

Aus dem Institut für Rechtsmedizin der Medizinischen Fakultät
der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
(Direktor: Prof. Dr. med. habil. R. Lessig)

Todesfälle im Polizeigewahrsam von 1993 bis 2003 in Deutschland

Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades
Doktor der Medizin (Dr. med.)

vorgelegt
der Medizinischen Fakultät
der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

von Herrn Stefan Robert Hanke, geb. Meyer
geb. am: 16. Mai 1966 in: Wolfen

Gutachter/in

1. Prof. Dr. med. habil. R. Lessig (Halle-Saale)
2. Professor Dr. med. Dr. jur. R. Dettmeyer (Gießen)
3. Professor Dr. med. T. Bajanowski (Essen)

Eröffnung: 01.02.2011

Verteidigung: 29.11.2011

Referat

In der vorliegenden Studie erfolgt erstmals eine systematische Analyse von Todesfällen im Polizeigewahrsam in Deutschland. Für den Untersuchungszeitraum von 1993 bis 2003 wurden von den Innenministerien aller 16 Bundesländer insgesamt 128 Sterbefälle im Polizeigewahrsam mitgeteilt. Eine Umfrage bei den rechtsmedizinischen Instituten als auch den Landgerichtsärzten ergab, dass in diesem Zeitraum mindestens 76 derartige Todesfälle obduziert worden sind. Letztlich konnten 60 Sterbefälle in die detaillierte Auswertung einbezogen werden.

Neben der Erfassung epidemiologischer Daten wurde auch eine Analyse der Todesursachen und Mängel in der medizinischen Betreuung durchgeführt.

Auf Seiten der Polizeibeamten wurde hierbei am häufigsten die fehlende Hinzuziehung eines Arztes festgestellt.

In der ärztlichen Mängelanalyse fanden sich hauptsächlich Versäumnisse in der Diagnostik und in der Veranlassung einer stationären Aufnahme.

Die teilweise eklatanten Mängel wurden durch die unzureichende Regelung der medizinischen Aspekte des Polizeigewahrsams in Deutschland begünstigt.

Anhand dieser konkreten Fehleranalyse konnten Vorschläge für präventive Maßnahmen erarbeitet werden, die dazu beitragen können, die Zahl von Todesfällen im Polizeigewahrsam zu reduzieren.

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Verzeichnis der Abkürzungen	III
1. Einleitung	1
1.1. Historischer Überblick zur Polizei und polizeilichem Gewahrsam in Deutschland	1
1.2. Definitionen	3
1.3. Medizinische Aspekte des Polizeigewahrsams in Deutschland	5
1.3.1. Anlässe der Unterbringung im Polizeigewahrsam	5
1.3.2. Dauer des Polizeigewahrsams	6
1.3.3. Anlässe für eine Arztkonsultation	6
1.3.4. Ärztliche Dokumentation, Erteilung von Auflagen	7
1.3.5. Procedere bei Nichtgewahrsamstauglichkeit	7
1.3.6. Ausstattung der Gewahrsamsräume	8
1.3.7. Kontrollmodus	8
1.3.8. Vorgehen bei Todesfällen im Polizeigewahrsam	8
1.4. Medizinische Aspekte des Polizeigewahrsams in anderen Staaten	9
2. Zielstellung	11
3. Material und Methodik	12
4. Ergebnisse	15
4.1. Verteilung der Todesfälle in den einzelnen Jahren des Untersuchungszeitraumes	15
4.2. Alter und Geschlecht der obduzierten Sterbefälle	16
4.3. Häufigkeit der Heranziehung von Ärzten zur Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit	16
4.4. Zeitintervall zwischen der Gewahrsamsnahme und dem Todeseintritt	17
4.5. Todesursachen	17
4.6. Mängelanalyse	18
4.6.1. Mängel bei der ärztlichen Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit	18
4.6.1.1. Mängel in der Diagnostik bzw. bei der Veranlassung einer stationären Einweisung	19
4.6.1.2. Mängel in der ärztlichen Dokumentation	19

4.6.1.3.	Mängel bei Vorgaben an die Polizeibeamten	20
4.6.2.	Mängel auf Seiten der Polizeibeamten	20
4.6.2.1.	Fehlendes Hinzuziehen eines Arztes	20
4.6.2.2.	Mängel im qualitativen Kontrollmodus	21
4.6.2.3.	Nichteinhaltung des Kontrollintervalls	21
4.6.2.4.	Ungenügende Mitteilung der Vorgeschichte	21
4.6.2.5.	Weitere Mängel seitens der Polizeibeamten	22
4.6.3.	Organisationsmängel	22
4.7.	Fälle mit wahrscheinlich nicht vermeidbarem Todeseintritt	23
4.8.	Ausgang von Ermittlungsverfahren	23
4.8.1.	Übersicht zum Ausgang der Ermittlungsverfahren	23
4.8.2.	Einstellung der Ermittlungsverfahren nach § 170 Absatz 2 StPO	26
4.8.3.	Einstellung des Verfahrens durch Gerichtsbeschluss	27
4.8.4.	Einstellung der Verfahren nach § 153a StPO gegen Auflage	27
4.8.5.	Freispruch in der Hauptverhandlung	28
4.8.6.	Rechtskräftige Verurteilung	28
4.9.	Exemplarische Falldarstellung (Institut für Rechtsmedizin Halle)	29
5.	Diskussion	33
6.	Schlussfolgerungen	50
7.	Literatur	60
8.	Anlagen	67
9.	Thesen der Dissertation	71

Verzeichnis der Abkürzungen

Abb.	Abbildung
BAK	Blutalkoholkonzentration
CD62P/ICAM-1/CD54	Monoklonale Antikörper
CPT	(englisch) Abkürzung für C ommittee for P revention of T orture. (seit 1987 in Europa bestehendes Komitee zur Verhütung von Folter)
STPO	Strafprozessordnung
u.a.	unter anderem
usw.	und so weiter

1. Einleitung

1.1. Historischer Überblick zur Polizei und polizeilichem Gewahrsam in Deutschland

Das Wort Polizei entstammt dem griechischen „politeia“, was soviel wie „Stadt- oder Staatsverfassung“ bedeutet. Die deutsche Rechtssprache übernahm Ende des 15. Jahrhunderts das Wort und wandelte es in „Polizey“, worunter damals weitläufig die „gute Ordnung im Gemeinwesen“ verstanden wurde. Die Einengung des Polizeibegriffes erfolgte durch die absolutistischen Landesfürsten im Laufe des 17. und 18. Jahrhunderts. Eine der ältesten Definitionen von polizeilichen Pflichten ist im Preußischen Allgemeinen Landrecht von 1794 (Schwennicke, 1993) zu finden. Diese Pflichten bestanden darin, dass „Die nötigen Anstalten zu treffen sind zur Erhaltung der öffentlichen Ruhe, Sicherheit und Ordnung, und zur Abwendung der dem Publico oder einzelnen Mitgliedern desselben bestehenden Gefahr“. Dazu konnten zum Beispiel Betrunkene mit mehr oder weniger sanften Druck nach Hause geschickt oder in den Polizeigewahrsam genommen werden. Nach der landesrechtlichen Vorschrift hatte die Polizeibehörde auch die Befugnis, Landstreicher bis zu sechs Wochen einem Arbeitshaus zuzuführen (Reinke, 1993). In der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts entstanden staatliche Polizeidirektionen, so genannte „Schutzmannschaften“ und kommunale Polizeiabteilungen sowie Gendarmerien. Diese wurden jedoch erst nach der Revolution von 1848 in ein strukturiertes Polizeisystem in den deutschen Staaten integriert (Funk, 2000). 1867 wurde die preußische Gesetzgebung auf den gesamten Norddeutschen Bund ausgedehnt und 1871 mit Ausnahme Bayerns allgemeine reichsdeutsche Regelung. Mit der Einführung der Reichsjustizgesetze im Jahre 1878 wurde durch die Strafprozessordnung im gesamten Deutschen Reich der Polizei die Aufgabe erteilt, strafbare Handlungen zu untersuchen (Schreier, 2003). Wurden Bettler, Landstreicher, Betrunkene, Arbeitsscheue sowie nicht unter sittenpolizeilicher Kontrolle stehende Prostituierte aufgegriffen, konnten sie drei bis vierzehn Tage im Polizeigewahrsam untergebracht werden, im Wiederholungsfalle drohte ihnen eine bis zu zweijährige Einweisung in ein Arbeitshaus (Schreier, 2003).

Im Zuge der Revolution im November 1918 wurden die Wilhelminischen Polizeistrukturen aufgelöst, gefördert durch den Zusammenbruch der anderen staatlichen Exekutive, dem Militär (Lassmann, 2003). In der nachfolgenden Weimarer Republik wurde die Ausübung der Polizeigewalt den Ländern übertragen. 1920 wurde für einen Teil der Polizeieinheiten die Bezeichnung „Schutzpolizei“ eingeführt (Eimers, 1969). Historisch wegweisend war das Preußische Polizeiverwaltungsgesetz von 1931 (Scheer,

1961). In diesem Gesetz wurde auch die Rolle der Polizei bei der Gefahrenabwehr betont: „die Polizeibehörden haben ... die notwendigen Maßnahmen zu treffen, um von der Allgemeinheit oder dem einzelnen Gefahren abzuwehren, durch die die öffentliche Sicherheit und Ordnung bedroht wird“. Für die Durchsetzung dieser Aufgabe wurde ausdrücklich auf die Möglichkeit der polizeilichen Verwahrung verwiesen (Stoermer, 1998).

Im Nationalsozialismus wurde die Schutzpolizei der Länder der Weimarer Republik in die Landespolizei umgewandelt und dem Reichswehrministerium unterstellt (Hartenstein, 1933). Rasch erfolgte eine zunehmende Zentralisierung, Militarisierung und Gleichschaltung der Polizei. Unter Missbrauch der so genannten „Schutzhaft“ wurden unter anderem politische Gegner und Homosexuelle als „Störer“ und „asoziale“ Personen willkürlich inhaftiert (Eberhardt, 1999).

Nach dem Ende des zweiten Weltkrieges kam es zur tief greifenden Umgestaltung der polizeilichen Strukturen (Stoermer, 1998). Dabei wurde in der sowjetischen Besatzungszone das Polizeipersonal nahezu vollständig ausgetauscht. In der Deutschen Demokratischen Republik entstand eine straff militärisch organisierte Volkspolizei, die dem Innenministerium unterstand. Erst 1968 wurde ein eigenes Gesetz über die Aufgaben und Befugnisse der Volkspolizei verabschiedet. Auch unter dem DDR-Regime wurde der polizeiliche Schutzgewahrsam missbraucht, indem immer wieder, auch bis kurz vor dem Mauerfall, Oppositionelle und Demonstranten dem Gewahrsam zugeführt wurden.

In den westlichen Besatzungszonen wurde auf Betreiben der Alliierten die Polizeihochheit wieder auf die Länder übertragen und schließlich im Grundgesetz der neu gegründeten Bundesrepublik Deutschland festgeschrieben. Das darin enthaltene allgemeine Recht auf Gefahrenabwehr bildete die Grundlage für die Verabschiedung der Polizeigesetze der verschiedenen Bundesländer.

Nach der Wiedervereinigung Deutschlands wurden in den neuen Bundesländern eigene Polizeigesetze eingeführt. In diesem Zeitraum änderten auch die meisten alten Bundesländer im Rahmen einer Novellierungswelle ihre Polizeigesetze, welche auf Grundlage eines Musterentwurfes der Innenministerkonferenz erstellt worden waren (Stoermer, 1998). Hier wurden die so genannten polizeilichen Standardmaßnahmen geregelt, zu denen auch der Polizeigewahrsam gehört.

Im Gegensatz zu den Willkürmaßnahmen in der nationalsozialistischen Diktatur, aber auch des DDR-Regimes, wurden in der Bundesrepublik Deutschland die Rechte der in Polizeigewahrsam genommenen Personen klar fixiert. Entsprechend rechtsstaatlicher Gepflogenheiten müssen z.B. dem Betroffenen die Gründe für seine Festnahme mitgeteilt werden. Vor einer Festnahme ist durch die Polizeibeamten zu prüfen, ob der Zweck nicht

durch weniger beeinträchtigende Maßnahmen, wie z.B. ein Platzverbot, erreicht werden kann. In den Gewahrsamsordnungen aller Bundesländer finden sich heute auch Vorgaben zur Benachrichtigung von Angehörigen, Verpflegung, Möglichkeit von Besuchen, Tabakgenuss, Körperpflege, Postverkehr oder Aufenthalt im Freien.

1.2. Definitionen

Gewahrsamstauglichkeit bzw. Gewahrsamsfähigkeit

Eine exakte Definition der Gewahrsamstauglichkeit oder auch Gewahrsamsfähigkeit ist im spärlichen Schrifttum zu dieser Problematik nicht existent (Heide et al., 2003).

Aus medizinischer Sicht bedeutet Gewahrsamstauglichkeit, dass der psycho-physische Zustand eines Probanden eine zeitlich relativ kurz begrenzte polizeiliche Gewahrsamsnahme erlaubt (Rothschild, 2005). Dabei ist eine umfangreiche ärztliche Stellungnahme nicht erforderlich (Kiesecker, 1999). In Deutschland finden sich für die ärztliche Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit keine einheitlichen Richtlinien oder Kriterien (Heide et al., 2003). In den Polizeigesetzen und in den Polizeigewahrsamsordnungen der verschiedenen Bundesländer werden meist lediglich die Gründe für die Veranlassung einer ärztlichen Untersuchung aufgeführt (Heide et al., 2005).

In einer medizinischen Promotionsarbeit (Weber, 2006) findet sich ein Vorschlag zur Definition der Gewahrsamsunfähigkeit. Demnach bestehe die „Gewahrsamsunfähigkeit einer Person, wenn sie für einen Arzt nach symptombezogener, sorgfältiger Untersuchung erkennbar an einer akuten oder chronischen Erkrankung/Verletzung oder Intoxikation leidet, die zur Zeit der Untersuchung oder durch Verschlechterung während der Gewahrsamszeit unverzüglich ärztlicher Behandlung oder medizinischer Überwachung bedarf. Gewahrsamsunfähigkeit liegt auch dann vor, wenn eine Erkrankung aus dem psychiatrischen Formenkreis Anlass für die Gewahrsamsnahme gegeben hat, die wegen der zu erwartenden Konstanz der Symptomatik am Ende der Gewahrsamszeit fortbestehen wird. In diesem Fall ist eine unverzügliche Vorstellung der Person in einer psychiatrischen Akutversorgungseinrichtung erforderlich.“

Haftfähigkeit

Die Haftfähigkeit (Synonym: Vollzugstauglichkeit oder Vollzugsfähigkeit), die sich auf die länger befristete Untersuchungs- bzw. Strafhaft bezieht, ist strikt von der

Gewahrsamstauglichkeit abzugrenzen. Für die Haftfähigkeit existiert keine Definition, dagegen kann die Haftunfähigkeit aus § 455 der Strafprozessordnung abgeleitet werden. Danach kann die Vollstreckung einer Freiheitsstrafe unterbrochen werden bei Verfall in Geisteskrankheit, bei naher Lebensgefahr oder wenn der körperliche Zustand des Verurteilten die Unterbringung in der Vollzugsanstalt beziehungsweise im Haftkrankenhaus nicht erlaubt. Im Umkehrschluss wäre demnach bei Nichtvorliegen dieser Kriterien von Haftfähigkeit auszugehen. Nach der Ansicht von Kiesecker (Kiesecker, 1999) ist bei der Prüfung der Haftfähigkeit, im Gegensatz zur Gewahrsamstauglichkeit, ein dezidiertes ärztliches Gutachten notwendig, welches die Art der Erkrankung, den aktuellen Verlauf, den voraussichtlichen Verlauf der Erkrankung bei einer Inhaftierung und die Darlegung der mit einer Inhaftierung verbundenen Gefahren enthalten muss.

Polizeigewahrsam

Nach den Polizeigesetzen der Bundesländer stellt der Polizeigewahrsam eine zulässige polizeiliche Maßnahme zum Zwecke der Gefahrenabwehr oder Störungsbeseitigung dar. Man versteht darunter ein mit hoheitlicher Gewalt hergestelltes Rechtsverhältnis, kraft dessen jemandem die Freiheit dadurch entzogen wird, dass er von der Polizei in einer, polizeilichen Zwecken entsprechenden Weise verwahrt und darin gehindert wird, sich fortzubewegen (Meyer-Goßner, 2009). Es wird zwischen Präventivgewahrsam (auch Sicherungsgewahrsam, Verhütungsgewahrsam, Unterbindungsgewahrsam oder Sicherheitsgewahrsam genannt), Verbringungsgewahrsam (auch Durchsetzungsgewahrsam genannt), Schutzgewahrsam, Zuführungsgewahrsam und Rückbringungsgewahrsam unterschieden.

Der Präventivgewahrsam ist zulässig zur Vermeidung einer Straftat wie z.B. Fahren unter Alkohol oder Hausfriedensbruch. Verbringungs- oder Durchsetzungsgewahrsam wird in der Literatur häufig synonym für Präventivgewahrsam verwendet und kann zum Beispiel zur Durchsetzung eines Platzverbotes bei randalierenden Fußballfans angewendet werden.

