wurde explizit darauf hingewiesen, dass die Kostentragung durch den Angehaltenen selbst od. im Rahmen einer Krankenversicherung gedeckt sein muss. Selbst wenn in Einzelfällen die Bereitschaft von externen Ärzt*innen gegeben ist, Häftlinge in Haftanstalten zu untersuchen, ist faktisch der Zugang ins PAZ aufgrund der in einzelnen PAZ verpflichtenden Anwesenheit von Amtsärzt*innen organisatorisch nicht möglich, da teilweise eine Koppelung mit der Anwesenheit der Polizeiamtsärzt*innen vorgesehen ist und die Dienstzeiten der Polizeiamtsärzt*innen (regelmäßig am Vormittag) sich mit den Ordinationszeiten potenzieller Vertrauensärzt*innen überschneiden. Die Anwesenheit eines Amtsärzt*innen ist aus Sicht des BMI erforderlich, da die angehaltene Person in der Obhut der Behörde bzw. des medizinischen Dienstes steht. Darüber hinaus soll unmittelbar ein Fachgespräch zwischen den Mediziner*innen ermöglicht werden. Hier könnte organisatorisch nachgebessert werden.

Diplomiertes Pflegepersonal

Bereits im Frühjahr 2008 gab es im „MRB-alt“ ein gemeinsames Konzept mit dem BMI, welches die Unterstützung des ärztlichen Personals in einem Wiener PAZ sowie im PAZ Salzburg durch diplomiertes Pflegepersonal über einen Zeitraum von drei Monaten vorsah. Zweck dieses Projektes sollte eine Entlastung der Amtsärzt*innen sowie die Verbesserung der kurativen Tätigkeit sein. Zur Realisierung des Projektes wurden ein Qualifikationsprofil sowie eine klar definierte Arbeitsplatzbeschreibung entwickelt. Umsetzungsschritte dazu waren bis dato nicht erfolgreich.

Seit Ende 2020 konnten für den sanitären Dienst folgende Verbesserungen erzielt werden: Durch die beim BMKÖS erwirkte bessere Bewertung der Sanitäter*innen-Planstellen konnten in allen PAZ und im AHZ die Anzahl an motivierten Polizeisanitäter*innen erhöht werden. Durch die neu verlautebarte Sanitätsdienstrichtlinie – SanDRL wird den Polizeisanitäter*innen ermöglicht, die gesetzlich geforderte Aus- und Fortbildung während der Dienstzeit zu absolvieren und ein sanitätsdienstliches Praktikum zur Aufrechterhaltung der erlernten praktischen sanitätsdienstlichen Fertigkeiten und Fähigkeiten zu absolvieren. Darüber hinaus haben Angehörige des Polizeilichen Sanitätsdienstes regelmäßig zumindest 12 Stunden pro Quartal (48 Stunden pro Jahr) im Rahmen einer im Inland anerkannten Rettungsorganisation oder im Bereich der Notfall-/Erstversorgung eines öffentlichen Krankenhauses als Sanitäter*in Dienste zu verrichten.

Die Kommission 4 hat 2018 in zwei Protokollen zu den beiden PAZ in Wien festgehalten, dass während der Nacht nur je ein Sanitäter Dienst in den Sanitätsstellen der PAZ versehen hätten. Die Kommission regte eine Aufstockung des Personalstandes mit der Begründung an, dass u.a. auch bei Notfällen – z.B. Im Rahmen von Reanimationen – zu zweit interveniert werden sollte. Das BMI lehnte dies ab und teilte

mit, dass der „Äskulap-Dienst“ (des amtsärztlichen Dienstes) bereitstehen würde und in beiden PAZ je ein zweiter, in der Nacht Stockwerksdienst versehender, Exekutivbediensteter mit Sanitäter-Ausbildung bei Bedarf Unterstützung bieten könnte. Begründet wurde die Notwendigkeit von der Kommission u.a. deswegen, da auch bei Notfällen – z.B. im Rahmen einer Reanimation – zu zweit interveniert werden sollte.

Anamnese und Videodolmetsch

In Anlehnung an Empfehlungen des MRB empfahl die VA dem BMI bereits 2014, die Anamnesebögen unabhängig von möglichen Deutschkenntnissen in ihrer Muttersprache auszuhändigen.

Die VA und die gemeinsam mit dem BMI eingesetzte AG „Suizidprävention“ konnte 2016 die Überarbeitung des Anamnesebogens erfolgreich anregen. Der neue Fragebogen „Gesundheitsbefragung“ soll künftig im Zuge der ärztlichen Aufnahmeuntersuchung an alle festgenommenen Personen in der jeweiligen Sprache ausgeteilt werden. Die Informationen sollen dem ärztlichen Personal dazu dienen, möglichst kurz nach der Festnahme den Gesundheitszustand der Person zu erheben²⁷.