Von Schutzgewahrsam wird gesprochen, wenn Personen sich in einer hilflosen oder selbst gefährdenden Lage befinden und in polizeiliche Obhut überführt werden.

Zuführungsgewahrsam wird z.B. bei Jugendlichen angewendet, die wieder in die Obhut der Sorgeberechtigten überbracht werden sollen. Der Rückbringungsgewahrsam betrifft Personen die z.B. aus der Haft entflohen sind.

1.3. Medizinische Aspekte des Polizeigewahrsams in Deutschland

Der polizeiliche Gewahrsam wird heute durch die Gewahrsamsordnungen und Polizeigesetze der einzelnen Bundesländer geregelt. Diese Verordnungen weisen relevante, im Nachfolgenden aufgeführte Unterschiede auf, welche auch für den Arzt, der zur Beurteilung der medizinischen Tauglichkeit hinzugezogen wird, von erheblicher Bedeutung sind.

1.3.1. Anlässe der Unterbringung im Polizeigewahrsam

In den Polizeigewahrsamsordnungen und Polizeigesetzen der Bundesländer wird eine Reihe konkreter Gründe für eine Gewahrsamsnahme benannt. Im Nachfolgenden sind die Anlässe aufgeführt, die sich übereinstimmend in diesen Verordnungen finden:

- unmittelbar bevorstehende Begehung oder Fortsetzung einer Straftat oder Ordnungswidrigkeit von erheblicher Bedeutung
- Schutz einer Person gegen eine Gefahr für Leib und Leben, insbesondere wenn sich die Person in einem die freie Willensbildung ausschließenden Zustand befindet
- hilflose Lage
- wenn die Person Selbstmord begehen will
- wenn die Identität zunächst nicht festgestellt werden kann
- falls unerlässlich, bei Platzverweis oder Aufenthaltsverbot
- bei Personen, die mit Haftbefehl gesucht werden oder aus der Haft oder dem Maßregelvollzug entwichen sind

Wird ein Arzt zur Beurteilung der medizinischen Tauglichkeit für den Polizeigewahrsam herangezogen, darf er davon ausgehen, dass die Ingewahrsamsnahme der Person durch die gesetzlichen Bestimmungen geregelt und sanktioniert ist. Unter Umständen kann jedoch auch der Anlass für die Unterbringung im Gewahrsam für den ärztlichen Gutachter von Bedeutung sein. Vor allem wenn im Ergebnis der ärztlichen Untersuchung festgestellt wird, dass die Person nicht gewahrsamstauglich ist, kann die der Gewahrsamsnahme zugrunde liegende gesetzliche Bestimmung von Bedeutung sein (Heide et al., 2003). Zum Beispiel erweist es sich als problematisch, wenn ein anstehender Haftbefehl noch nicht durch einen Richter verkündet ist. Bei dieser Konstellation kann die Person noch nicht vom Haftkrankenhaus aufgenommen werden, während möglicherweise die Aufnahme in ein kommunales Krankenhaus wegen des Haftbefehls abgelehnt wird.

Wird eine Person in den Gewahrsam aufgenommen, so ergibt sich für den Staat, und damit für die Polizeibeamten eine gesteigerte Hilfspflicht, eine so genannte Garantenstellung. Wird diese besondere Hilfspflicht verletzt, können die „Garanten“ außer wegen unterlassener Hilfeleistung (§ 323c Strafgesetzbuch) grundsätzlich auch wegen vorsätzlicher oder fahrlässiger Körperverletzung (§ 223 ff. Strafgesetzbuch) oder gar Tötung durch Unterlassen (§ 13, 212 ff. Strafgesetzbuch) bestraft werden (Dettmeyer, 2001; Weigend, 2009).

1.3.2. Dauer des Polizeigewahrsams

Der polizeiliche Gewahrsam ist in jedem Fall eine Freiheitsentziehung im Sinne des Art. 104 Abs. 2 des Grundgesetzes, es gilt somit der Richtervorbehalt. Das heißt, dass bei einem schwerwiegenden Eingriff in die Rechtsgüter eines Individuums, wie z.B. dem Polizeigewahrsam, grundsätzlich nur ein Richter zu einer Entscheidung befugt ist (Grundgesetz, 2009).

Bei einer eilbedürftigen, kurzfristigen Gewahrsamsnahme kann im Rahmen einer so genannten Gefahrdelegation diese Zuständigkeit auch auf die Polizei oder Staatsanwaltschaft übertragen werden.

Ohne richterliche Entscheidung ist die Zeitdauer des Polizeigewahrsams durch das Grundgesetz bis zum Ende des Tages nach dem Ergreifen begrenzt. Deutliche Unterschiede in der zeitlichen Begrenzung des Gewahrsams zeigen die einzelnen Länderverordnungen jedoch, wenn eine richterliche Entscheidung vorliegt (Heide et al., 2005). Während zum Beispiel in Sachsen-Anhalt der Polizeigewahrsam mit richterlicher Anordnung eine Dauer von vier Tagen nicht überschreiten darf, kann hingegen in Bayern, Baden-Württemberg und Sachsen der polizeiliche Gewahrsam bis zu zwei Wochen aufrechterhalten werden.

1.3.3. Anlässe für eine Arztkonsultation

Auch die Anlässe für eine Arztvorstellung unterscheiden sich in den einzelnen Bundesländern erheblich voneinander. In Mecklenburg-Vorpommern ist zum Beispiel die Notwendigkeit der Einholung einer ärztlichen Stellungnahme darauf beschränkt, wenn die Person „erkennbar krank ist oder angibt, krank zu sein“. Dagegen sind in der Polizeigewahrsamsordnung von Sachsen-Anhalt elf Symptome bzw. Erkrankungen

definiert, bei deren Vorliegen der „Rettungsdienst oder, soweit dadurch bedingte zeitliche Verzögerungen eindeutig vertretbar sind, ein Amtsarzt oder sonst zur Verfügung stehender Arzt“ (Polizeigewahrsamsordnung des Landes Sachsen-Anhalt, 1995; Hoffmann, 2006) anzufordern ist (Anlage 1 und 2). Relativ häufig ist in den Länderverordnungen zu finden, dass bei „erheblichen Verhaltensauffälligkeiten“ eine Arztvorstellung erforderlich ist, wobei dieser Terminus meist nicht näher kommentiert wird.

1.3.4. Ärztliche Dokumentation, Erteilung von Auflagen

Die schriftliche Dokumentation über das Resultat der ärztlichen Untersuchung und eventuelle Auflagen bzw. Einschränkungen ist nur in einigen Bundesländern wie Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein ausdrücklich vorgeschrieben. In anderen Bundesländern wird die Äußerung des Arztes im Gewahrsamsbuch vermerkt. In Sachsen, Sachsen-Anhalt (siehe Anlage 1 und 2) und im Saarland müssen entsprechende Formblätter verwendet werden. Auch innerhalb eines Bundeslandes sind teilweise deutlich voneinander abweichende Formulare gebräuchlich (Weber, 2006).

1.3.5. Procedere bei Nichtgewahrsamstauglichkeit

In den Gewahrsamsordnungen, mit Ausnahme von Baden-Württemberg und Sachsen, finden sich auch Festlegungen für den Fall, dass im Ergebnis der ärztlichen Untersuchung keine Gewahrsamstauglichkeit attestiert werden kann. Wird eine sofortige Behandlungsbedürftigkeit festgestellt, muss die festgenommene Person in ein Krankenhaus verbracht werden. In Bayern, Sachsen-Anhalt, Hessen, Schleswig-Holstein, Nordrhein-Westfalen, Thüringen und Mecklenburg-Vorpommern gibt es auch die Möglichkeit der Überstellung in die häusliche Fürsorge, falls keine sofortige Krankenhauseinweisung notwendig ist. Diese Möglichkeit betrifft vor allem Personen mit einer erheblichen körperlichen oder geistigen Behinderung, die in einer gewohnten Umgebung oder bei vertrauten Personen weiter betreut werden können. Bei einer Verwahrung aus strafprozessualen Gründen, z.B. bei Personen die mit Haftbefehl gesucht werden oder aus der Haft entwichen sind, ist in der Regel die unverzügliche Einlieferung in ein Haftkrankenhaus oder unter Aufrechterhaltung der polizeilichen Bewachung in ein öffentliches Krankenhaus vorgesehen.

In den Bundesländern Thüringen, Bayern und Sachsen-Anhalt muss die Polizei eine nicht gewahrsamsfähige Person vorerst im Gewahrsam behalten, wenn die Einlieferung in ein Krankenhaus oder die Überstellung in häusliche Fürsorge nicht möglich sind und die Verwahrung trotzdem zwingend erforderlich erscheint.

1.3.6. Ausstattung der Gewahrsamsräume

Zur Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit durch einen Arzt ist dessen Kenntnis der Ausstattung der Gewahrsamszelle von Bedeutung. Zwar finden sich in den Länderverordnungen teilweise detaillierte Vorgaben zur Temperatur, Beleuchtung und Belüftungsmöglichkeit der Gewahrsamszelle, aber nur in Bayern und Thüringen ist ausdrücklich vorgeschrieben, dass sich Inhaftierte jederzeit durch Rufen oder Klopfen bemerkbar machen können bzw. eine entsprechende Signalanlage zur Verfügung stehen muss.

1.3.7. Kontrollmodus

Für den Arzt außerordentlich bedeutungsvolle Unterschiede zwischen den einzelnen Länderverordnungen finden sich beim vorgeschriebenen Kontrollmodus. So reicht das vorgeschriebene Kontrollintervall von 15 Minuten (Berlin) bis zu einer Stunde (Rheinland-Pfalz). In anderen Bundesländern finden sich überhaupt keine zeitlichen Vorgaben, stattdessen werden weniger konkrete Formulierungen wie „angemessene Zeitabstände“ (Thüringen) oder „regelmäßige Überwachung“ (Baden-Württemberg) verwendet.

Nur vereinzelt (Hamburg und Bremen) ist in den Gewahrsamsordnungen neben dem Kontrollintervall konkret fixiert, wie die Kontrollen durchzuführen sind. Demgegenüber ist in Bayern sogar ausgeführt, dass auch bewusstlose Personen in den Polizeigewahrsam aufgenommen werden können.

1.3.8. Vorgehen bei Todesfällen im Polizeigewahrsam

Von Payne-James (Payne-James, 2000) wurde 1997 eine internationale Umfrage über die medizinischen und rechtlichen Gepflogenheiten hinsichtlich des Polizeigewahrsams

durchgeführt. Dazu sind entsprechende Spezialisten in 11 Ländern befragt worden. In dieser Arbeit wurde behauptet, dass in Deutschland alle Todesfälle, die sich im Polizeigewahrsam ereignet haben, obduziert werden müssten. Eine genaue Betrachtung der Gewahrsamsordnungen der einzelnen Bundesländer zeigt jedoch, dass es hierzu unterschiedliche Regelungen gibt. In Mecklenburg-Vorpommern und in Schleswig-Holstein unterbleibt offensichtlich eine kriminalpolizeiliche Untersuchung, wenn „zweifelsfrei ein natürlicher Tod festgestellt wurde“. Somit besteht hier prinzipiell die Möglichkeit, dass weitere Ermittlungen unterbleiben und der Staatsanwaltschaft ein solcher Sterbefall nicht einmal bekannt wird.

Dagegen ist in Sachsen-Anhalt, Thüringen oder Nordrhein-Westfalen in jedem Fall eine Untersuchung durch die Kriminalpolizei vorgeschrieben.

1.4. Medizinische Aspekte des Polizeigewahrsams in anderen Staaten

Der Umgang mit arrestierten Personen steht in aller Welt unter zunehmend kritischer Beobachtung der Öffentlichkeit. Neben Foltervorwürfen ist auch das Vorenthalten adäquater medizinischer Betreuung ein häufig auftretender Vorwurf (Horton, 1993; CPT, 2006).

Folter beschreibt die gezielte Zufügung physischer oder psychischer Schmerzen, z.B. zur Erzwingung einer Aussage. Die Folter eines Verdächtigen oder auch eines nicht aussagewilligen Zeugen ist mit einer langen Tradition belastet. In Europa erreichte die Folter zum Ende des 15. Jahrhunderts mit zahlreichen Inquisitionsprozessen ihren Höhepunkt, im 19. Jahrhundert konnte sie unter dem Einfluss der Aufklärung zumindest in den Rechtsordnungen weitgehend beseitigt werden. Weltweit fand und findet die Folter jedoch auch im 20. und 21. Jahrhundert als Form politischer Verfolgung und Unterdrückung ihre Anwendung, insbesondere in totalitären Staaten oder Militärdiktaturen.

Internationale Ächtung erfuhr die Folter in der »Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte« von 1948. Die im geltenden Recht präziseste Regelung des Folterverbots findet sich in den vier Genfer Konventionen des Internationalen Roten Kreuzes (1949). Sie verbieten völkerrechtlich verbindlich die Folter ohne Einschränkung (auch als Mittel im Krieg) und stellen sie unter Strafe. 1975 verabschiedete die UNO eine »Erklärung über den Schutz aller Personen vor Folter und anderer grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe«. Dieses Dokument enthält zugleich eine Aufzählung von Mechanismen zur Durchsetzung des Folterverbots. 1987 trat die

»Antifolterkonvention« der UNO in Kraft. Die Konvention wurde 2002 durch ein Zusatzabkommen zur Einhaltung der Menschenrechte in Haftenrichtungen ergänzt, das nach Ratifikation durch 20 Staaten in Kraft trat. Auf regionaler Ebene schaffte die Europäische Menschenrechtskonvention die Folter schon 1950 rechtsverbindlich ab. 1987 verabschiedete der Europarat die Europäische Antifolterkonvention und gründete ein Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher Behandlung oder Strafe, das so genannte CPT.

Auch heute wird noch aus verschiedenen Ländern, wie Ägypten (Abdel, 2007), China (Thelle, 2006), Nepal (Stevenson, 2001), Simbabwe (Eppel und Petersen, 2002) und Südafrika (Lee, 1991; Theißen, 1996; Bhana, 2003) über die Anwendung von Folter im Polizeigewahrsam, teilweise mit tödlichen Ausgang, berichtet. In einer schwedischen Studie wurden Folteropfer untersucht, die in Bangladesh, Iran, Peru, Syrien, Türkei und Uganda, in Polizeistationen und Gefängnissen gefoltert worden waren (Moisander und Edston, 2003). Häufige Foltermethoden waren Schläge mit Stöcken und Gummiknüppeln, Verbrennungen mit Zigaretten, Elektroschocks und das Untertauchen in Wasser.

Für Deutschland fanden Püschel und Miltner (Püschel und Miltner, 1998) bei der Untersuchung von angeblichen Opfern polizeilicher Übergriffe in Hamburg keine Hinweise für Folterungen oder systematische Misshandlungen.

Nach einem Report des europäischen Komitees zur Verhütung von Folter (Horton, 1993; CPT, 2006) stellt der Polizeigewahrsam einen Hochrisikobereich für den Missbrauch ärztlicher Tätigkeit und suboptimaler medizinischer Versorgung dar. In diesem Report werden der in vielen Ländern verbreitete Mangel an unabhängigen Ärzten für die Untersuchung von behaupteten Misshandlungen, die Schwierigkeiten bei der Versorgung der Inhaftierten mit benötigten Medikamenten und die mangelhaften hygienischen Bedingungen in den Gewahrsamszellen kritisiert.

Die gesetzliche Regelung des Polizeigewahrsams und die medizinische Betreuung der in den Gewahrsam genommenen Personen zeigen weltweit erhebliche Unterschiede, internationale Standards existieren nicht. Nach der multinationalen Umfrage von Payne-James (Payne-James, 2000) erfolgt die Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit zum Beispiel in Indonesien durch Polizeiärzte und in Japan durch private, jedoch vertraglich gebundene Praktiker, während in Frankreich die Untersuchung durch einen von der Polizei unabhängigen Arzt durchgeführt wird. In Großbritannien werden forensisch erfahrene Ärzte herangezogen, die zwar von der Polizei bezahlt werden, jedoch im Übrigen unabhängig sind.

Nur in wenigen Ländern, wie in England, Schottland oder Australien besteht für Ärzte die Möglichkeit, eine spezielle Qualifikation (z.B. ein Diplom) in forensischer klinischer

Medizin zu erwerben (Wells und Cordner, 1998; Payne-James, 2000). In einigen Nationen wird die gutachterliche Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit von der medizinischen Behandlung getrennt (Horton, 1993; Payne-James, 2000; CPT, 2006).

Die Untersuchung von Todesfällen im Polizeigewahrsam erfolgt in Deutschland, Japan, Schweden und Frankreich durch Rechtsmediziner, während in Indonesien die Militärpolizei zuständig ist (Payne-James, 2000). In den Niederlanden müssen alle derartigen Sterbefälle von einer speziellen Dienststelle der Polizei („Rijksrecherche“) untersucht werden (Blaauw et al., 1997). Todesfälle im Polizeigewahrsam werden nur in wenigen Ländern wie England, Wales, Schottland und Japan veröffentlicht, hingegen standen bislang zum Beispiel aus China, Indonesien oder auch Deutschland keine entsprechenden Daten zur Verfügung (Payne-James, 2000).

2. Zielstellung

Eine systematische Untersuchung von Todesfällen im polizeilichen Gewahrsam erfolgte in der Bundesrepublik Deutschland bislang nicht. Im Schrifttum liegen lediglich regional beschränkte Untersuchungen vor (Weber, 2006). In einigen Publikationen wird auch auf eine klare Trennung zwischen Polizeigewahrsam und Strafvollzug verzichtet (Berghaus et al., 1981; Steinhäuser, 1997; Anders et al., 2003).

In dieser Arbeit werden neben den Angaben aus den Innenministerien auch die Obduktionsfälle aus den rechtsmedizinischen Instituten betrachtet.

Ziel dieser Arbeit ist es:

- Eine Erfassung und Analyse aller Todesfälle im Polizeigewahrsam in Deutschland in einem 10-Jahreszeitraum.
- Vergleich der Häufigkeit dieser Todesfälle mit dem internationalen Schrifttum.
- Eine Analyse des Alters, Geschlechts und der Todesursachen der obduzierten Sterbefälle.
- Vergleich dieser Daten mit den Angaben in der Literatur.
- Erfassung der Arztkonsultationen im Gewahrsam unter den obduzierten Sterbefällen.
- Systematische Mängelanalyse der obduzierten Sterbefälle unter Berücksichtigung der Sektionsergebnisse, eventueller Ermittlungsverfahren und der jeweils gültigen Polizeigewahrsamsordnung.

- Unterteilung und Zuordnung der Aufgetretenen Mängel nach den jeweiligen Zuständigkeitsbereichen (Arzt, Polizeibeamte, allgemeine Organisation und gesetzliche Regelung).
- Erarbeitung von Präventionsstrategien einschließlich notwendiger gesetzlicher Änderungen, mit dem Ziel, derartige Todesfälle zukünftig zu reduzieren.

3. Material und Methodik

In der vorliegenden Studie wurden die Todesfälle im Polizeigewahrsam erfasst, die sich in Deutschland im Zeitraum 1993-2003 ereignet haben. Dabei erfolgte eine klare Abgrenzung zu Todesfällen in Haftanstalten.

Ausschlusskriterien waren zum einen Todesfälle, die im unmittelbaren Zusammenhang mit der Festnahme standen und zum anderen Fälle, bei denen akut erkrankte Personen aus der Gewahrsamszelle noch in ein Krankenhaus gebracht werden konnten und dort verstorben sind.

Zur Ermittlung der Anzahl von Todesfällen wurden im Juli 2004 die Innenministerien (Flächenländer) bzw. Innensenatoren (Stadtstaaten) aller 16 deutschen Bundesländer gebeten, uns die dort bekannt gewordenen Fälle mitzuteilen. Im Anschreiben wurde ausdrücklich auf die Einschlusskriterien - also nur Akuttodesfälle im Polizeigewahrsam und nicht in Haftanstalten - hingewiesen und um eine Aufschlüsselung nach Jahren ersucht. Während einige Innenministerien die Umfrage zeitnah beantwortet haben, war in anderen Bundesländern ein mehrmaliger Schriftwechsel notwendig. Schließlich konnten im Januar 2006 auch aus Nordrhein-Westfalen die entsprechenden Daten erlangt werden, sodass nunmehr eine vollständige Aufstellung für den Untersuchungszeitraum 1993-2006 für Deutschland vorliegt.

Nach den Angaben aller 16 Innenministerien sind im Untersuchungszeitraum insgesamt 128 Personen im Polizeigewahrsam verstorben. Teilweise wurden diese Todesfälle zentral in den Ministerien der jeweiligen Bundesländer erfasst, teilweise war es erforderlich, die entsprechenden Angaben aus einzelnen Polizeipräsidien oder Polizeidirektionen zusammenzutragen.

Eine Auswertung der Verteilung der Todesfälle auf die einzelnen Bundesländer war aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht vorgesehen.

Da für eine aussagekräftige Analyse und Bewertung konkrete Obduktionsbefunde die beste Voraussetzung sind, erfolgte gleichzeitig mit der Anfrage bei den Innenministerien eine Umfrage bei allen in Frage kommenden deutschen rechtsmedizinischen Institutionen. Diese wurden gebeten, zunächst die Anzahl der von ihnen obduzierten Sterbefälle aus dem Polizeigewahrsam, aufgegliedert nach den einzelnen Jahren des Untersuchungszeitraumes, mitzuteilen.

Von den 35 angeschriebenen rechtsmedizinischen Instituten haben lediglich drei Institute (Heidelberg, Berlin und Düsseldorf) keine Angaben gemacht. Außerdem wurde die Umfrage von allen 22 Landgerichtsärzten des Freistaates Bayern beantwortet, wobei nur von einem Landgerichtsarzt im Untersuchungszeitraum Todesfälle aus dem Polizeigewahrsam obduziert worden sind.

Insgesamt wurden 76 obduzierte Fälle mitgeteilt.

Von diesen Obduktionen konnten 16 nicht in die nähere Auswertung einbezogen werden. In sechs Fällen aus vier Instituten war die Übermittlung der notwendigen Basisdaten aus den Obduktionsprotokollen nicht möglich.

Die anderen 10 Fälle mussten letztlich doch den Ausschlusskriterien zugeordnet werden: In einem Fall wurde ein 35 Jahre alt gewordener Mann von den Polizeibeamten nahe einer kaum befahrenen Straße ausgesetzt, wo er wenig später verstarb. Die Obduktion ergab als Todesursache eine akute Alkoholvergiftung bei gleichzeitiger Unterkühlung. In 9 Fällen wurden die Personen noch aus der Gewahrsamszelle in ein Krankenhaus verbracht, wo sie Stunden oder Tage später verstorben sind (Tabelle 1).

Tabelle 1: 9 Fälle mit Todeseintritt nach Einweisung ins Krankenhaus

Alter	Todesursache	Zeitraum zwischen stationärer Aufnahme und Todeseintritt
51	Subduralhämatom	2 Tage
51	Aspirationspneumonie	4 Tage
69	Contusio cerebri	3 Tage
37	Multiorganversagen mit Pneumonie	3 Tage
39	Contusio cerebri	5 Tage
51	Subduralhämatom	1 Tag
55	Contusio cerebri	4 Stunden
48	Alkoholintoxikation und Unterkühlung	6 Stunden
41	Multiorganversagen mit Pneumonie	8 Tage

In die weitere Auswertung und Mängelanalyse flossen die 60 Fälle ein, bei denen von den rechtsmedizinischen Universitätsinstituten und Landgerichtsärzten die erforderlichen Basisangaben der Obduktionsprotokolle zur Verfügung gestellt werden konnten. Dabei standen auch Auszüge aus den Ermittlungsakten und eventuell nachfolgende rechtsmedizinische Gutachten zur Verfügung.

Da mitunter erhebliche Unterschiede in den gesetzlichen Regelungen des Polizeigewahrsams bestehen (Heide et al., 2005), erfolgte die Mängelanalyse strikt im Vergleich mit den Bestimmungen der zum Ereigniszeitpunkt gültigen Gewahrsamsordnung des jeweiligen Bundeslandes.

Aus den übersandten Unterlagen ging hervor, dass in 24 (40 %) der 60 Fälle Ermittlungsverfahren gegen Ärzte, Polizeibeamte, Rettungssanitäter und eine Krankenschwester eingeleitet worden waren.

In allen 24 Fällen wurde die zuständige Staatsanwaltschaft um die Übersendung der vollständigen Ermittlungsakten gebeten. Von 18 Verfahren wurde uns die Akte zugesandt und in einem Fall war die Einsichtnahme bei der Staatsanwaltschaft möglich. In fünf Fällen wurde mitgeteilt, dass die entsprechende Akte bereits vernichtet worden war.

Somit konnten in die Auswertungskategorie „Ausgang von Ermittlungsverfahren“ 19 Fälle einbezogen werden. 17 mal (89,5 %) war dabei ein rechtsmedizinisches Gutachten zur Beurteilung eines möglichen Fehlverhaltens eingeholt worden.

4. Ergebnisse

4.1. Verteilung der Todesfälle in den einzelnen Jahren des Untersuchungszeitraumes

Bei der Betrachtung der von den Innenministerien mitgeteilten 128 Sterbefälle zeigte sich in dem elf Jahre umfassenden Untersuchungszeitraum eine erhebliche Schwankungsbreite der absoluten Anzahl der Todesfälle (Abbildung 1). So verstarben in Deutschland im Jahr 2000 23 Personen im Polizeigewahrsam, während im darauf folgenden Jahr nur vier derartige Sterbefälle zu verzeichnen waren.

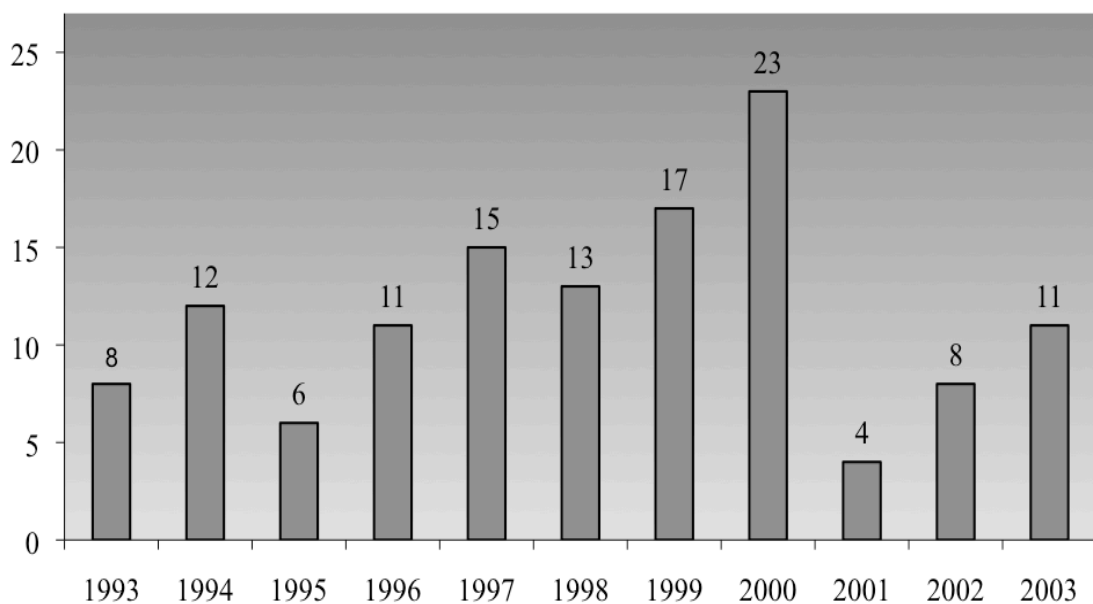


Abb. 1: graphische Darstellung der Verteilung der 128 Todesfälle im Untersuchungszeitraum

4.2. Alter und Geschlecht der obduzierten Sterbefälle

Von den 60 obduzierten Sterbefällen, die in die weitere Auswertung eingeschlossen werden konnten, waren 59 Personen männlichen Geschlechts.

Die Altersspanne war breit gefächert (Abbildung 2), wobei das mittlere Lebensalter bei 41,1 Jahren lag.

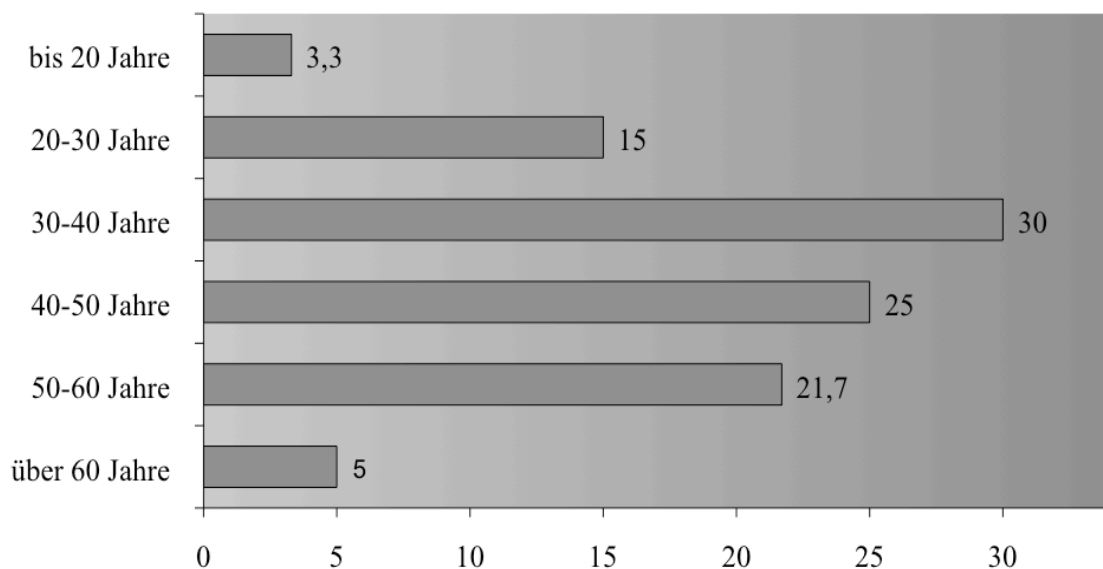


Abb. 2: Graphische Darstellung der Altersverteilung der 60 obduzierten Todesfälle (in %)

4.3. Häufigkeit der Heranziehung von Ärzten zur Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit

Aus den zur Verfügung stehenden Unterlagen ging hervor, dass bei den 60 obduzierten und näher auswertbaren Sterbefällen nur 23 mal (38,3 %) ein Arzt herangezogen worden war.

In allen Fällen wurde zuvor die medizinische Tauglichkeit für den Polizeigewahrsam attestiert.

4.4. Zeitintervall zwischen der Gewahrsamsnahme und Todeseintritt

Bei den 60 obduzierten Sterbefällen lag die Zeitspanne zwischen dem Beginn der Gewahrsamsnahme und dem auf dem Leichenschauschein angegebenen Todeszeitpunkt (Tabelle 2) am häufigsten zwischen ein und fünf Stunden (27 Fälle). Achtmal verstarben die Personen innerhalb einer Stunde nach der Aufnahme in den Polizeigewahrsam. In 12 Fällen verging ein Zeitraum von über zehn Stunden zwischen der Gewahrsamsnahme und dem Todeseintritt.

Tabelle 2: Zeitintervall zwischen Gewahrsamsnahme und Todeseintritt

Zeitintervall	absolute Anzahl	prozentualer Anteil
unter einer Stunde	5	8,4 %
zwischen 1 und 5 Stunden	27	45,0 %
zwischen 5 und 10 Stunden	8	13,3 %
über zehn Stunden	12	20,0 %
unbekannt	8	13,3 %

Bei 8 Todesfällen (13,3 %) ging aus den Unterlagen hervor, dass ein Rechtsmediziner zum Sterbeort hinzugerufen worden war.

4.5. Todesursachen

Die häufigste Todesursache bei den 60 obduzierten und näher auswertbaren Sterbefällen war die akute Alkoholvergiftung (Tabelle 3). An zweiter Stelle folgten mit jeweils 18,3 % Schädel-Hirn-Traumata, innere Erkrankungen (z.B. Myokarditis oder Pneumonie) und letale Drogen- und Medikamentenvergiftungen.

Alle acht Suizide wurden durch Erhängen herbeigeführt.

Tabelle 3: Todesursachen der 60 Sterbefälle

Todesursache	absolute Anzahl	prozentualer Anteil (gerundet)
akute Alkoholvergiftung	15	25,0 %
Schädel-Hirn-Trauma	11	18,3 %
innere Erkrankungen	11	18,3 %
Drogen- und Medikamentenvergiftungen	11	18,3 %
Suizid (Erhängen)	8	13,3 %
sonstige Traumata	2	3,3 %
Alkoholentzugsdelir	1	1,7 %
Tötungsdelikt (Erwürgen)	1	1,7 %

Relativ häufig ergab sich aus den Obduktionsergebnissen, dass neben den todesursächlichen Befunden noch andere wesentliche Begleitkrankheiten oder Substanzbeeinflussungen vorgelegen haben. In 11 Fällen war die Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenintoxikation mit einem Trauma und in weiteren 8 Fällen mit einer inneren Erkrankung vergesellschaftet.

4.6. Mängelanalyse

4.6.1. Mängel bei der ärztlichen Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit

In 15 der 23 Fälle (65, 2 %), in denen eine Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit durch einen Arzt erfolgte, fanden sich Unzulänglichkeiten in unterschiedlichen Bereichen der ärztlichen Tätigkeit. In einigen Fällen waren diese in mehreren Kategorien gleichzeitig vorhanden (Tabelle 4).

Tabelle 4: Mängel bei der ärztlichen Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit
(teilweise Mehrfachnennung)

Mängelkategorien	absolute Anzahl
Diagnostik bzw. Veranlassung einer stationären Einweisung	13
ärztliche Dokumentation	6
Vorgaben an die Polizeibeamten	3

4.6.1.1. Mängel in der Diagnostik bzw. bei der Veranlassung einer stationären Einweisung

Am häufigsten (13 Fälle) waren Mängel in der ärztlichen Diagnostik einschließlich des Verzichtes auf eine stationäre Einweisung festzustellen.