In diesem Zusammenhang unterstrich der NPM wiederholt die Bedeutung einer ausreichend guten sprachlichen Verständigung zwischen den Häftlingen und dem ärztlichen Personal. Um die Defizite zu beheben, startete das BMI im Februar 2016 den testweisen Einsatz eines Videodolmetsch-Systems im medizinischen Bereich. Der Einsatz von Videodolmetsch stellt aus Sicht des NPM ein nützliches Hilfsmittel dar, Sprachbarrieren zwischen Angehaltenen und dem (ärztlichen) PAZ-Personal zu überwinden. Das im AHZ Vordernberg bereits verwendete Videodolmetsch-System im medizinischen Bereich hat sich bewährt.

2018 befasste sich die ebenfalls gemeinsam von VA und BMI eingesetzte AG „Anhaltebedingungen in PAZ“ abermals mit der Überwindung von Sprachbarrieren. Im Fokus stand dabei der Einsatz des Videodolmetsch-Systems in der med. Betreuung aber auch in anderen Bereichen als in den PAZ. Im Parlamentsbericht 2019 und 2020 wurde auch empfohlen, Maßnahmen zu veranlassen, um eine psychiatrische Beratung bzw. Behandlung mittels Videokonsil zu ermöglichen²⁸. Weiters wiederholte sie die Forderung an das BMI, dafür zu sorgen, dass jeder im AHZ Vordernberg Angehaltene zeitnah eine adäquate kurativ-medizinische Versorgung nach dem Stand der Wissenschaft erhält²⁹.

Der NPM nahm daher auch positiv zur Kenntnis, dass das BMI mit Erlass vom Jänner 2018 die künftige Verwendung des Videodolmetsch-Systems im Regelbetrieb des PAZ anordnete. Da sich jedoch das Videodolmetschen dem BMI zufolge in verschiedenen getesteten Bereichen nicht bewährt habe, sah die AG vorerst von einer Ausweitung ab.

Das Thema „Reduzierte Nutzung des Videodolmetsch-Systems“ war auch Gegenstand des Prüfverfahrens der VA zum Besuch im AHZ Vordernberg am 22.4.2018. Das BMI teilte in der Stellungnahme vom 22.1.2019 mit, dass der im Überprüfungszeitpunkt amtierende Amtsarzt Dari sowie Farsi gesprochen und daher auf die Nutzung der Videodolmetsch-Leistungen verzichtet habe. Der NPM hat dies zur Kenntnis genommen.

²⁷ Siehe PB 2016, Band „Präventive MR-Kontrolle“, S. 145.

²⁸ Siehe PB 2019, Band Präventive Menschenrechtskontrolle S. 173“ und 2020 S. 164.

²⁹ Siehe PB 2020, Band Präventive Menschenrechtskontrolle S. 164“.

Im Jahr 2020 ersuchte die Volksanwaltschaft aus Anlass des Besuchs im AHZ Vordernberg das BMI unter anderem um Auskunft, wie viele psychiatrische Dolmetschungen per Video seit Beginn des Regelbetriebs dieser Diagnostik- bzw. Therapiemethode stattfanden und wie lange die Video-Dolmetschungen durchschnittlich dauerten. Das BMI teilte in der Stellungnahme mit, dass bis Ende Februar 2021 zehn psychiatrische Dolmetschungen per Video stattgefunden hätten. Eine Aussage zur durchschnittlichen Dauer eines Falles habe aufgrund der geringen Fallzahl bis dahin nicht erfolgen können. Das BMI kündigte jedoch an, dass ab Anfang 2021 die Dolmetschungen per Video regelmäßig erfolgen sollen, zumal aus Sicht der Ambulanz im AHZ erst nach regelmäßiger Abhaltung von Übertragungen eine Auswertung zu ihrer durchschnittlichen Dauer möglich und sinnvoll erscheine³⁰. Die Kommission hat in ihrem Protokoll über den Folgebesuch im AHZ Vordernberg im Februar 2021 die integrierte, psychiatrisch-fachärztliche Diagnostik und Therapie mittels Videodolmetsch positiv hervorgehoben.

5. Feststellungen der Arbeitsgruppe

Fehlende amtsärztliche Versorgung im ländlichen Bereich und fehlende Ressource Arzt

Im Interview mit der MRB-AG erläutert ein Vertreter des BMI die verschiedenen Projekte in den Bundesländern zur Sicherstellung der nach wie vor problematischen Situation in den Polizeiinspektionen bei der amtsärztlichen Versorgung im ländlichen Gebiet. In Burgenland hätte man in Bereichen, wo die Polizei für die Ärzteversorgung nicht zuständig gewesen sei, mit bis zu 20 Ärzt*innen Honorarverträge abgeschlossen. Inzwischen seien von diesen aber nicht mehr viele tätig, weil es immer wieder Probleme mit der Auszahlung der Honorare bei der zuständigen BH gegeben hätte. Neben der finanziellen Unterdotierung hätten aber durchaus die rechtlichen Schwierigkeiten insbesondere wegen der unterschiedlichen Zuständigkeit von Bund und Länder hinsichtlich der medizinischen Agenden die medizinische Mangelversorgung befeuert. Das BMI hat kaum Möglichkeiten, in die Verwaltung der Länder einzugreifen, um sie zu einer Mehraufnahme von Ärzt*innen zu motivieren. Zu den bereits erzielten Erfolgen und den angestrebten Zielen des BMI wird auf die Erläuterungen zur Arbeitsgruppe „Amtsärzt*innen“ unter Pkt. 4.1. verwiesen.