So wurden allein fünf bewusstlose oder nicht ansprechbare Personen auch nach der ärztlichen Untersuchung im Gewahrsam belassen, wo sie später an einer Alkoholintoxikation verstarben. In drei weiteren Fällen verblieben Männer mit ersichtlich schweren Kopfverletzungen und Nasenbluten in der Gewahrsamszelle, Todesursache war hier jeweils das Schädel-Hirn-Trauma. In einem anderen Fall wurde vom Arzt ein massiver Ikterus bei der Prüfung der Gewahrsamstauglichkeit festgestellt, wenige Stunden später verstarb der Mann an einer dekompenzierten Leberzirrhose.

4.6.1.2. Mängel in der ärztlichen Dokumentation

In sechs Fällen fanden sich erhebliche Mängel in der ärztlichen Dokumentation. Überwiegend handelte es sich dabei um teilweise unleserliche und ausgesprochen spärliche, den Erfordernissen des jeweiligen Falles nicht angepasste Aufzeichnungen. In zwei Fällen erfolgte überhaupt keine schriftliche Dokumentation, obwohl es die Gewahrsamsordnung der entsprechenden Bundesländer erfordert hätte.

4.6.1.3. Mängel bei Vorgaben an die Polizeibeamten

In drei Fällen waren die Anweisungen an die Polizisten deutlich mangelhaft. Dabei wurden bei der ärztlichen Untersuchung zwar Verletzungen oder hochgradige alkoholbedingte Beeinträchtigungen festgestellt, trotzdem erfolgte eine Verlängerung des Kontrollintervalls entgegen den Vorgaben aus der jeweiligen Polizeigewahrsamsordnung. In einem dieser Fälle wurden bei einer nicht ansprechbaren Person seitens des Arztes überhaupt keine Empfehlungen an die Polizeibeamten ausgesprochen.

4.6.2. Mängel auf Seiten der Polizeibeamten

In 33 der 60 Fälle (55,0 %) gab es Fehler unterschiedlicher Art im Verhalten der Polizeibeamten.

Auch hier gab es in einigen Fällen Mängel in mehreren Kategorien (Tabelle 5).

Tabelle 5: Mängel auf Seiten der Polizeibeamten (teilweise Mehrfachnennung)

Mängelkategorien	absolute Anzahl
fehlende Hinzuziehung eines Arztes	14
Mängel im qualitativen Kontrollmodus	12
Nichteinhaltung des Kontrollintervalls	9
ungenügende Mitteilung der Vorgeschichte	5
sonstige Mängel	5

4.6.2.1. Fehlendes Hinzuziehen eines Arztes

Unter den Mängeln, auf Seiten der Polizeibeamten, war am häufigsten (14 Fälle) das unterlassene Hinzuziehen eines Arztes zu beanstanden. In allen diesen Fällen hatte man auf eine ärztliche Vorstellung verzichtet, obwohl die entsprechenden Vorschriften in den Gewahrsamsordnungen, wie z.B. erkennbare Verletzungen oder deutliche Alkoholisierung, eindeutig als erfüllt anzusehen waren.

4.6.2.2. Mängel im qualitativen Kontrollmodus

Relativ häufig (12mal) zeigten sich auch Mängel im qualitativen Kontrollmodus. So wurde z.B. ein über die Sprechanlage hörbares Schnarchen als „ruhiger, gesunder Schlaf“ fehlinterpretiert (Todesursache: Epiduralhämatom) oder ein verlängertes Ausschlafen des Alkoholrausches über 14 Stunden als normal angesehen (Todesursache: Subduralhämatom). In einem anderen Fall hielten die Polizeibeamten einen Blick durch den Türspion für ausreichend, nachdem ein lautes Poltern aus der Zelle zu hören gewesen war.

4.6.2.3. Nichteinhaltung des Kontrollintervalls

Mindestens in neun Fällen wurde das in der Gewahrsamsordnung vorgegebene Kontrollintervall nicht eingehalten. Da aus den zur Verfügung stehenden Unterlagen nicht in allen Fällen der quantitative Kontrollmodus hervorging, kann angenommen werden, dass die tatsächliche Häufigkeit dieses Mangels noch höher gewesen ist. In einem der dokumentierten Fälle sprachen die rechtsmedizinischen Untersuchungen dafür, dass der Mann sogar sechs Stunden tot in der Zelle gelegen haben muss, obwohl die Gewahrsamsordnung hier mindestens eine stündliche Kontrolle erfordert hätte.

4.6.2.4. Ungenügende Mitteilung der Vorgeschichte

Wenigstens in fünf Fällen war eine ungenügende Mitteilung der Vorgeschichte durch die Polizeibeamten an den Arzt festzustellen. Dabei wurde z.B. ein Sturztrunk (Todesursache: Alkoholintoxikation) oder die Einnahme von zahlreichen Tabletten in Verbindung mit Alkohol (Todesursache: Medikamenten-/Alkoholintoxikation) dem Arzt nicht mitgeteilt, obwohl dies von Zeugen beobachtet und an die Polizei übermittelt worden war. In einem anderen Fall hatte man dem Arzt verschwiegen, dass der Mann unmittelbar vor der Gewahrsamsnahme auf dem Gehweg mehrmals hingestürzt war (Todesursache: Subduralhämatom).

4.6.2.5. Weitere Mängel seitens der Polizeibeamten

Weitere Mängel (fünf Fälle) seitens der Polizeibeamten bestanden vor allem darin, dass bei der Aufnahme in den Gewahrsam eine ungenügende Durchsuchung erfolgte, so dass beispielsweise ein Drogensüchtiger eine mitgeführte tödliche Methadondosis zu sich nehmen konnte. In einem anderen Fall bestanden die Polizeibeamten in der Notaufnahme eines Krankenhauses nicht auf der erforderlichen ärztlichen Prüfung der Gewahrsamstauglichkeit und ließen sich von einer Krankenschwester abwimmeln, die mit dem randalierenden Alkoholiker nichts zu tun haben wollte (Todesursache: akute Alkoholintoxikation).

4.6.3 Organisationsmängel

Organisationsmängel, die den prinzipiellen Ablauf der Gewahrsamsnahme und der medizinischen Vorstellung, aber auch die Belegung und Ausstattung der Zellen betrafen, waren in zehn Fällen (16,6 %) zu beobachten.

Viermal lehnten Rettungssanitäter ohne Arztkonsultation die Verbringung von Personen in ein Krankenhaus ab, obwohl diese z.B. hochgradig alkoholisiert bzw. nicht ansprechbar oder auch erkennbar verletzt waren (Todesursachen: Alkoholintoxikation und Schädel-Hirn-Traumata). In zwei weiteren Fällen von tödlichen Alkoholintoxikationen lehnte nachgeordnetes Krankenhauspersonal ohne Arztkonsultation die stationäre Aufnahme ab. Im Fall des einen Tötungsdeliktes war eine Gewahrsamszelle mehrfach belegt, so dass ein Zelleninsasse den anderen bei einer Auseinandersetzung erwürgen konnte.

Ein anderer Mann verstarb an einem Spannungspneumothorax infolge Rippenbruch mit Lungenanspießung, nachdem er gegen die Kante der nicht abgepolsterten Liege in der Gewahrsamszelle gestürzt war. In einem weiteren Fall (Todesursache: Epiduralhämatom) erfolgten die Kontrollen der Polizeibeamten lediglich durch ein kurzzeitiges Einschalten der Sprechanlage zur Zelle.

4.7. Fälle mit wahrscheinlich nicht vermeidbarem Todeseintritt

In 16 der 60 Fälle (26,6 %) ergab die retrospektive Auswertung, dass der Tod trotz Einhaltung der notwendigen Sorgfalt sehr wahrscheinlich nicht vermeidbar gewesen wäre.

Dazu zählten Todesfälle infolge von Myocarditis, Peritonitis oder Koronarthrombose, in denen die Personen vor und während des Gewahrsams keine typischen Beschwerden geäußert hatten. Außerdem gab es mehrere Suizide durch Erhängen in der Zelle, ohne dass vorangehend psychische Auffälligkeiten bemerkt worden waren. In einem weiteren Fall hatte ein Mann kurz vor Eintreffen der Polizei ein Drogenpäckchen verschluckt, das während des Gewahrsams im Dünndarm platzte (Todesursache: Kokainintoxikation).

4.8. Ausgang von Ermittlungsverfahren

4.8.1. Übersicht zum Ausgang der Ermittlungsverfahren

Der Strafprozess gliedert sich in Deutschland in mehrere Erkenntnisverfahren und Vollstreckungsverfahren. Zu Beginn steht ein Ermittlungsverfahren bei Verdacht auf Verstoß gegen ein Strafgesetz. Nach der Strafprozessordnung (StPO) gibt es in den verschiedenen Stadien immer wieder die Möglichkeit der Verfahrenseinstellung (Abbildung 3).

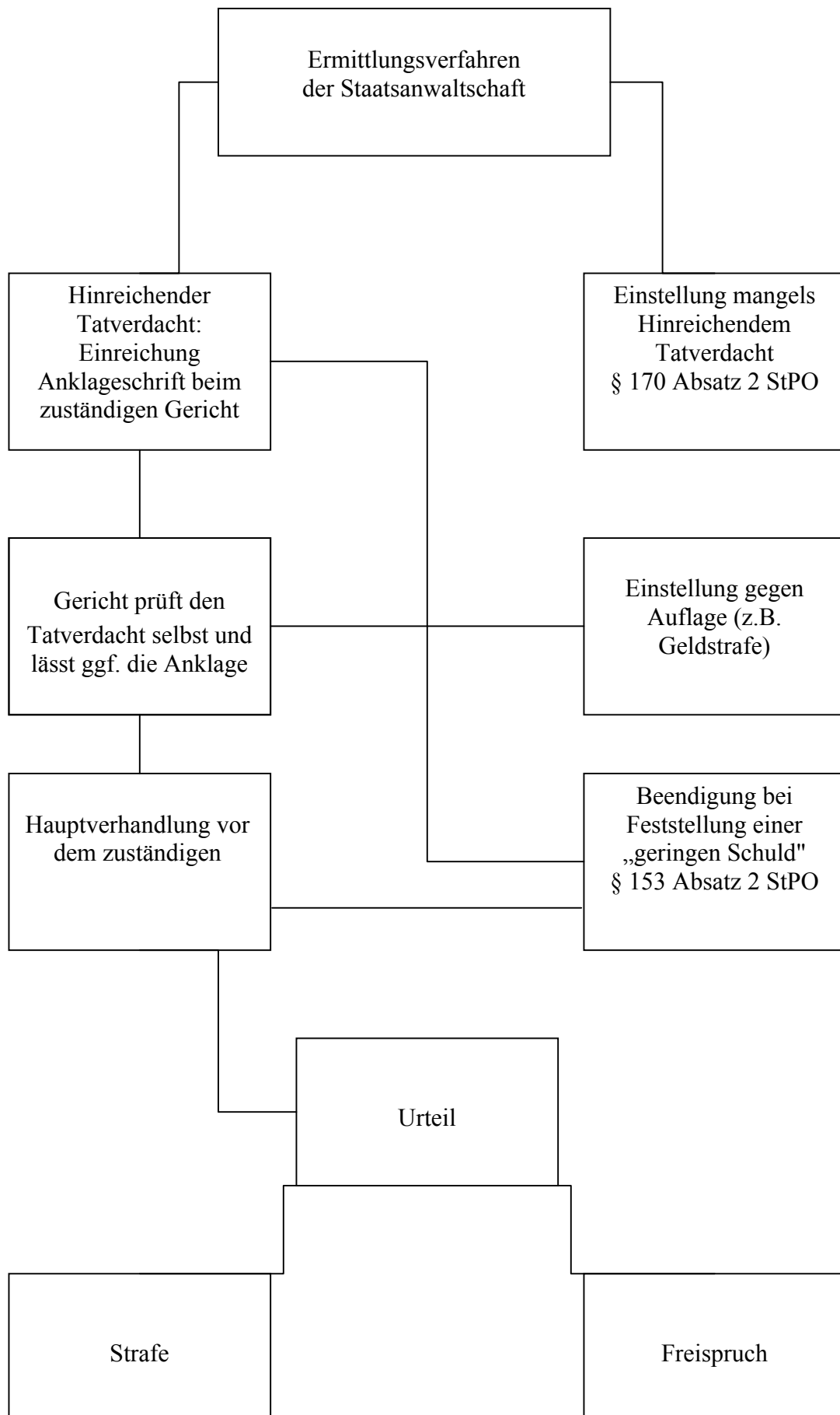


Abb. 3: Übersicht zum Ausgang von strafprozessualen Verfahren (nach Heide, 2009)

In mehreren Fällen liefen gleichzeitig Ermittlungsverfahren gegen den Arzt, der die Gewahrsamstauglichkeit beurteilt hatte, und gegen Polizeibeamte (Tabelle 6), so dass insgesamt 23 Ermittlungsvorgänge gegen 44 einzelne Personen einbezogen werden konnten.

Tabelle 6: Anzahl der Ermittlungsverfahren

Ermittlungsverfahren gegen	Anzahl
Polizeibeamte	in elf Fällen (gegen 31 einzelne Beamte)
Ärzte	in zehn Fällen
Rettungssanitäter	in einem Fall (gegen 2 Rettungssanitäter)
Krankenschwester	in einem Fall

18 von den 23 Ermittlungsvorgängen (78,2 %) wurden durch die Staatsanwaltschaft nach § 170 Absatz 2 Strafprozessordnung (ungenügender Anlass zur Erhebung einer öffentlichen Klage) eingestellt, weil ein strafrechtlich relevantes Fehlverhalten nicht feststellbar war (Tabelle 7). Ein Verfahren wurde durch das zuständige Gericht wegen geringer Schuld eingestellt. In einem Fall erfolgte ein Freispruch in der Hauptverhandlung vor dem Amtsgericht. In zwei Fällen wurde das Verfahren gegen Auflagen eingestellt und lediglich einmal erfolgte eine rechtskräftige Verurteilung durch Strafbefehl.

Tabelle 7: Übersicht zum Ausgang der Ermittlungsverfahren

	Anzahl (n=23)
Einstellung durch die Staatsanwaltschaft nach § 170 Absatz 2 Strafprozessordnung	18
Einstellung nach Eröffnung des Verfahrens durch Gerichtsbeschluss nach § 153 Absatz 2 wegen geringer Schuld	1
Einstellung durch die Staatsanwaltschaft nach § 153a gegen Auflagen	2
Freispruch in der Hauptverhandlung	1
Rechtskräftige Verurteilung	1

4.8.2. Einstellung der Ermittlungsverfahren nach § 170 Absatz 2 StPO

Die Einstellung der Ermittlungsverfahren nach § 170 Absatz 2 StPO in den 18 Fällen erfolgte am häufigsten (achtmal), aufgrund der Nichtbelegbarkeit eines Fehlverhaltens, welches für den Todeseintritt kausal war. Ursächlich hierfür waren vor allem erhebliche Abweichungen in den Schilderungen des Zustandbildes der in den Gewahrsam genommenen Personen mit teilweise gegensätzlichen Feststellungen zum Grad der Beeinträchtigung zwischen Arzt, Polizeibeamten und anderen Zeugen. In einigen Fällen standen für die rechtsmedizinische Begutachtung nur sehr spärliche Angaben zum Zustandbild des später Verstorbenen zur Verfügung.

In fünf Verfahren war zwar ein vorwerfbar fehlerhaftes Verhalten festzustellen, aber in den Gutachten wurde auch ausgesagt, dass durch eine Klinikeinweisung der Tod wahrscheinlich nicht hätte abgewendet werden können.

In einem Fall einer tödlichen Alkoholintoxikation hatte der Arzt trotz bereits während der Untersuchung bestehender Bewusstlosigkeit die Gewahrsamstauglichkeit bestätigt. Das Ermittlungsverfahren wurde jedoch eingestellt, da aufgrund einer gutachterlichen Aussage nicht ausgeschlossen werden konnte, dass bei den gleichzeitig vorliegenden inneren Erkrankungen (Koronarsklerose, Pankreatitis) der Todeseintritt auch bei unverzüglicher und indizierter Diagnostik im Krankenhaus gleichwohl erfolgt wäre. In einem anderen Fall verstarb ein Mann an einer kombinierten Clomethiazol- und Ethanolvergiftung. Bei der Untersuchung der Gewahrsamstauglichkeit war dem Arzt mitgeteilt worden, dass der Mann vor der polizeilichen Ergreifung 10 Tabletten Distraneurin eingenommen hatte. Das Verfahren gegen Arzt wurde nach Erstellung des rechtsmedizinischen Gutachtens jedoch eingestellt. Im Gutachten war ausgesagt worden, dass der Tod durch eine Klinikeinweisung hätte abgewendet werden können, dies könne jedoch nicht mit der zu fordernden „an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit“ belegt werden.

In drei Ermittlungsverfahren gegen Polizeibeamte war gemäß den sachverständigen Gutachten der lebensbedrohliche Zustand für medizinische Laien nicht erkennbar gewesen. Dabei handelte es sich um zwei tödliche Alkoholvergiftungen und ein Schädel-Hirn-Trauma.

In zwei Fällen wies die Erkrankung (eitrige Pneumonie) bzw. die Verletzung (Schädel-Hirn-Trauma) zum Zeitpunkt der Ingewahrsamsnahme einen solchen Schweregrad auf,

dass auch eine sofortige Behandlung den Todeseintritt sehr wahrscheinlich nicht verhindert hätte.

4.8.3. Einstellung des Verfahrens durch Gerichtsbeschluss

Ein Verfahren gegen zwei Polizeibeamte wurde durch einen Beschluss des zuständigen Gerichtes nach § 153 Absatz 2 wegen geringer Schuld eingestellt. Dabei handelte es sich um eine tödliche Drogenmischintoxikation eines 24 Jahre alten Mannes. Gegen die beiden Polizisten war wegen fahrlässiger Tötung durch Unterlassen Anklage erhoben worden. Das rechtsmedizinische Gutachten kam jedoch zu dem Schluss, dass die beschriebenen Symptome (u.a. stark schwankender Gang) zwar einen möglichen, jedoch nicht einen zwingenden Anlass für eine Arztkonsultation darstellten.

4.8.4. Einstellung der Verfahren nach § 153a StPO gegen Auflage

Zwei Ermittlungsverfahren wurden durch die Staatsanwaltschaft nach § 153a nur gegen eine Auflage eingestellt.

Im ersten Fall hatte der Arzt die Gewahrsamstauglichkeit bestätigt, obwohl laut Zeugen der Mann zunächst nicht ansprechbar war und dann über Kopfschmerzen klagte. Mehrere Stunden später verstarb er in der Gewahrsamszelle an einem epiduralen Hämatom.

Im Ermittlungsverfahren gegen den Arzt kam die Staatsanwaltschaft zu der Einschätzung, dass eine fahrlässige Tötung nicht mit hinreichender Sicherheit zu belegen sei, da nicht auszuschließen war, dass der Mann auch bei sofortiger Krankenhausverbringung verstorben wäre. Andererseits wurde der Tatbestand der fahrlässigen Körperverletzung als erfüllt angesehen, da sich infolge des Unterlassens der notwendigen Diagnostik und Therapie der Gesundheitszustand verschlechtert hat und etwaige Schmerzzustände andauert haben. Mit Zustimmung des Amtsgerichtes wurde das Ermittlungsverfahren schließlich gegen die Zahlung von 1500,00 € eingestellt.

In dem anderen Fall attestierte der Arzt die Gewahrsamstauglichkeit, obwohl schon zum Zeitpunkt der Untersuchung eine schwere Rauschsymptomatik vorlag. Wenige Stunden später starb der Mann im Polizeigewahrsam an einer kombinierten Alkohol- und Medikamentenintoxikation. Nach Ansicht der Staatsanwaltschaft handelte es sich aufgrund unzureichender Diagnostik und des Verzichts auf stationäre Abklärung um einen

gravierenden Verstoß gegen die ärztliche Sorgfaltspflicht. Allerdings war nicht zu beweisen, dass auch bei einer sofortigen Einweisung der Tod mit Sicherheit verhindert worden wäre. Der Staatsanwalt kam zu dem Schluss, dass der Tatbestand der fahrlässigen Körperverletzung erfüllt war, wobei jedoch nur ein geringes Verschulden erkennbar gewesen sei. Letztlich wurde das Verfahren mit der Auflage der Zahlung von 1000,00 € eingestellt.

4.8.5. Freispruch in der Hauptverhandlung

Im Fall einer akuten Alkoholvergiftung (Blutalkoholkonzentration: 5,76 ‰) wurde gegen zwei Polizeibeamte Anklage wegen fahrlässiger Tötung erhoben. Beide Polizisten gaben in der Hauptverhandlung an, dass sie mit dem ständig pöbelnden Mann ins Krankenhaus gefahren seien, dort habe jedoch eine Krankenschwester es abgelehnt, den diensthabenden Arzt hinzuzuziehen. Die Zeugin verteidigte sich hingegen, sie sei nicht nach einem Arzt gefragt worden. Im Gutachten kam der Rechtsmediziner zu dem Schluss, dass die stationäre Aufnahme dringend angezeigt gewesen wäre und bei adäquater ärztlicher Behandlung eine große Überlebenschance bestanden hätte. Da aber der exakte Gesprächsverlauf zwischen den Polizisten und der Krankenschwester nicht mehr festgestellt werden konnte, erfolgte ein Freispruch.

4.8.6. Rechtskräftige Verurteilung

Nur in einem Fall kam es zu einer rechtskräftigen Verurteilung. Hier hatte der Arzt die Gewahrsamstauglichkeit bestätigt, obwohl bei der Untersuchung bereits eine Prellmarke am Kopf ersichtlich war und der Mann in die Zelle getragen werden musste. Dort verstarb er an einem Subduralhämatom.

Laut rechtsmedizinischem Gutachten hätte bei chirurgischer Intervention das Leben mit hoher Wahrscheinlichkeit gerettet werden können. Die Staatsanwaltschaft erließ einen Strafbefehl mit einer Geldstrafe (9000 €) wegen fahrlässiger Körperverletzung durch Unterlassen, da der Verzicht auf weitere Untersuchungen oder Überwachungsmaßnahmen einen klaren Verstoß gegen die Regeln der ärztlichen Sorgfalt darstellte. Daraufhin legte der Arzt Einspruch gegen den Strafbefehl ein. Nach den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen in der Hauptverhandlung wurde der Einspruch jedoch zurückgenommen.

4.9. Exemplarische Falldarstellung (Institut für Rechtsmedizin Halle)

Fallreport:

Ein 36-jähriger Mann wurde auf einem Gehweg von Passanten hilflos und nicht ansprechbar aufgefunden. Die hinzu gerufenen Polizeibeamten wollten ihn zunächst seinen Angehörigen übergeben, in der Wohnung wurde jedoch niemand angetroffen. Daraufhin entschloss man sich, den Mann in den Polizeigewahrsam zu verbringen. Hier bemerkten die Polizeibeamten eine deutliche Alkoholfahne. Auf eine Arztvorstellung des scheinbar „nur alkoholisierten“ Mannes hätten die Polizisten jedoch verzichtet, wenn nicht gerade ein Arzt „zufällig“ im Revier anwesend gewesen wäre. Dieser fand keine neurologischen Auffälligkeiten, jedoch beschrieb er u.a. Hautschürfungen im Gesicht. Die Gewahrsamstauglichkeit wurde attestiert und stündliche Kontrollen empfohlen. Später gab ein Polizist zu Protokoll, dass der Mann bei der Untersuchung unverständliche Laute von sich gab und dass er nicht selbstständig aufstehen konnte. Bei fünf Kontrollen zwischen 23.00 Uhr und 04.15 Uhr wurde der Gefangene weder wachgerüttelt noch angesprochen. Gegen 05.15 Uhr habe er nach heftigem Rütteln die Augen geöffnet, den Kopf gedreht und sei wieder eingeschlafen. Die nächste Kontrolle erfolgte erst gegen 10.00 Uhr. Etwa 2 ½ Stunden später zeigte er allenfalls noch sehr geringe Reaktionen auf das mehrmalige laute Anrufen. Daraufhin schaltete man die akustische Überwachungsanlage an, und es sei ein „hörbar gesundes, zufriedenes Schnarchen“ zu vernehmen gewesen. Kurze Zeit später wurde er gegen 14.00 Uhr tot in der Zelle aufgefunden.

Obduktionsbefunde:

Mehrere Hautschürfungen des Gesichtes.
Hautunterblutung über dem Scheitel.
Kräftige Kopfschwartenunterblutung am Oberkopf.
Schädelbruch im Stirnbein, in der Fortsetzung Sprengung der Pfeilnaht (Abb. 4).



Abbildung 4: Schädelfraktur (frontosagittal)

Kräftige epidurale Blutung über dem Stirn- und Scheitelhirn beidseits (Abb. 5).

Ausgedehnte Hirnquetschungsblutungen an den Unterseiten beider Stirn- und Schläfenlappen. Mehrere, bis zu 15x6 cm messende Hämatome am Rumpf, teilweise bis in die Muskulatur reichend. Bruch der linken 5.-8. Rippe.



Abbildung 5: Epiduralhämatom

Blutalkoholkonzentration (BAK): 0,26 ‰;

Urinalalkoholkonzentration: 0,38 ‰;

Alkoholkonzentration Epiduralhämatom: 0,45 ‰.

Die Rückrechnung der Blutalkoholkonzentration ausgehend vom Messwerte bei der Obduktion ergab, dass zum Zeitpunkt der Aufnahme in den Polizeigewahrsam und der ärztlichen Untersuchung eine BAK von etwa 2,5 Promille vorgelegen hat.

Todesursache:

epidurale Blutung und Hirnquetschung bei Schädeldachbruch.

histologische und immunhistologische Untersuchungen der Verletzung der Kopfhaut am Oberkopf:

Hochgradige frische Einblutung in das Unterhautfettgewebe und zwischen die Muskelfasern der Lederhaut. Schütterer Rundzellinfiltrate um die Kapillaren der Lederhaut. Geringgradige Emigration von segmentkernigen Granulozyten. Mäßiggradige Infiltration der Lederhaut mit Makrophagen. Keine Siderophagen nachweisbar.

Hochgradige Fibronektinvernetzung zwischen den Muskelfasern. Mäßiggradige Expression von CD 54 am Endothel der Kapillaren und Venolen der Lederhaut. Minimale Expression von CD 62 P an diesen Blutgefäßen.

Ermittlungsergebnisse:

Die Polizei ermittelte, dass der Mann 1 ½ Stunden vor seiner Auffindung in einer Gaststätte Schnaps gekauft hat. Er hat Verletzungen am Gesicht aufgewiesen und erzählt, dass er kurz zuvor zusammengeschlagen worden sei. Zwei Jugendliche sind dem Mann nach dem Verlassen der Gaststätte gefolgt und haben beobachtet, dass er wenig später zusammenbrach. Daraufhin entwendeten sie ihm die Geldbörse.

Rechtsmedizinische Bewertung:

Das Gesamtbild der Verletzungen konnte nicht auf einen einzelnen Sturz zurückgeführt werden. Es war zwar möglich, dass einzelne Hautschürfungen des Gesichtes bei einem Sturz entstanden sind. Jedoch sprach die Lokalisation (deutlich über der so genannten Hutkrempe) und Ausprägung (Unterblutung der Haut und Kopfschwarte, Schädelbruch und epidurale Blutung) der zum Tode führenden Kopfverletzung für eine Schlageinwirkung.

Von der Staatsanwaltschaft wurde die Frage nach dem Entstehungszeitpunkt aufgeworfen, da zumindest nicht auszuschließen war, dass das todesursächliche Schädel-Hirn-Trauma erst in der Zelle entstanden sein könnte.

Das Ergebnis der histologischen und immunhistologischen Untersuchungen sprach dafür, dass die Hautwunde nicht etwa im Stundenbereich vor Todeseintritt nämlich im Gewahrsamsraum der Polizei, sondern bereits in den Abendstunden des Vortages entstanden war. Die Emigration neutrophiler Granulozyten und Makrophagen in das Verletzungsgebiet, setzt eine mehrstündige Überlebenszeit voraus (Betz, 1995). Bei einem Verletzungsintervall von Minuten bis zu ca. 2 Stunden ist zwar, wie auch im vorgestellten Fall, eine Expression von Adhäsionsproteinen (CD 54, CD 62 P) zu erwarten, die Emigration von Entzündungszellen insbesondere Makrophagen wäre jedoch zu diesem Zeitpunkt noch nicht darstellbar gewesen (Dreßler et al., 1997, 1998).

Die todesursächliche Schlageinwirkung auf den Kopf war somit zeitlich in die Zeit vor der Aufnahme in den Polizeigewahrsam einzuordnen. Etwaige Mutmaßungen, der Deliquent sei körperlichen Übergriffen durch Polizeibeamte ausgesetzt gewesen, konnten widerlegt werden.

Aufgrund der relativ geringen Differenz zwischen der Alkoholkonzentration im Leichenblut und im Hämatom war davon auszugehen, dass die Epiduralblutung, zum

Beispiel durch einen Blutdruckanstieg, überwiegend erst kurz vor dem Kreislaufstillstand, also während des Aufenthaltes im Gewahrsam, eingetreten sein musste.

Strafverfahren gegen die Jugendlichen:

Beide wurden zunächst verdächtigt, dem Mann einen Schlag auf dem Kopf versetzt zu haben, um seine Geldbörse zu erlangen. Im Ergebnis der weiteren Ermittlungen konnte dieser Verdacht jedoch nicht bewiesen werden. Sie wurden schließlich wegen unterlassener Hilfeleistung und gemeinschaftlichen Diebstahls verurteilt. Eine unterlassene Hilfeleistung wurde damit begründet, dass den Beschuldigten eindeutig bewusst gewesen sein musste, als das Opfer auf das Wegziehen der Geldbörse nicht reagierte, dass er ärztliche Hilfe benötigt hätte.

Ermittlungsverfahren gegen einen Polizeibeamten:

Gegen den Dienstaufsichtsführer der Polizei wurde ein Ermittlungsverfahren wegen fahrlässiger Tötung bzw. unterlassener Hilfeleistung eingeleitet. Hierzu wurde auch ein rechtsmedizinisches Gutachten eingeholt. Darin betonte der Sachverständige, dass die Überwachung der Bewusstseinslage im gesamten Zeitraum sowohl hinsichtlich der Häufigkeit als auch der angewandten Kontrollmaßnahmen objektiv unzureichend war. Laut damals gültiger Polizeigewahrsamsordnung von 1995 war es Vorschrift, kranke, betrunkene oder benommene Personen im Abstand von mindestens 30 Minuten zu kontrollieren (Polizeigewahrsamsordnung des Landes Sachsen-Anhalt, 1995). Gegen diese Anordnung war eindeutig verstoßen worden.

Letztlich wurde das Verfahren jedoch eingestellt. Eine fahrlässige Tötung war nicht nachweisbar, da zu keinem Zeitpunkt durch ärztliche Hilfe der Tod mit Sicherheit vermeidbar gewesen wäre. Insbesondere beim bilateralen epiduralen Hämatom ist von einer relativ hohen Letalität auszugehen, die selbst bei optimaler Therapie mindestens 5% beträgt (Gorgulu et al., 2000; Bratzke, 2003).

Im Kontrast zur Bewertung des Verfahrens gegen die Jugendlichen wurde von der Staatsanwaltschaft im Ermittlungsverfahren gegen den Polizeibeamten auch der Tatbestand der unterlassenen Hilfeleistung als nicht erfüllt angesehen, da dieser der Meinung gewesen sei, dass der Mann seinen Alkoholrausch ausschließte.

Die Hinterbliebenen legten Beschwerde gegen die Einstellungsverfügung ein, der Generalstaatsanwalt wies die Beschwerde jedoch aus den gleichen Gründen wie die Staatsanwaltschaft als unbegründet zurück.

Ermittlungsverfahren gegen den Arzt:

Auch gegen den Arzt, der den Arrestierten untersucht hatte, lief ein Ermittlungsverfahren wegen unterlassener Hilfeleistung bzw. fahrlässiger Tötung.

Dabei zeigte sich ein auffälliger Kontrast zwischen den Angaben des Arztes und denen der Polizeibeamten. Der Mediziner schilderte für den Untersuchungszeitpunkt ein deutlich anderes Zustandsbild, als es von dem anwesenden Polizeibeamten beobachtet worden war. Der Mann sei wach gewesen und hätte seinen Namen und Geburtsdatum genannt. Bei den Verletzungen habe es sich um ältere Hämatome gehandelt. Anhaltspunkte für ein frisches Schädel-Hirn-Trauma hätten sich bei der grobneurologischen Untersuchung unter den Bedingungen des Polizeireviers für ihn als Facharzt für Neurologie nicht ergeben. Da die widersprüchlichen Aussagen über den Status des Verletzten zum Zeitpunkt der ärztlichen Untersuchung nicht aufzuklären waren, wurde schließlich auch das Ermittlungsverfahren gegen den Arzt eingestellt.

5. Diskussion

Systematische und aussagekräftige Untersuchungen von Todesfällen im Polizeigewahrsam liegen aus Nordamerika, Australien, Südafrika und Europa (Johnson, 1982, Copeland, 1984; Tiainen und Penttilä, 1986; Giles und Sandrin 1992; McDonald und Thomson, 1993; Norfolk, 1998; Bhana, 2003) vor, unter anderem auch aus den deutschen Nachbarländern Niederlande und Dänemark (Segest, 1987; Blaauw, 1997). Eine entsprechende Untersuchung für Deutschland wurde bisher vermisst. Elsing (Elsing, 2001) betonte, dass eine systematische Analyse dieser Sterbefälle aber dringend erforderlich sei, da daraus Empfehlungen für die ärztliche Versorgung abgeleitet und präventive Maßnahmen veranlasst werden könnten. Nach den Angaben von Weber (Weber, 2006) verstarben allein in Stuttgart im Zeitraum 1986-2001 19 Personen im Polizeigewahrsam, bundesweite Erhebungen zur Anzahl der Todesfälle, aber auch zur Zahl ernster Zwischenfälle fehlen jedoch. In den wenigen vorliegenden Publikationen aus Deutschland erfolgte meist keine klare Abgrenzung von Todesfällen in Polizeizellen gegenüber dem eigentlichen Strafvollzug (Berghaus et al., 1981; Steinhäuser, 1997; Anders et al., 2003). Dabei existiert in der Bundesrepublik Deutschland aus rechtspolitischen Gründen eine strikte Trennung zwischen dem nur wenige Tage andauernden Polizeigewahrsam und den Haftanstalten der Justiz, die über ein gesondertes System der medizinischen Betreuung verfügen.