Die Schwierigkeiten von PI zu gewissen Zeiten (außerhalb der Amtsstunden) oder an gewissen Tagen (Sonn- und Feiertagen) einen Arzt/eine Ärztin zu bekommen, betrifft mit Ausnahme der PAZ beinahe ganz Österreich. Bei einem Besuch im PAZ Eisenstadt 2020 beurteilte die Kommission 6 positiv, dass rund um die Uhr ärztliches Personal verfügbar war³¹.

Zugang zu psychiatrischer und psychologischer Hilfe

Die der Arbeitsgruppe zugrundeliegenden Informationen bestätigen, dass die psychische und psychiatrische Versorgung in den beiden PAZ in Wien aufgrund der Kooperation mit dem Verein Dialog offensichtlich gut funktioniert. Insofern könnten diese Vereinbarungen des BMI mit dem Verein als Vorbild oder Role-Model dienen. Unterstützt wird auch das Credo des Vereins Dialog, dass die Insassen in den PAZ im Allgemeinen, aber bei der Opioid-Substitution im Besonderen, so behandelt werden, als ob sie in Freiheit wären. Insbesondere werden bei Suchtkranken auch die in Freiheit verabreichten Substitutionstherapien weitergeführt. In Haft selbst werde aber bei Schubhäftlingen keine neue

³⁰ Siehe PB 2021, Band „Präventive Menschenrechtskontrolle“, Punkt 2.6.11.

³¹ Siehe PB 2020, Präventive Menschenrechtskontrolle, S. 165.

Therapie begonnen, weil dies aufgrund der unbestimmten Bedingungen im Zielland nicht verantwortet werden könne.

Die Isolierung psychisch kranker, fremdgefährdender, aber behandlungsunwilliger Personen kann ihren Gesundheitszustand verschlechtern. Wenn diese isolierten Personen nicht akut selbstgefährdend sind, ist eine zwangsweise Unterbringung in einer psychiatrischen Abteilung eines Krankenhauses nicht möglich. Andererseits kommt aber im Falle einer Einstufung als Gefahr für die öffentliche Sicherheit eine Entlassung nicht in Frage.

Die konsultierten Ärzt*innen aus den Kommissionen bestätigen der Arbeitsgruppe die besondere Wichtigkeit von regelmäßiger, engmaschiger und zielgerichteter Betreuung. Bei langfristigen Therapien sei es wichtig, Medikamente zu verschreiben, die nicht abhängig machen würden.

Kommissionen berichten in der Vergangenheit, dass es oftmals zu (tagelangem) Hinwarten auf fachärztliche Konsultationen bei substitutionsabhängigen Personen komme. Deren individueller Zustand verschlechtert sich dadurch regelmäßig deutlich. Aus Sicht der Arbeitsgruppe ist dies als „erniedrigende Behandlung“ im Sinne der EMRK zu interpretieren.

Aus den durchgeführten Interviews der AG mit Ärzt*innen in den Kommissionen ergibt sich, dass die Polizei- und Amtsärzt*innen für den Bedarf an psychologischer oder psychiatrischer Hilfe nicht immer ausreichend aufgeschlossen sind. Es herrscht ein genereller Mangel an Fachpersonal für psychische Betreuung. Bei (Akut-)Fällen psychischer Erkrankung wird oftmals die Behandlung oder der Kontrollbesuch nicht vor Ort durchgeführt, bzw. kann die Versorgung an der stationären Einrichtung aufgrund von baulichen Voraussetzungen oder personellem Mangel nicht erfolgen. Die Insass*innen würden dann meist in Spitäler oder Ambulanzen ausgeführt. Damit würden aber viel Beamtenkapazität (Logistik, Begleitfahrzeuge etc.) gebunden, die bei ausreichender medizinischer Kapazität vor Ort frei wären.

Lediglich in den beiden PAZ in Wien erhalten die Angehaltenen über den Verein Dialog regelmäßige psychologische Betreuung. Hingegen kommt es in den anderen PAZ oftmals zu unnötigen Verzögerungen, die sich negativ auf die Gesundheit der Angehaltenen auswirken können.