Auch in den internationalen Publikationen werden insbesondere aufgrund landesspezifischer Unterschiede im Polizei- und Justizsystem Sterbefälle im Polizeigewahrsam oder in Haftanstalten nicht immer getrennt voneinander betrachtet (Levine, 1998; Wobeser et al., 2002). Insbesondere im amerikanischen Schrifttum werden auch Sterbefälle im Zusammenhang mit dem Akt der Verhaftung zu den Todesfällen im Polizeigewahrsam gerechnet (Ross, 2000; Chan, 2006).

Mit der vorliegenden Arbeit wurde erstmalig eine systematische Erfassung der Todesfälle im eigentlichen Polizeigewahrsam in Deutschland ermöglicht, wobei eine strikte Abgrenzung zu Sterbefällen in der Haftanstalt und Todesfällen im Zusammenhang mit der polizeilichen Festnahme erfolgte. Es ist davon auszugehen, dass mit den 128 Fällen tatsächlich alle derartigen Vorkommnisse zusammengefasst worden sind, die sich von 1993 bis 2003 in der Bundesrepublik Deutschland ereignet haben.

Für die Angabe der relativen Häufigkeit der Todesfälle müsste eigentlich ein Bezug auf die Anzahl der polizeilichen Gewahrsamsnahmen erfolgen. In keinem der 16 Bundesländer werden jedoch diese Zahlen erfasst (Weber, 2006), auch in den Untersuchungen aus anderen Ländern findet sich nur selten entsprechendes Zahlenmaterial.

Um einen internationalen Vergleich überhaupt zu ermöglichen, muss deshalb ersatzweise die Zahl der Todesfälle in Beziehung zur Einwohnerzahl gesetzt werden. Daraus ergibt sich jedoch eine erhebliche Unsicherheit, da unterschiedliche gesetzliche Regelungen, regionale Strukturen und Polizeipraktiken unberücksichtigt bleiben.

Karch (Karch und Stephens, 1999) gibt an, dass Todesfälle im Polizeigewahrsam in einer Häufigkeit von etwa 0,1 pro 100.000 Einwohner vorkommen, betont aber auch, dass die Bestimmung der exakten Sterberate erheblich variiert. In Tabelle 8 sind die Einwohnerzahl und die Anzahl der Sterbefälle im Polizeigewahrsam von bedingt vergleichbaren Studien (10- bzw. 11-Jahreszeitraum) aus anderen Ländern aufgeführt. Dabei fällt auf, dass Deutschland mit einer Anzahl von 128 Sterbefällen bezogen auf die Einwohnerzahl von 82,5 Millionen (Häufigkeit von 0,15 pro 100.000 Einwohner) am niedrigsten liegt (Abb. 6). Demgegenüber zeigte sich in Finnland mit einer Häufigkeit von 2,01 pro 100.000 Einwohner die höchste Rate von derartigen Sterbefällen.

Tab. 8: Studien über Todesfälle im Polizeigewahrsam mit einem Zeitraum von zehn bzw. elf Jahren.

Land [Autor]	Zeitraum	Einwohnerzahl (in Millionen)	Todesfälle im Polizeigewahrsam
England und Wales [Johnson]	1970-1979	52,4	244
Finnland [Tiainen]	1975-1984	5,2	105
Ontario (Kanada) [Giles]	1980-1990	9,7	93
Australien [McDonald]	1980-1989	18,5	142
Niederlande [Blaauw].	1983-1993	16,3	59
Ontario (Kanada) [Wobeser]	1990-1999	10	58

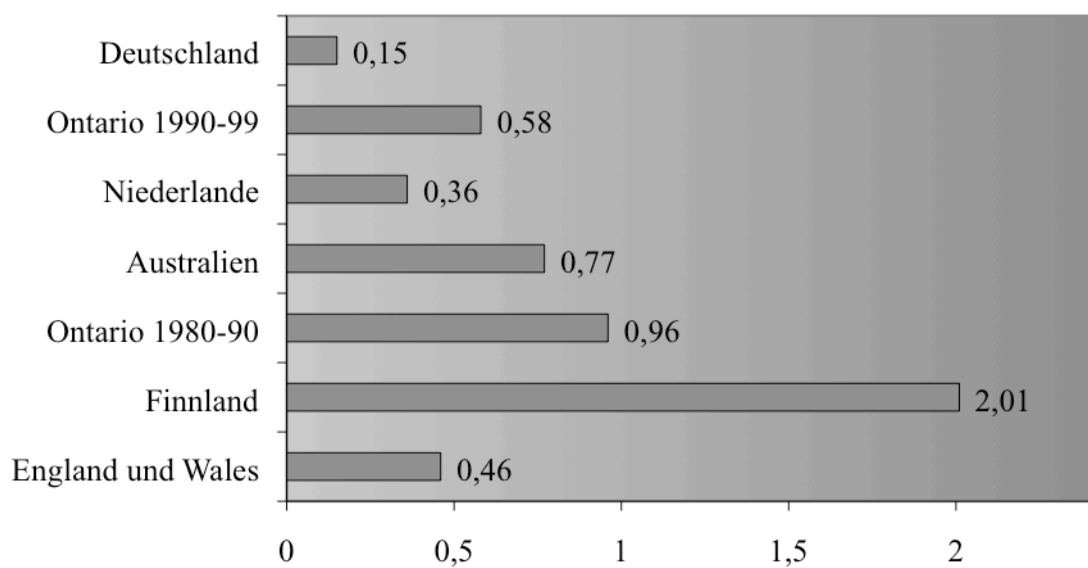


Abb. 6: Darstellung der Häufigkeit von Todesfällen im Polizeigewahrsam (pro 100.000 Einwohner)

Im Verlauf des Untersuchungszeitraumes waren in Deutschland erhebliche Schwankungen der Todesfälle pro Jahr ersichtlich, wobei jedoch keine eindeutige zu- oder abnehmende Tendenz erkennbar war.

Im Untersuchungszeitraum wurden in Deutschland mindestens 76 Sterbefälle aus dem Polizeigewahrsam obduziert, wobei nur 60 Todesfälle in die detaillierte Auswertung einbezogen werden konnten. Nach den rechtlichen Gepflogenheiten in Deutschland wäre eigentlich zu erwarten gewesen, dass bei allen derartigen Todesfällen ein Obduktionsergebnis vorliegt. Von drei rechtsmedizinischen Universitätsinstituten konnten keine Angaben zur Verfügung gestellt werden. Deshalb erfolgte eine Zuordnung aller obduzierten Sterbefälle zu den Daten aus den einzelnen Bundesländern, die aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht veröffentlicht werden konnten. Dabei zeigte sich jedoch, dass die fehlenden Angaben aus den drei Instituten die Diskrepanz zu den von den Innenministerien gezählten 128 Fällen nicht vollständig erklären kann. Es ist davon auszugehen, dass im Untersuchungszeitraum 1993-2003 nicht alle Todesfälle aus dem Polizeigewahrsam obduziert wurden. Einer der Gründe dafür könnte in den unterschiedlichen gesetzlichen Regelungen in Deutschland liegen. So besteht laut Gesetzestext in einigen Bundesländern durchaus die Möglichkeit, dass eine kriminalpolizeiliche Untersuchung und damit die Meldung an die Staatsanwaltschaft unterbleiben, wenn „zweifelsfrei ein natürlicher Tod festgestellt wird“.

Dabei ist es unverständlich, wenn seitens der Polizei und Staatsanwaltschaft auf ein Obduktionsergebnis verzichtet wird. Gerade wegen nicht selten erst später erhobenen Schuldvorwürfen ist die exakte Feststellung der Todesursache unabdingbar. Häufig stehen Personen, die in den polizeilichen Gewahrsam genommen werden, unter dem Einfluss von Alkohol bzw. Drogen oder sie haben ein Trauma erlitten (Giles und Sandrin, 1992; Best et al., 2004; Heide et al., 2004; Stark und Gregory, 2005). Der Anteil nicht natürlicher Todesursachen wird bei der ärztlichen Leichenschau häufig unterschätzt, auch bei einer sorgfältigen Durchführung ist es nicht möglich, eine letale Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenintoxikation auszuschließen (Krause et al., 2000; Madea, 2006, 2007). Im vorliegenden Untersuchungsgut betrug der Anteil dieser Todesursachengruppe immerhin 43,3 % aller Fälle.

Es war auffällig, dass nur in einem geringen Anteil der Fälle (13,3 %) ein Rechtsmediziner hinzugezogen worden ist. Dies ist aus forensischer Sicht nur schwer nachvollziehbar, da eine fundierte Todeszeitschätzung in der rechtlichen Bewertung von Todesfällen im Polizeigewahrsam häufig eine wichtige Rolle spielt. In den ausgewerteten

Ermittlungsverfahren war für die Problematik der Vermeidbarkeit des Todeseintrittes neben der Todesursache auch immer wieder die nähere Eingrenzung der Todeszeit von zentraler Bedeutung. Diese ist auch nicht unerheblich für die Frage, gegen welche konkreten Personen sich die Ermittlungsverfahren richten.

Außerdem sind genaue Angaben zum Ereignisort für eine valide sachverständige Interpretation von Verletzungen (z.B. bei einem möglichen Sturz auf eine Kante) wichtig, das umfassendste Bild kann sich dabei der Gutachter immer noch durch eine persönliche Inaugenscheinnahme machen.

In unserer Untersuchung waren bis auf eine Ausnahme alle Verstorbenen männlichen Geschlechts (98,3 %). Diese eindeutige Dominanz der Männer bei Todesfällen im Polizeigewahrsam ist weltweit in Untersuchungen aus verschiedenen Ländern wiederzufinden. Deutlich über 90 % lag der Anteil der Männer auch in Studien aus den Niederlanden (Blaauw et al., 1997), aus Ontario/Kanada (Giles und Sandrin 1992; Wobeser et al., 2002) und aus Großbritannien (Norfolk, 1998). Lediglich in Florida (Copeland, 1984) waren Frauen mit 13,4 % etwas häufiger vertreten, während in Dänemark (Segest, 1987) alle Todesfälle das männliche Geschlecht betrafen.

Eine wesentliche Ursache für diese Geschlechtsverteilung ist sicherlich, dass nicht nur in Deutschland weitaus häufiger Männer als Frauen in den Polizeigewahrsam genommen werden. In Halle (Saale) waren bei der Untersuchung von 599 Fällen, in denen die Gewahrsamstauglichkeit beurteilt wurde, 90,8 % Männer und nur 9,2 % betrafen das weibliche Geschlecht (Heide et al., 2004).

In der vorliegenden Untersuchung waren über die Hälfte (55 %) der Verstorbenen zwischen 30 und 50 Jahre alt. Auch in anderen Ländern ist der Altersgipfel von Todesfällen im Polizeigewahrsam in relativ jungen Altersgruppen zu finden. Das mittlere Lebensalter lag in Deutschland nur wenig über dem 40. Lebensjahr, wie auch in den Studien aus Florida (Copeland, 1984) und Dänemark (Segest, 1987). In den Niederlanden (Blaauw et al., 1997), in Ontario/Kanada (Giles und Sandrin, 1992) und in Großbritannien (Norfolk, 1998) war das mittlere Lebensalter der Verstorbenen sogar noch etwas geringer. Es ist naheliegend, dass eine der Ursachen für diese Altersstruktur darin zu sehen ist, dass in Deutschland wie auch in anderen Ländern bei den Gewahrsamsnahmen der Polizei insbesondere jüngere Altersgruppen vertreten sind. Exakte bundesweite Erhebungen zu dieser Thematik fehlen jedoch (Weber, 2006). Bei der regionalen Untersuchung aus Halle (Saale) zeigte sich, dass von den 599 Personen über 80 % unter 40 Jahre alt waren (Heide et al., 2004).

Ein weiterer Grund für die Altersverteilung in der aktuellen Studie ist auch darin zu sehen, dass die nichtnatürliche Todesursachen, insbesondere Intoxikationen und Traumata, gegenüber Todesfällen aufgrund einer natürlichen, vorbestehenden Ursache eindeutig dominierten.

Chan (Chan, 2006) betont, dass auch bei Sterbefällen im Polizeigewahrsam oft jüngere Menschen betroffen sind, von denen keine Krankengeschichte bekannt ist.

Nur selten finden sich in der entsprechenden Literatur detaillierte Angaben über die Einschätzung der medizinischen Tauglichkeit für den Gewahrsam bei Personen, die wenig später in der Polizeizelle verstorben sind. In unserem Untersuchungsgut lag der Anteil der Fälle, in denen zuvor eine Beurteilung durch einen Arzt erfolgte, mit 38,3 % etwas unter der Größenordnung wie sie aus den Niederlanden und Dänemark berichtet wird. Bei Blaauw (Blaauw et al., 1997) betrug dieser Anteil 42 % und bei Segest (Segest, 1987) sogar 46 %.

Es ist sicherlich davon auszugehen, dass die Häufigkeit einer Arztkonsultation bei den später Verstorbenen noch höher gewesen ist als bei allen in diesem Zeitraum in Gewahrsam genommenen Personen, da häufig schon bei der Aufnahme deutliche Symptome oder Auffälligkeiten vorliegen. In unserer Untersuchung verstarben immerhin über die Hälfte aller Personen innerhalb der ersten fünf Stunden nach der Verbringung in den Polizeigewahrsam.

Exakte Angaben über die Häufigkeit einer Arztkonsultation bei den in den Gewahrsam genommenen Personen für die gesamte Bundesrepublik Deutschland liegen nicht vor, da diese Zahlen nicht statistisch erfasst werden. Weber (Weber, 2006) konnte in einer deutschlandweiten Umfrage, die auf nachträglichen Zählungen in den Polizeirevieren und Polizeidirektionen basierte, die vollständigen Daten von sechs Bundesländern erlangen. Demnach zeigt sich im Jahr 1999 zwischen den verschiedenen Bundesländern eine enorme Schwankungsbreite in der Frequenz einer Arztkonsultation, die zwischen 5,5 % (Niedersachsen) und 48,3 % (Schleswig-Holstein) lag. In Thüringen wurde in 9,4 % aller Gewahrsamsnahmen ein Arzt hinzugezogen, in Sachsen in 12,8 %, im Saarland in 30,7 % und in Baden-Württemberg in 33,3 %.

Die relativ geringe, regional sogar extrem niedrig liegende Frequenz der Arztkonsultation in Deutschland kann nicht allein auf die in einigen Fällen entgegen den Vorgaben der Gewahrsamsordnung nicht erfolgte Hinzuziehung eines Arztes durch die Polizeibeamten zurückgeführt werden. Aus verschiedenen Regionen Deutschlands wird berichtet, dass

sich mitunter Ärzte weigern, eine Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit vorzunehmen (Greiner, 1999; Kiesecker, 1999; Pedal, 2001). Neben Unsicherheiten im Umgang mit dieser Problematik können hier rechtliche, standesrechtliche und ethische Bedenken eine Rolle spielen (Horton, 1993; Pedal, 2001).

In Deutschland enthalten die Gewahrsamsordnungen der verschiedenen Bundesländer keine konkreten Angaben darüber, welcher Arzt zur Untersuchung der Gewahrsamstauglichkeit herangezogen werden soll. Es finden sich lediglich vereinzelt Vorgaben, darüber in welcher Reihenfolge Ärzte anzufordern sind, wie z.B. in Sachsen-Anhalt („Rettungsdienst, Amtsarzt oder sonst zur Verfügung stehender Arzt“) Bayern („Amts- oder Privatarzt“) oder Berlin („Polizeiarzt oder anderer Arzt“). In Baden-Württemberg und Sachsen wird darauf hingewiesen, dass die Einrichtungen der öffentlich-rechtlichen Krankenhausträger bzw. Gesundheitsämter nach den Grundsätzen der „Amtshilfe“ verpflichtet seien. Die Mitwirkungspflicht der Krankenhausärzte ergäbe sich demnach aus ihrem Dienst- und Treueverhältnis. Demgegenüber sind laut Kiesecker (Kiesecker, 1999) Krankenhausärzte zwar in fast allen Dienstverträgen zu polizeilich angeordneten Blutentnahmen, nicht jedoch zur Überprüfung der Gewahrsamstauglichkeit verpflichtet. Die „Amtshilfe“ sei an enge Voraussetzungen geknüpft und eine regelmäßige Inanspruchnahme von Krankenhausärzten sei damit nicht zu vereinbaren. Niedergelassene Ärzte sind nach Kieseckers (Kiesecker, 1999) Ansicht grundsätzlich nicht verpflichtet, die Prüfung der Gewahrsamstauglichkeit vorzunehmen, es sei denn, die zu untersuchende Person bedürfe der sofortigen ärztlichen Hilfe.

Ärzte des Gesundheitsamtes sind mitunter durch Verwaltungsvorschriften zur Erstattung eines Gutachtens über die Haftfähigkeit verpflichtet, dagegen fehlen meist entsprechende Bestimmungen hinsichtlich der Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit. Laut Kiesecker (Kiesecker, 1999) erklären sich die Ärzte jedoch häufig nach dem Subsidiaritätsprinzip (Übernahme von Eigenverantwortung zur Unterstützung der Behörden) bereit, außerhalb der Dienstzeit entsprechende Untersuchungen vorzunehmen.

Primär zuständig für die Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit seien nach den Polizei- und Ordnungsgesetzen der Länder Polizeiärzte, auch wenn das nicht ausdrücklich aus deren Aufgabenkatalog hervorgeht (Kiesecker, 1999). In der Praxis sind Polizeiärzte aber mit dieser Aufgabe quantitativ völlig überfordert.

Nach der Ansicht von Kiesecker (Kiesecker, 1999; Weigend, 2009) kann sich ein Arzt wegen unterlassener Hilfeleistung gemäß § 323c StGB strafbar machen, wenn er die aus medizinischer Sicht gebotene Überprüfung der Gewahrsamsfähigkeit verweigert. Die Aufnahme eines Ermittlungsverfahrens gegen den Arzt ist allerdings nicht zu befürchten,

wenn kein behandlungspflichtiger Zustand bestand. Die Autorin betont aber auch, dass eine Strafbarkeit wegen fahrlässiger Körperverletzung oder fahrlässiger Tötung gegeben sein kann, wenn der Arzt eine Kontraindikation der Gewahrsamsnahme nicht erkennt und die Tauglichkeit dennoch bescheinigt. In der Praxis wird der Arzt strafrechtliche Sanktionen aufgrund der hohen Beweisansprüche eher in Ausnahmefällen befürchten müssen.

Die Analyse der Todesursachen zeigt einen hohen Anteil (80 %) von nicht natürlichen Sterbefällen durch Intoxikationen und Traumata. In der Umfrage bei den rechtsmedizinischen Instituten konnten vom Universitätsinstitut Heidelberg keine Angaben zu den Todesursachen erlangt werden. Aus der Publikation von Weber (Weber, 2006) ergibt sich jedoch, dass im Zeitraum 1996-2000 vier Todesfälle aus dem Polizeigewahrsam im Heidelberger Institut obduziert worden sind. Todesursächlich war in zwei Fällen eine Aspiration bei Mischintoxikation (erster Fall: Opiate, Benzodiazepine und Alkohol; zweiter Fall: Cannabis, Clozapin und Benzodiazepine). Bei den anderen beiden Verstorbenen fand sich eine Medikamentenvergiftung (Diazepam und Dihydrocodein) bzw. eine Alkoholintoxikation mit 3,44 Promille.

In unserem Untersuchungsgut standen insbesondere Alkoholvergiftungen und Schädel-Hirnverletzungen im Vordergrund. Ein ähnliches Ergebnis erbrachten Studien aus anderen europäischen Ländern (Segest, 1987; Blaauw et al., 1997; Wobeser et al., 2002), wobei in Finnland (Tiainen und Penttilä, 1986) und Dänemark (Segest, 1987) die akute Alkoholvergiftung und in den Niederlanden (Blaauw et al., 1997) eher eine Mischintoxikation (meistens Alkohol in Verbindung mit Drogen oder Medikamenten) als häufigste Todesursache festgestellt worden. Auch in England und Wales (Johnson, 1982) standen Alkohol- und Medikamentenvergiftungen mit 38,9 % an erster Stelle. Der Anteil von Schädel-Hirnverletzungen, der in unserer Untersuchung etwas weniger als ein Fünftel aller Fälle ausmacht, lag auch in anderen Studien meist zwischen 10-20 % (Johnson, 1982; Tiainen und Penttilä, 1986; Segest, 1987; Blaauw et al., 1997).

Natürliche Todesursachen fanden wir mit nur 20 % in einer ähnlichen Größenordnung wie sie aus anderen europäischen Ländern (Johnson, 1982; Tiainen und Penttilä, 1986; Segest, 1987; Blaauw et al., 1997) und Australien (McDonald und Thomson, 1993) berichtet wird. In der Untersuchung der 229 Todesfälle aus Florida (Copeland, 1984) wurde hingegen in über 50 % der Fälle eine natürliche Todesursache (insbesondere Herz- und Lungenerkrankungen) festgestellt. Auch in anderen Publikationen aus dem nordamerikanischen Raum wird angegeben, dass etwa die Hälfte aller Sterbefälle im Polizeigewahrsam auf eine natürliche Erkrankung zurückzuführen seien (Chan, 2006), wobei das Untersuchungsgut dieser Studien aufgrund der abweichenden Strukturen des

Polizeigewahrsams und der Haftanstalten (z.B. unterschiedliche zeitliche Dauer des Polizeigewahrsams) nur bedingt mit dem aus den europäischen Ländern vergleichbar ist. In der Untersuchung von Wobeser (Wobeser et al., 2002) aus Ontario / Kanada fanden sich in 41 % natürliche Todesursachen. Allerdings wurden hier Sterbefälle aus Polizeizellen sowie Bundes- und Provinzgefängnissen zusammengefasst. Betrachtet man jedoch in dieser Untersuchung nur die Todesfälle aus den Polizeizellen, so fällt auf, dass hier 52 von 58 Personen (etwa 90 %) an einer nichtnatürlichen Todesursache (überwiegend Intoxikationen und Strangulationen) verstorben sind.

Die Verteilung der Todesursachen bei Sterbefällen im Polizeigewahrsam unterscheidet sich erheblich von den Todesfällen in Haftanstalten, wobei im Gefängnis der Schwerpunkt bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Suiziden durch Erhängen liegt. Der Anteil der Suizide an plötzlichen Todesfällen in der Haftanstalt wird in den meisten Untersuchungen mit 50-60 % angegeben. Bei der Untersuchung von 80 Sterbefällen aus mittelhessischen Haftanstalten (Schmidt et al., 1991) zeigte sich, dass mit 55 % ein suizidales Erhängen die häufigste Todesursache war. In den österreichischen Bundesländern Tirol und Vorarlberg verstarben zwischen 1974 und 1989 insgesamt 24 inhaftierte Personen (Ambach et al., 1990). Darunter befanden sich 11 Suizide durch Erhängen und neun natürliche Todesfälle, dagegen fanden sich lediglich zwei Alkoholintoxikationen.

Im internationalen Schrifttum hat sich gezeigt, dass insbesondere Untersuchungshäftlinge mit einem Anteil von 50-70 % der Suizide in Haftanstalten vertreten sind und für die Suizidhandlung insbesondere den 1. Tag bzw. die Anfangszeit der Inhaftierung wählen (Smith, 1984; Backett, 1987; Copeland, 1989; Hurley, 1989; Granzow und Püschel, 1998). Schmidt (Schmidt et al., 1991) betonte in seiner Studie, dass das Suizidrisiko aber auch zu anderen Zeitpunkten der Untersuchungshaft (z.B. Angst vor dem Urteil) und der eigentlichen Strafhaft (z.B. wegen Perspektiv- und Hoffnungslosigkeit) keineswegs zu vernachlässigen ist.

Bei der Analyse der 275 Todesfälle aus dem Hamburger Strafvollzug im Zeitraum 1962-1995 wurde in 57 % der Fälle eine nichtnatürliche Todesursache festgestellt.

Hauptsächlich handelte es sich dabei um Suizide, aber auch 6 Tötungsdelikte waren zu verzeichnen. Unter den natürlichen Todesfällen dominierten mit 60 % die Herz-Kreislaufkrankungen, insbesondere die koronare Herzerkrankung (Granzow und Püschel, 1998).

Demgegenüber waren bei der Untersuchung von Sterbefällen aus angloamerikanischen Haftanstalten bei Lanphear (Lanphear, 1987) und Frost (Frost und Hanzlick, 1988)

überwiegend innere Erkrankungen als Todesursache festzustellen. Schneider (Schneider und Gloza, 1984) fand bei 102 Todesfällen aus Berliner Haftanstalten hingegen nur in 33% natürliche Todesursachen.

Auch in unserer Untersuchung konnte gezeigt werden, dass im Polizeigewahrsam mit der Dominanz der Vergiftungen und Schädel-Hirn-Traumata ein deutlich anderes Todesursachenspektrum als in den Haftanstalten zu verzeichnen ist.

Seitens der Boulevardpresse wird bei Todesfällen im Polizeigewahrsam nicht selten die Möglichkeit in Betracht gezogen, dass der Tod auf eine exzessive Gewalteinwirkung durch Polizeibeamte zurückgeführt wird.

Durch die Obduktionsergebnisse konnte in unserer Untersuchung jedoch in allen Fällen ein Tod infolge einer polizeilichen Gewalteinwirkung ausgeschlossen werden. Es fanden sich auch keine Hinweise auf sonstige Misshandlungen seitens der Polizei. Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit dem Bericht des Antifolterkomitees des Europarates „CPT“ (Committee for Prevention of Torture, 2006), bei dessen Inspektion im Jahr 2005 keine Misshandlungen im Polizeigewahrsam in Deutschland festzustellen waren.

Nur in wenigen systematischen Untersuchungen von Todesfällen im Polizeigewahrsam erfolgte auch eine konkrete Analyse der aufgetretenen Mängel. Da in Deutschland derartige Sterbefälle nicht zentral erfasst werden, sind die aussagekräftige Auswertung und die Erarbeitung von Präventivstrategien erschwert. Beispielfhaft ist hingegen die Analyse von Todesfällen im Polizeigewahrsam in den Niederlanden (Blaauw et al., 1997), die durch eine spezielle Organisation („Rijksrecherche“) erfolgt. Dabei wird nach der Befragung der Polizeibeamten, der Angehörigen des Verstorbenen und anderen Zeugen, sowie nach der Untersuchung der Polizeizellen und natürlich unter Einbeziehung des Obduktionsergebnisses ein Bericht erstellt, der sich auch mit der Vermeidbarkeit des Todesfalles und der Empfehlung von Präventivmaßnahmen beschäftigt.

Aufmerksamkeit erregen Todesfälle im Polizeigewahrsam trotz vorangegangener ärztlicher Untersuchung und Unbedenklichkeitsbescheinigung (Frost und Hanzlick, 1988; Bhana, 2003). Nur selten finden sich in den Studien konkrete Angaben darüber, ob die Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit von den Ärzten unzureichend oder mangelhaft durchgeführt worden war.

Blaauw (Blaauw et al., 1997) führt aus, dass zwar relativ häufig eine medizinische Untersuchung durchgeführt wird, dann aber die nötigen Konsequenzen unterbleiben. In dieser Untersuchung aus den Niederlanden fanden sich ärztlicherseits in acht Fällen eine

Unterschätzung des Schweregrades der Intoxikation und dreimal ein übersehenes kraniozerebrales Trauma.

In 4 der 39 Fälle (10,3 %) war eine mangelhafte Kommunikation zwischen Arzt und Polizei ersichtlich. Zweimal war der zuständige Arzt nicht erreichbar und in den anderen beiden Fällen kam er erst mit erheblicher Verzögerung zur Untersuchung. Auch in der Untersuchung von Weber (Weber, 2006) war festzustellen, dass im Raum Heidelberg/Mannheim hochgradig alkoholisierte Personen auch nach der ärztlichen Vorstellung im Polizeigewahrsam verblieben, obwohl sie teilweise zum Untersuchungszeitpunkt schon somnolent waren.

Auch bei uns ergaben sich in nahezu 2/3 der Fälle Mängel bei der ärztlichen Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit. Am häufigsten handelte es sich dabei um Fehler in der Diagnostik bzw. der Veranlassung einer stationären Aufnahme. Natürlich stehen dem Arzt, wenn die Untersuchung im Polizeirevier erfolgt, nur begrenzte diagnostische Mittel zur Verfügung (Heide et al., 2003). Neben dem „klinischen Blick“ sind das meist nur Pulsuhr, Blutdruckmessgerät, Stiftdlampe und Stethoskop. Der von Pedal (Pedal, 2001) geforderte Ganzkörperstatus ist in der täglichen Praxis nur manchmal notwendig und auch nicht in jedem Fall durchführbar. Nach Kiesecker (Kiesecker, 1999) ist bei der Untersuchung nur der äußere Eindruck, das Verhalten (z.B. Erregungszustand) und der Allgemeinzustand (Herz, Lunge, Kreislauf) zu beurteilen. Dabei wird keine umfangreiche Stellungnahme erwartet und in der Regel nur das Ergebnis der Untersuchung (z.B. „Patient ist gewahrsamsfähig“) bescheinigt. Lediglich in Einzelfällen sei ein Zusatz (z.B. besondere Überwachung) notwendig.

Ein weiteres Dilemma der Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit ist, dass die Prüfung des körperlichen und geistigen Zustandes gelegentlich unter räumlich und situativ erschwerten Bedingungen (z.B. in einer engen Gewahrsamszelle) erfolgen muss. Nicht selten kann nur eine unzureichende Eigenanamnese erhoben werden und auch die fremdanamnестischen Angaben sind oft recht spärlich oder weisen in die falsche Richtung (Heide et al., 2003).

Problematisch ist auch, dass die ärztliche Begutachtung mitunter im symptomfreien Intervall eines epi-oder subduralen Hämatoms oder auch kurz nach einem Sturztrunk stattfindet.

Elsing (Elsing et al., 2001) verweist auf die Schwierigkeiten bei der ärztlichen Beurteilung von intoxikierten Personen aufgrund des zeitlich nur bedingt abschätzbaren Verlaufs.

Probleme können sich auch ergeben, wenn, wie in nahezu einem Drittel unserer Fälle, eine Überschneidung von Intoxikationen mit einem Trauma oder einer inneren Krankheit vorliegt.

In der überwiegenden Zahl der Fälle mit ersichtlichen Kopfverletzungen wäre jedoch der Todeseintritt wahrscheinlich zu vermeiden gewesen, wenn eine sofortige Verbringung in ein Krankenhaus und eine entsprechende radiologische Diagnostik realisiert worden wäre. Es ist wohl unzweifelhaft, dass eine umgehende Krankenhauseinweisung auch bei den bewusstlosen oder nicht ansprechbaren Personen, die später an einer Alkoholintoxikation verstorben sind, notwendig gewesen wäre. Das in über 90 % ein Zeitintervall zwischen der Gewahrsamsnahme und dem Todeseintritt von mehr als einer Stunde lag spricht auch dafür, dass in den meisten Fällen eine gute Chance für die Vermeidung des Todeseintrittes bestanden hätte.

In mehreren medizinisch problematischen Fällen (z.B. bei hochgradiger Intoxikation oder ersichtlichen Trauma) war von den Ärzten der gesetzlich vorgegebene Abstand zwischen den Kontrollen sogar verlängert statt verkürzt wurden. Es ist zu vermuten, dass einigen Ärzten gar nicht bekannt war, dass hierzu eine Festlegung existiert. Erschwerend wirkt sich dabei sicherlich aus, dass zwischen den regionalen gesetzlichen Vorschriften des Polizeigewahrsams in Deutschland erhebliche Unterschiede bestehen (Heide et al., 2005).

Bei der Analyse der einzelnen Todesfälle war auch festzustellen, dass von den Ärzten die Möglichkeit die Gewahrsamstauglichkeit nur unter bestimmten Auflagen (z.B. Anforderungen an die Unterbringung, Nahrungsaufnahme und Medikamenteneinnahme) zu erteilen, nur wenig genutzt wurde, obwohl in den meisten Bundesländern diese Möglichkeit ausdrücklich vorgesehen ist (Heide et al., 2005).

In einigen Fällen, in denen eine ärztliche Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit erfolgte, war die Dokumentation unleserlich, unzureichend oder sogar gar nicht existent. Mängel in der medizinischen Dokumentation fanden sich auch in den Untersuchungen aus Dänemark (Segest, 1987) und den Niederlanden (Blaauw et al., 1997). Es ist davon auszugehen, dass in Deutschland solche Mängel dadurch begünstigt werden, dass nicht in allen Bundesländern ein schriftliches Attest über die Untersuchung und deren Resultat zwingend vorgeschrieben ist (Heide et al., 2005).