Ärzt*innen aus den Kommissionen kommen zum Schluss, dass Amtsärzt*innen aufgrund der unzureichenden einschlägigen Ausbildung eine fundierte Entscheidung über die Notwendigkeit der Zuweisung an Psychiater*innen wie Psycholog*innen nicht leisten können. Daher bräuchten die Amtsärzt*innen in PAZ ein Grundverständnis für psychiatrische oder – wenn es beispielsweise um Suchterkrankungen geht – ein Substitutionsdiplom, um die Einstufungen zur Therapie durchführen zu können.

Sie weisen auch darauf hin, dass Psychiater*innen bei einer allfälligen Substitutionstherapie einen schlüssigen Vertrag mit dem Patienten eingehen würden. Wenn man aber nicht gewährleisten könne, dass eine neu begonnene Substitution nach einer Entlassung im Herkunftsland auch zu Ende geführt werden könne, ergebe sich ein ethisches Problem.

Adäquate kurative medizinische Versorgung

Im Interview mit der MRB-AG führt ein Vertreter des BMI aus, dass es in den letzten Jahren vermehrt VA-Verfahren gegenüber dem BMI gegeben hätte, die in der ärztlichen Mangelversorgung oder einer verspäteten Haftuntersuchung ihren Ursprung hätten. Je nach regionaler Zuständigkeit liege die behördliche Verantwortung dafür entweder bei den Ländern oder beim Bund.

Es hat in den letzten Jahren verschiedene Kooperationen zwischen den PI's und den Landesregierungen gegeben. Am erfolgreichsten ist die Kooperation in Vorarlberg, wo Bund und Länder einen gemeinsamen Pool finanzieren würden, woraus die beanspruchten Ärzt*innen entlohnt werden würden. Der Versuch, dieses Model auf andere Länder „überzustülpen“ sei aber gescheitert, obwohl die LPD beträchtliche Kosten übernommen hätten. Hier sei das BMI auf Grenzen der Zusammenarbeit gestoßen.

Für den Bereich der Justizanstalten hat die VA im PB 2017 zur Stärkung der dortigen kurativen Versorgung folgende drei Vorgangsweisen empfohlen³²:

- Um eine medizinische und pflegerische Behandlung unter vergleichbaren Bedingungen zur Verfügung zu stellen, wie sie Patientinnen bzw. Patienten in Freiheit genießen, muss medizinisches und pflegerisches Personal in ausreichendem Maße vorhanden sein.
- Die seit Jahren ausstehenden Kennzahlen im medizinischen Bereich sollen ehestens festgelegt werden.
- Der Bedarf an Pflegepersonal ist regelmäßig zu evaluieren und anzupassen.

Wiewohl seitens der Anhaltung im Polizeibereich bislang keine pflegerischen Kräfte eingesetzt werden, sollte sie auch als Hinweis darauf wahrgenommen werden, dass der Einsatz von Pflegekräften insbesondere die kurative medizinische Versorgung wesentlich verbessern kann.

Vertrauensärzt*innen

Von der theoretischen Möglichkeit der Beiziehung eines Vertrauensarztes/einer Vertrauensärztin wird in der Praxis offensichtlich so gut wie kein Gebrauch gemacht. Anzumerken ist, dass dies nur teilweise mit den nicht vorhandenen Mitteln der Schubhäftlinge begründet werden kann, da über verschiedene sozialmedizinische Einrichtungen aus dem gemeinnützigen Sektor³³ Ärzt*innen auch fallweise unentgeltlich tätig werden. Diesbezüglich gibt es jedoch keine ausreichende Information der Betroffenen.

Auch das Argument des BMI, dass sich die Dienstzeiten der Polizeiamtsärzt*innen mit den Ordinationszeiten potenzieller Vertrauensärzt*innen überschneiden, erscheint nicht stichhaltig, da Ärzt*innen regelmäßig auch vormittags ordinationsfreie Zeiten haben. Allerdings legten die Vertreter*innen des BMI auch nachvollziehbar dar, dass die praktischen Schwierigkeiten auch darin liegen würden, dass sich nicht viele Ärzte bereit erklären würden, in ein PAZ zu kommen.

Für den Fall, dass die Beiziehung von Vertrauensärzt*innen abzulehnen sei, empfahl das CPT eine Liste von anderen Ärzt*innen aufzulegen, wo sich festgenommene Personen andere Ärzt*innen aussuchen können sollen. Alternativ brachte es den Vorschlag, dass die gewählten Ärzt*innen die Untersuchung in Anwesenheit der Amtsärzt*innen durchführen sollten.

Der uneingeschränkte Zugang des Häftlings zu Vertrauensärzt*innen muss gewährleistet sein und darf insbesondere nicht an der zeitlichen Verfügbarkeit von Amtsärzt*innen scheitern.

In der Anhalteordnung oder allenfalls in den dazu ergangenen Erlässen oder Dienstanweisungen soll sichergestellt werden, dass die Untersuchung durch Vertrauensärzt*innen nicht an der (Nicht-)

³² Siehe PB 2017, Band „Präventive Menschenrechtskontrolle“, S. 127 ff.

³³ z.B. Hemayat, AmberMed, etc.

Anwesenheit von Amtsärzt*innen scheitern dürfe. Die Beiziehung von Amtsärzt*innen oder von Wachepersonal braucht nur auf ausdrücklichen Wunsch von Vertrauensärzt*innen nach vorheriger Aufklärung zwecks Abwägung des Sicherheitsrisikos erfolgen³⁴. Vertrauensärzt*innen brauchen vollständigen Zugang zu den Krankenakten der von ihnen behandelten Schubhäftlinge.

Die freie Wahl der Ärzt*innen ist (zumindest in Wien) nach wie vor nur eingeschränkt möglich. Gemäß einer Dienstanweisung des LPD-Wien dürfen Schubhäftlinge nur in Anwesenheit von Amtsärzt*innen untersucht und behandelt werden. Das führt dazu, dass Behandlungen und Untersuchungen durch Vertrauensärzt*innen davon abhängen, ob Amtsärzt*innen gerade zeitlich verfügbar sind. Die Beiziehung von Vertrauensärzt*innen insbesondere bei der Übernahme von Therapien wäre von großem Vorteil.

Diplomiertes Pflegepersonal

Um den kurativen Ansatz in einer Verwaltungshaft zu stärken und die Amts- bzw. Polizeiärzt*innen in ihrer Tätigkeit zu unterstützen, wird schon seit langer Zeit der Einsatz von diplomierten Pflegepersonal im BMI erwogen. Umsetzungsschritte dazu waren bis dato nicht erfolgreich.

Die Schaffung von Planstellen für diplomierte Pflegekräfte oder Sanitäter*innen als Bindeglied zwischen den Ärzt*innen und den Häftlingen scheitert u.a. bislang an der Weigerung des BKA, derartige Planstellen in einer Gehaltsstufe einzurichten, wo es auch realistisch erscheint, Personal zu lukrieren.

Anamnese und Videodolmetschung

Die Arbeitsgruppe konnte aus den Besuchsprotokollen der Kommissionen ableiten, dass die Möglichkeit des Videodolmetsches oft ungenutzt bleibe und dies unmittelbaren Einfluss auf die Qualität der Anamnese haben könnte. Der Betrieb läuft lt. BMI bislang sehr gut. Dolmetscher*innen könnten in verschiedensten Sprachen binnen Sekunden zugeschaltet werden. Es entscheiden aber immer die Ärzt*innen, ob sie auf eine derartige Möglichkeit für die Behandlung zurückgreifen wollen. Der Vertreter des BMI versichert im Interview, dass die Anwendung dieser Möglichkeiten nicht willkürlich – etwa aus Kostengründen – verknappt werde. Eine Untersuchung des BMI habe aber belegt, dass Videodolmetsch nicht sehr oft genutzt werde. Diese Restriktion liegt aber nicht am BMI. Dem Vertreter liegen keine Informationen vor, dass sich Insass*innen darüber beschwert hätten³⁵. Ärzt*innen aus den Kommissionen betonten, dass Videodolmetsch im medizinischen Bereich sehr wohl auch eingesetzt werden würde.

Prävention: Sozialer Dienst / Schubhaftbetreuung

Gemäß CPT kann ein Gesundheitsdienst dazu beitragen, die Störung der sozialen und familiären Bindungen zu begrenzen, die normalerweise mit einer Inhaftierung einhergeht (siehe FN 11). Er soll –

³⁴ Siehe dazu auch die Stellungnahme des MRB „Fehlende Intimität bei polizeiamtsärztlichen Untersuchungen in Polizeiinspektionen“ <https://volksanwaltschaft.gv.at/downloads/9144h/Stellungnahme%20MRB%20zu%20Fehlende%20Intimit%C3%A4t%20bei%20polizeiamts%C3%A4rztlichen%20Untersuchungen%20in%20PI%27s.pdf>.

³⁵ Interview der AG mit einem zuständigen Vertreter des BMI.

in Verbindung mit einem zuständigen Sozialdienst – Maßnahmen unterstützen, die präventiv körperliche und psychische Probleme im Vorfeld verhindern.

Wiewohl es für den polizeilichen Anhaltevollzug – anders als im Justizbereichen – kein Resozialisierungsgebot gibt, fehlt es trotzdem an einer sozialarbeiterischen Versorgung. Abseits einer Resozialisierung stehen aber für die psychosoziale Unterstützung – wie bereits oben ausgeführt - viel zu wenig Ressourcen zur Verfügung. Ein sozialer Dienst kann die fehlende „sorgende Rolle“ übernehmen, der Krisenprävention dienen und daher auch in der länger dauernden polizeilichen Anhaltung gewährleistet sein.

Grundsätzlich und aus menschenrechtlicher Perspektive ist soziale Betreuung für alle Verwaltungshäftlinge sinnvoll. Da sich Schubhäftlinge aber teilweise über einen längeren Zeitraum in Anhaltezentren befinden (dessen Ende oft unklar ist), so gut wie immer über keine bzw. wenig soziale oder familiäre Netzwerke in Österreich verfügen, sowie sich oft Barrieren in Hinblick auf Sprache, kulturelles und rechtliches Verständnis gegenübersehen, ist soziale Betreuung gerade für sie essentiell und ein wesentlicher Hebel zur Wahrung grundlegenden Rechte. Zusätzlich erschwert die dezentrale Lage des größten AHZ Österreichs in Vordernberg den dort Angehaltenen den Kontakt zu Bekannten, die teilweise eine lange Anreise organisieren müssten, um Angehaltene zu besuchen.

Rückblickend gesehen hatte die seinerzeitige „Schubhaftbetreuung“ in den PAZ gut funktioniert. Die aktuelle Situation ist aber strukturell sehr verändert. Die nach Abschaffung der Schubhaftbetreuung verbliebene „Rückkehrberatung“ in den AHZ/PAZ hatte inhaltlich immer andere Schwerpunkte als die soziale Betreuung und kann daher nicht als „Ersatz“ einer solchen angesehen werden. Seit Einrichtung der BBU, die die Rückkehrberatung abgelöst hat, liegt der Schwerpunkt bei der Beratung zu den Themen freiwillige Rückkehr, Dublin-Verfahren (Überstellung), Perspektivenabklärung im Heimatland sowie die Organisation der Rückkehr. Dies unterscheidet sich daher ebenfalls wesentlich vom Zweck einer sozialen Betreuung, die jedenfalls die Aufgabe hätte,

- die psychische Ausnahmesituation der Freiheitsentziehung an sich,
- die soziale Isolation,
- den in Schubhaft oft massiven Mangel an tagesstrukturierenden Maßnahmen, etc.

abzufedern bzw. bei der Überwindung diverser Barrieren (wie z.B. den oben erwähnten Zugang zur Gesundheitsversorgung, etc.) zu unterstützen.

Wiewohl das BMI keine gesetzliche Verpflichtung zur Nachbetreuung entlassener Häftlinge trifft, ist ein sozialer Dienst auch eine Hilfe im Entlassungsmanagement. Bei Entlassungen ohne Nachbetreuung und erforderlichenfalls weitergehende Gesundheitsversorgung können sich für auf diese Weise entlassene Häftlinge und Patient*innen bedrohliche gesundheitliche Konsequenzen ergeben. Es ist daher angezeigt, dass diese in einer derartigen Situation nicht allein gelassen werden, z.B. wenn sie bei gerade abgeklungener Suizidalität oder Erkrankungen, die einer weiteren Behandlung bedürfen, allein gelassen werden.

6. Erwägungen des Menschenrechtsbeirates

Wie aus den vorherigen Ausführungen ersichtlich, befassen sich seit nunmehr zwei Jahrzehnten externe Gremien intensiv mit der medizinischen Betreuung von Angehaltenen in Verwaltungs- bzw. Polizeihaft. Dabei sind insbesondere vom „MRB-alt“ in den Jahren 2002 bis 2012, aber auch von der VA von 2012 bis dato zahlreiche Empfehlungen, Stellungnahmen und Ausarbeitungen ergangen. Einige

dieser Vorschläge wurden vom BMI im Laufe der Zeit umgesetzt, in etlichen Bereichen gibt es aber nach wie vor keine Fortschritte.

Die WHO (2020)³⁶ hat mit ihrem „Healthy Prisons“ Approach die gesundheitlichen und sozialen Erfahrungen der Betroffenen in den Blick genommen. Die Idee des „Healthy Prisons“ fokussiert auf Faktoren, die Angehaltene und Beschäftigte in der Haft belasten oder schützen.

Gerade die medizinische Versorgung in Verwaltungshaft ist menschenrechtlich besonders sensibel. Ein KIRAS-Sicherheitsforschungsprojekt ergab, dass die Anhaltung für Schub- und Verwaltungsstrahftlinge eine schwierige und belastende Erfahrung ist.³⁷ Die drohende Abschiebung empfinden die Betroffenen als einen schweren Einschnitt in den Lebensverlauf, der „ihre Lebensplanung torpediert“ und eine negative Zukunftsperspektive gebe. Durchschnittlich dauerte die Schubhaft im Beobachtungszeitraum 18 Tage³⁸. Gerade bei länger dauernder Haft führen Ungewissheit, Verständigungsschwierigkeiten und andere Faktoren zu erheblichem Stress und mitunter Folgen für die psychische Gesundheit.

Umso wichtiger scheint es dem Beirat, die bisher nicht umgesetzten Bereiche beim Themenkomplex „Mangel an medizinischen Fachkräften und Verbesserung der kurativen Behandlung“ in eine konkrete Umsetzungsphase zu bringen. Aus der Sicht des Beirates sind die Kritikpunkte in den letzten beiden Jahrzehnten ausreichend dargelegt worden und liegen ebenso wie die teilweise schon erarbeiteten Lösungsvorschläge auf dem Tisch. Die nunmehrige Herausforderung besteht darin, über die seit langer Zeit sichtbaren Hürden hinweg zu kommen und konkrete Lösungen im Sinne eines präventiven Menschenrechtsansatzes anzustreben. Dazu wird es nötig sein, dass sich die zuständigen Stakeholder an einen Tisch setzen.

Folgende konkrete Umsetzungsschritte wären aus der Sicht des Beirates notwendig:

Ressource Arzt, Psychiater, Psychologe

- Kontinuierlicher Bereitschaftsdienst von Ärzt*innen in und außerhalb des Wirkungsbereiches der BPD nach möglichs-te einheitlichen Kriterien durch Anstellungen oder durch Verträge.
 - Ziel ist es, dass jede Polizeiinspektion die Möglichkeit erhält, Allgemeinmediziner*innen in vernünftiger Zeit für die Untersuchung einer angehaltenen Person zur Verfügung zu haben.
- Ein inhaltlich klar bestimmter Vertrag mit einer Fachkraft für psychologische bzw. psychiatrische Behandlung in jedem PAZ, damit flächendeckend den Insass*innen die Möglichkeit der Konsultierung ermöglicht wird.
 - Wesentlicher Punkt dabei ist die Herausforderung, dass trotz des allgemeinen Mangels an Psychologen und Psychiatern ein Weg gefunden werden sollte, diese Verträge abschließen zu können bzw. die notwendige Finanzierung sicher zu stellen. Daher sollte sowohl die Frage der attraktiveren Honorierung der derzeitigen Stellen für Amts-

³⁶ Weltgesundheitsorganisation WHO (2020): Prisons and Health, <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/prisons-and-health>.

³⁷ Miko-Schefzig, Katharina et al. (2020). Haftbedingungen und Polizeiarbeit in Polizeianhaltezentren. Ergebnisse aus dem Projekt MOMA, SIAK-JOURNAL – Zeitschrift für Polizeiwissenschaft und polizeiliche Praxis (1), 15-30, Online: http://dx.doi.org/10.7396/2020_1_B.

³⁸ Bezieht sich auf das Jahr 2018. Inzwischen hat sich die durchschnittliche Schubhaftdauer wesentlich erhöht.

und Polizeiärzt*innen, als auch die Frage der ausreichenden Entschädigung für Vertragsärzt*innen den Aufgabenbereich umfassen.

Allgemeinmedizinische Untersuchungen, psychiatrische und psychologische Betreuung

- Regelmäßige pro aktiven Untersuchung von länger angehaltenen Personen in PAZ durch Psycholog*innen oder Psychiater*innen.
- Direkter Zugang der Insass*innen zu psychologischer oder psychiatrischer Behandlung, ohne unbedingt vorher Polizeiärzt*innen konsultieren zu müssen oder auf die Zustimmung von Polizeiärzt*innen angewiesen zu sein.
- Auslotung der Möglichkeiten, wie Polizei-, Amts- oder Vertragsärzt*innen entlastet werden könnten, um die notwendige medizinische Betreuung sicher zu stellen. Etwa durch die Schaffung von Planstellen oder Abschluss von Verträgen mit diplomierten Pflegekräften, Einsatz (zusätzlicher) Sanitäter*innen oder dem verstärkten Anbieten der Beziehung von Vertrauensärzt*innen sowie der Bereitstellung von Videotelefonie (siehe unten).
- Regelungen dahingehend entwickeln, inwieweit durch einen umfangreichen standardisierten Ausbau der medizinischen Versorgung vor Ort die ambulante oder gar länger notwendige Überstellung in ein Krankenhaus hintangehalten werden kann, ohne die medizinische Behandlungsqualität zu mindern.
 - Ziel ist es, die Belastung des Verwaltungspersonals bzw. der Exekutivbeamt*innen durch aufwändige Sicherungsmaßnahmen so gering wie möglich zu halten und für die Insass*innen eine zeitlich schnellere Linderung ihres Leidens zu erreichen.
- Entwicklung eines Konzepts hinsichtlich des Dilemmas bei der Inhaftierung von psychisch kranken Personen, die nicht akut selbstgefährdend sind, andererseits aber aufgrund ihrer Einstufung als Gefahr für die Öffentlichkeit angesehen werden müssen und nicht entlassen werden können (z.B. reizarme Ausgestaltung der besonders gesicherten Zellen).
- Erstellung von Richtlinien zur adäquaten Gesundheitsvorsorge von psychisch auffälligen, selbstgefährdeten, alkoholisierten und substanzbeeinträchtigten Personen.

Vertrauensärzte

- In einem ersten Schritt wäre die tatsächliche Inanspruchnahme von Vertrauensärzt*innen in den einzelnen PAZ auszuloten und die Liste der angeführten ÄrztInnen zu überprüfen. Dies könnte auch durch eine Schwerpunktprüfung durch die Kommissionen unterstützt werden.
- Stellt sich heraus, wie aus den Auswertung der Besuchsprotokolle, der Beobachtungen der NGO's und der Interviews mit Ärzt*innen in den Kommissionen zu schließen ist, dass es über die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Vertrauensärzten keine Information gibt und diese daher auch nicht in Anspruch genommen werden, wäre in einem zweiten Schritt Umsetzungsschritte festzulegen, wie den Insass*innen pro-aktiv die Möglichkeit der Beziehung von Vertrauens- oder Wahlärzt*innen nahegebracht werden kann.
- In der Anhalteordnung oder allenfalls in den dazu ergangenen Erlässen oder Dienstweisungen verankern, dass die Untersuchung durch den Vertrauensärzt*innen persönlich unter vier Augen erfolgt und die Beziehung von Amtsärzt*innen oder von Wachepersonal nur auf ausdrücklichen Wunsch der Ärzt*innen nach vorheriger Aufklärung erfolgen kann.

Einstellung von diplomierten Pflegekräften

- In einem ersten Schritt wäre die quantitative Anzahl von diplomierten Pflegekräften (angestellt oder per Vertrag) für das Ziel einer ausreichend medizinischen Versorgung festzustellen. Diese wird u.a. auch von dem Faktum abhängen, ob für eine ausreichende medizinische Versorgung genügend Ärzt*innen zur Verfügung stehen.
- In einem zweiten Schritt wäre neuerlich – allenfalls in einer gemeinsamen konzertierten Aktion des BMI und des BGSPK— beim Bundeskanzleramt die Notwendigkeit dieser menschenrechtlich essentiellen Vorgangsweise zu erklären und Gründe für die ausreichend hohe Einstufung einer Planstelle anzuführen, um auch Personal lukrieren zu können. Im Falle einer Ablehnung sollte die Möglichkeit der verstärkten vertraglichen Ausgestaltung (ähnlich wie bei den Ärzt*innen und Psycholog*innen) überlegt werden.

Evaluierung des Einsatzes der Beamt*innen die als Sanitäter*innen tätig sind

- In einem ersten Schritt sollte der Einsatz der Beamt*innen als Sanitäter*innen evaluiert werden.
- In einem zweiten Schritt sollte darüber beraten werden, ob mit Blick auf die quantitativen und qualitativen Einsätze von Ärzt*innen bzw. diplomierten Pflegepersonal die Kapazitäten angepasst werden müssten.
- Allenfalls wäre auch zu prüfen, ob die finanzielle Abgeltung den geleisteten Aufwendungen entsprechen.

Fortbildung für Ärzt*innen mit polizeispezifischen Aufgaben

- Die Aus- und Fortbildungstools, an denen alle angestellten oder unter Vertrag stehenden (Allgemein-)Ärzt*innen, Psychiater*innen, Psycholog*innen bzw. diplomiertes Pflegepersonal teilnehmen sollten, sollten in Hinblick auf die speziellen Anforderungen für die Tätigkeit im Polizeibereich evaluiert und darauf basierend gegebenenfalls Vorschläge für Änderungen oder Verbesserungen entwickelt werden.
- Der Erwerb von Skills für die Erkennbarkeit von psychischen Krankheiten und akute Behandlung von Insass*innen mit psychiatrischen Problemen bis Fächärzt*innen zugezogen werden können, sollte einen Schwerpunkt dieser Aus- und Fortbildungstools darstellen.
- Den Teilnehmer*innen sollten monetäre Anreize für die Absolvierung der Tools angeboten werden.

Anamnese und Videodolmetsch

- Evaluierung der Nutzung der Videodolmetschung im Bereich der medizinischen Betreuung und allfällige Entwicklung von Maßnahmen zur optimalen Ausnutzung dieses Tools zum Wohle der Insass*innen.
- Zum Anamnesegespräch bei den Amtsärzt*innen sollten verpflichtend Videodolmetscher*innen hinzugezogen werden, wenn sich die Personen nicht ausreichend verständlich machen können. Das verbessert die Qualität der Diagnose und erhöht die Compliance der Patient*innen.

Prävention: Sozialer Dienst

- Der Leistungskatalog der in den Rückkehrberatungsverträgen vorgesehenen „psychosozialen Betreuung“ sollte abgeklärt und allgemeine Definitionen etabliert werden.

- Die Schubhaftbetreuung sollte als „sozialer Dienst“ mit dem Ziel der besseren psychosozialen Betreuung und Beratung der Häftlinge wiedereingeführt werden und als unterstützende Clearingstelle für den Bedarf an psychologischer und/oder medizinischer Behandlung fungieren.

Leiter der Arbeitsgruppe: Martin Schenk

*Weitere Teilnehmer*innen: Angela Brandstätter, Mathias Vogl, Michael Felten, Irene Hager-Ruhs, Philipp Sonderegger, Protokoll und Recherche: Walter Witzersdorfer*