In über der Hälfte aller Fälle waren Mängel im Verhalten der Polizeibeamten ersichtlich. Am häufigsten wurde auf eine Arztvorstellung gänzlich verzichtet, was in einigen Fällen angesichts der von den Polizisten beobachteten deutlichen Auffälligkeiten (z.B. Bewusstseinsstrübung, sichtliche Verletzungen) nur schwer nachvollziehbar ist. In den Gewahrsamsordnungen finden sich in einigen Bundesländern nur unspezifische Anlässe für eine Arztkonsultation (Heide et al., 2005). Doch selbst bei detaillierter gesetzlicher Vorgabe von Kriterien einer Arztvorstellung wie in Sachsen-Anhalt (Heide et al., 2007) verbleibt für die Polizeibeamten immer noch ein erheblicher Entscheidungsspielraum. In Sachsen und Rheinland-Pfalz wird unter anderem die Konsultation eines Arztes für erforderlich angesehen, wenn nicht lediglich unerhebliche äußere Verletzungen erkennbar sind. Die Gefahr von Fehleinschätzungen liegt auf der Hand. Die Einstufung einer äußeren Wunde als „erheblich“ oder „unerheblich“ dürfte bei den begrenzten diagnostischen Möglichkeiten im Polizeirevier selbst einen erfahrenen Mediziner mitunter schwer fallen. Berghaus (Berghaus, 1981) berichtet allerdings, dass bei 13.000 Ausnüchterungen im Kölner Polizeigewahrsam in den Jahren 1968 bis 1972 und 1976 keine mit schwerwiegenden Folgen für die Gesundheit einhergehenden Fehleinschätzungen durch die Polizeibeamten zu verzeichnen waren. Als Gründe werden die in langen Berufsjahren erworbene Fähigkeit zur Differenzierung und andererseits auch ein gewisser Auslösemechanismus (Arztverständigung bei Nichtansprechbarkeit und bei Verdacht auf nicht alkoholbedingte Bewusstseinsstörung) angesehen.

Bei den meisten Sterbefällen, in denen der Todeseintritt wahrscheinlich vermeidbar gewesen wäre, fanden sich Hinweise dafür, dass mangelhafte Kontrollen und eine unzureichende Schulung der Polizeibeamten den fatalen Verlauf begünstigt haben. So verwiesen in mehreren Ermittlungsverfahren die Polizisten darauf, dass sie die in vorgegebenen Kontrollintervalle nicht einhalten konnten, da sie in andere Dienstaufgaben eingebunden waren.

Eine besondere Problematik stellt auch die Art der Kontrollen dar. In mindestens einem Fünftel der 60 Todesfälle wäre zumindest retrospektiv eine Prüfung der Erweckbarkeit notwendig gewesen, die jedoch nicht nur in Deutschland in den gesetzlichen Vorschriften meist nicht fixiert ist (Blaauw et al., 1997; Heide et al., 2005). In den Ermittlungsverfahren gegen Polizeibeamte beklagten diese auch, dass sie für die Kontrolle von in Gewahrsam genommenen Personen nicht ausgebildet seien.

In die Diskussion über die Vermeidbarkeit von Todesfällen im Polizeigewahrsam müssen auch Mängel in der Kommunikation zwischen den Polizeibeamten und Ärzten betrachtet

werden (Blaauw et al., 1997). In unserer Studie hatten in mindestens fünf Fällen die Polizisten nur eine unzureichende Vorgeschichte mitgeteilt. Möglicherweise wäre von den Ärzten doch eine Krankenhauseinweisung veranlasst worden, wenn sie in den beobachteten Fällen von Sturztrunk, Tabletteneinnahme oder Sturzgeschehen Kenntnis gehabt hätten.

Mit Sicherheit wäre der Todeseintritt in den Fällen vermeidbar gewesen, in denen die in Gewahrsam genommenen Personen erst in der Zelle eine tödliche Dosis von Tabletten, Drogen bzw. Drogenersatzmitteln zu sich genommen haben. Hier kann nur von einer unzureichenden Untersuchung durch die Polizeibeamten bei der Aufnahme in den Gewahrsam ausgegangen werden.

In Deutschland ist in allen Bundesländern eine ärztliche Untersuchung vorgesehen, wenn Zweifel an der medizinischen Tauglichkeit für den Polizeigewahrsam bestehen (Heide et al., 2005). Trotzdem gab es Einzelfälle, in denen die Polizeibeamten sich damit zufrieden gegeben haben, dass bei der Vorstellung in einem Krankenhaus pflegerisches Personal eine Arztkonsultation nicht für erforderlich hielt.

Der Fall des 35 Jahre alten Mannes, welcher von den Polizeibeamten ausgesetzt worden war und schließlich erfroren ist, musste in unserer Studie den Ausschlusskriterien zugeordnet werden. Er zeigt jedoch, dass es in Einzelfällen auch zu eklatanten Verletzungen der besonderen Fürsorgepflicht der Polizei („Garantenstellung“) kommen kann. Die zwei betroffenen Polizeibeamten mussten schließlich auch die strafrechtlichen Folgen für ihr Fehlverhalten tragen. Beide wurden wegen Aussetzung mit Todesfolge zu einer mehrjährigen Haftstrafe ohne Bewährung verurteilt.

In der vorliegenden Studie offenbarten sich Mängel in der allgemeinen Organisation des Polizeigewahrsams, die von der Praxis der medizinischen Vorstellung bis hin zur Ausstattung der Gewahrsamsräume reichten. Dabei war auch zu konstatieren, dass der fatale Verlauf einiger Todesfälle durch eine unzureichende Organisationsstruktur und Regelung in den Gewahrsamsordnungen der einzelnen Bundesländer begünstigt wurde.

Es ist unbestritten, dass alkohol- oder drogenintoxikierte bzw. substanzabhängige Personen nicht immer die angenehmsten und kooperativsten Patienten sind. Die Überwachung und damit die Verantwortung für bewusstlose oder nicht ansprechbare Personen kann jedoch nicht allein an Polizeibeamte übertragen werden. In Deutschland ist

ein solches Vorgehen in den gesetzlichen Verordnungen teilweise verankert. So wird zum Beispiel in der Gewahrsamsordnung von Bayern lediglich gefordert, dass bewusstlose Personen „etwas häufiger kontrolliert“ werden sollen (Heide et al., 2005). Nur in wenigen Bundesländern wie in Hamburg oder Bremen ist in den Verordnungen auch fixiert, dass eine aus ärztlicher Sicht insbesondere bei traumatisierten und deutlich intoxikierten Personen notwendige Überprüfung der Erweckbarkeit bei den Kontrollen erfolgen muss. So ist in Bremen vorgeschrieben, dass bei betrunkenen oder sonstigen hilflosen Personen durch Ansprache zu prüfen ist, ob sie reagieren. Reagiert die Person nicht, so muss versucht werden, sie aufzuwecken. Gelingt dies nicht, muss die Person einem Krankenhaus zugeführt werden; ggf. ist sofort ein Notarzt anzufordern. In Hamburg sind Personen mindestens halbstündlich durch einen erfahrenen Beamten/Beamtin zu kontrollieren und wenn sie schlafen, wachzurütteln und anzusprechen.

Ein weiteres Problemfeld in der medizinischen Versorgung von in den Polizeigewahrsam genommenen Personen ist das breit gefächerte Spektrum von Symptomen und Krankheiten, die Anlass für eine Arztvorstellung sind. Bei der Untersuchung der 599 Personen aus dem Polizeigewahrsam in Halle (Saale) war in 30,6 % eine akute Alkoholisierung und in nahezu 25 % ein Drogenentzugssyndrom der Grund für Zweifel an der medizinischen Tauglichkeit (Heide et al., 2004). Auch der Verdacht auf akute Suizidalität, Traumata unterschiedlicher Genese, und das Vorliegen eines Diabetes mellitus war relativ oft Anlass für die Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit. Nicht selten führten ebenso Brustschmerzen unklarer Genese, chronisch-obstruktive Atemwegserkrankungen und bakterielle Infektionen zu einer Arztvorstellung. Darüber hinaus erfolgte die Inanspruchnahme eines Arztes in etwa 7 % der Fälle bei unspezifischen Indikationen. Diese betrafen vor allem ausländische Personen, wobei oft die Hinzuziehung eines Dolmetschers notwendig wurde. Auch in der Untersuchung von Weber (Weber, 2006) zeigte sich bei den 407 untersuchten Personen eine deutliche Dominanz der akuten Alkoholisierung, weit vor der Drogenabhängigkeit, psychiatrischen Erkrankungen, Verletzungen und sonstigen Problemen neurologischer, urologischer, augenärztlicher oder zahnmedizinischer Art. Aufgrund dieses heterogenen Spektrums ist es nicht möglich, eine Aussage darüber zu treffen, ob eine bestimmte medizinische Fachrichtung für die Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit besonders geeignet sei. Nicht selten ist der Arzt dann auch als Weichensteller tätig, indem er vor einem positiven Votum über die Gewahrsamstauglichkeit noch eine fachärztliche Konsultation (z.B. Psychiater oder Chirurg) empfiehlt.

Kommt der Arzt im Ergebnis seiner Untersuchung zur Schlussfolgerung, dass keine Gewahrsamstauglichkeit vorliegt, können sich erhebliche Probleme ergeben. In den Gewahrsamsordnungen der Länder sind für solche Fälle teilweise nur unzureichende oder sogar gar keine Festlegungen getroffen.

In der Untersuchung aus Halle (Saale) waren immerhin 7,3 % der untersuchten Personen nicht gewahrsamstauglich. Insbesondere die Feststellung einer akuten Suizidalität im Stadium der Ambivalenz (11 Fälle) führte zur Krankenhauseinweisung. Bei an Diabetes erkrankten Patienten wurde eine stationäre Behandlung (6 Fälle) vor allem bei entgleister Stoffwechsellage oder in Kombination mit stärkerer Alkoholisierung als notwendig angesehen. Nur in einzelnen Fällen, wie zum Beispiel bei zwei Frauen mit Risikoschwangerschaft, war bei Feststellung von Nichtgewahrsamstauglichkeit keine sofortige Krankenhausbehandlung erforderlich.

In Sachsen-Anhalt kam es 2005 in den Verwahrräumen der Polizei zum Tod eines Asylbewerbers und kurz darauf eines Obdachlosen. Der Fall des Schwarzafrikaners, der in der Zelle auf einer Liege fixiert war und dort verbrannte, erregte ein breites nationales und internationales Aufsehen. 2006 wurde daraufhin eine neue Polizeigewahrsamsordnung mit einschneidenden Änderungen erlassen. Nach der Einführung der neuen Verordnung stieg in Halle (Saale) der Anteil der nichtgewahrsamstauglichen Personen sprunghaft von 7,3 auf 16,5 % an, da alle Personen mit einer Atemalkoholkonzentration von 2 oder mehr Promille praktisch zum Notfall erklärt wurden (Heide et al., 2007). Dies stieß bei den herbeigerufenen Notärzten und in den Notaufnahmen der Krankenhäuser auf erhebliches Unverständnis, da in der Mehrzahl dieser Fälle die erheblich alkoholgewöhnten Personen keine relevanten Ausfallerscheinungen oder Vergiftungssymptome aufwiesen. Im Raum Heidelberg/Mannheim waren sogar 20 % (81 von 407) der untersuchten Personen nicht gewahrsamstauglich (Weber, 2006). Von diesen 81 Personen verblieben trotzdem 19 (23,4 %) ohne weitere Abklärung in der Polizeizelle.

Auch in der vorliegenden Untersuchung beklagten Polizeibeamte aus mehreren Bundesländern, dass in einigen Fällen trotz ärztlich ausgeschlossener Gewahrsamstauglichkeit die stationäre Aufnahme in ein Krankenhaus abgelehnt wurde. In mehreren Bundesländern müssen diese Personen dann trotzdem im Gewahrsam verbleiben, wenn die Verwahrung zwingend erforderlich erscheint. Aus medizinischer Sicht erscheint dies problematisch, da hier trotz ärztlicher Feststellung der Nichtgewahrsamstauglichkeit die Verantwortung für Gesundheit und Leben bei den Polizeibeamten verbleibt.

Probleme für eine positive Stellungnahme zur Gewahrsamstauglichkeit können sich schon allein daraus ergeben, wenn die baulichen Voraussetzungen einer Gewahrsamszelle, z.B. zu hohe, gemauerte Liegen mit entsprechender Verletzungsgefahr, bedenklich erscheinen. Weber (Weber, 2006) kritisiert, dass die Gewahrsamszellen in Heidelberg mit erhöhten, podestartigen Liegen ausgestattet sind, die für alkoholisierte und randalierende Personen das Risiko von sturzbedingten Verletzungen in sich bergen. Außerdem sind in allen Heidelberger Polizeidienststellen die Gewahrsamszellen weit entfernt von den eigentlichen Revierräumen und die Beleuchtungsverhältnisse ausgesprochen dürftig. Auch eine Vierpunktfixation in Rückenlage bei intoxikierten Personen, die aus polizeilicher Sicht manchmal notwendig erscheint, ist aus ärztlicher Sicht bedenklich und macht eine Dauerüberwachung schon wegen der Aspirationsgefahr erforderlich (Heide et al., 2005).

In den Gewahrsamsordnungen der verschiedenen Bundesländer finden sich teilweise äußerst detaillierte Vorgaben über die Ausstattung der Gewahrsamsräume. Dennoch ist in verschiedenen Bundesländern die Beschaffenheit von Polizeizellen zu beanstanden.

Auch in internationalen Publikationen (Horton, 1993; CPT, 2006) wird gefordert, dass in den Gewahrsamszellen der Polizei bestimmte Grundvoraussetzungen erfüllt sein müssen. Dazu gehören eine ausreichend Größe, angemessene Beleuchtung und Belüftung; die Ausstattung mit Sitzgelegenheiten sowie sauberen Matratzen und Decken. Den Inhaftierten sollten ausreichend Waschgelegenheiten und Verpflegung angeboten werden (CPT, 2006). Zu den schlechten Hygienebedingungen sowie dem fehlenden Tageslicht hat sich das CPT in einem Report nach einem ad hoc Besuch im September 2008 in Griechenland geäußert. Im Dezember 2007 kritisierte ein CPT Bericht (CPT, 2007) nach Besuch in der Ukraine die Überfüllung der Gewahrsamszellen, in einem Fall mit 15 Gefangenen auf 10 qm Grundfläche.

Im Report des CPT (CPT, 2007) wurde auch kritisiert, dass sich beispielsweise die Polizeizellen oft räumlich weit entfernt vom eigentlichen Tätigkeitsbereich der Polizisten befinden und keine Alarmierungssysteme vorhanden sind, womit sich der Inhaftierte bemerkbar machen kann. Somit besteht die Gefahr, dass auf Gefahrensituationen wie Gewalt unter den Häftlingen oder Feuer nicht rechtzeitig reagiert werden kann. Das CPT fordert den Einsatz einer unabhängigen Behörde zur Überwachung und Inspektion von Polizeieinrichtungen und der Gewahrsamsräumlichkeiten sowie zur Verhütung polizeilicher Misshandlungen der in Gewahrsam genommenen Personen. Außerdem müsse garantiert werden, dass die Inhaftierten eine ausreichende medizinische

Versorgung erhalten. Dazu fehlen in den meisten Ländern jedoch konkrete Festlegungen und Richtlinien (Horton, 1993).

Das CPT (CPT, 2006) stellt außerdem die Forderung auf, dass die inhaftierten Personen das Recht haben müssen, von einem Arzt der eigenen Wahl untersucht zu werden.

6. Schlussfolgerungen

Die vorliegende systematische Untersuchung von Todesfällen im Polizeigewahrsam ermöglicht erstmals in Deutschland eine valide Mängelanalyse, aus der sich Strategien zur künftigen Vermeidung bzw. Reduktion derartiger Vorkommnisse ableiten lassen.

Im nur bedingt möglichen internationalen Vergleich liegt in Deutschland die Anzahl der Todesfälle im Polizeigewahrsam bezogen auf die Einwohnerzahl verhältnismäßig niedrig. Anhand der Mängelanalyse für jeden konkreten Fall konnte aufgezeigt werden, dass bei der überwiegenden Zahl der Fälle eine gute Chance zur Vermeidung des Todeseintrittes bestanden hätte, wenn eine rechtzeitige Krankenhauseinweisung realisiert worden wäre.

Von den 128 Todesfällen im Untersuchungszeitraum 1993-2003 konnten nur 60 in die weitere Auswertung und Mängelanalyse einbezogen werden, da nicht in allen Fällen eine Sektion durchgeführt wurde bzw. das Obduktionsergebnis zur Verfügung gestellt werden konnte.

Es ist zu fordern, dass zukünftig alle Todesfälle im Polizeigewahrsam obduziert werden, da nur mit einem konkreten Sektionsergebnis die objektive Bewertung von Schuldvorwürfen und die Erarbeitung von Präventionsstrategien möglich sind (Elsing et al., 2002).

Außerdem sollten die Ermittlungsbehörden bei Sterbefällen im Gewahrsam bei unklarer Todeszeit nach Möglichkeit frühzeitig einen Rechtsmediziner hinzuziehen.

Das Altersspektrum der Verstorbenen zeigte, dass insbesondere jüngere Personen, meist ohne konkrete Krankengeschichte, betroffen sind. Dieser Aspekt darf für präventive Maßnahmen nicht außer Acht gelassen werden, da hier eine deutliche Abweichung gegenüber dem mittleren Sterbealter der Normalbevölkerung vorliegt.

Die Analyse der Todesursachen ergab, dass vier Fünftel aller Personen infolge von Intoxikationen und Traumata verstorben sind. Eine ähnliche Verteilung der Todesursachen zeigten auch die Untersuchungen aus anderen europäischen Ländern

(Johnson, 1982; Tiainen und Penttilä, 1986; Segest, 1987; Blaauw et al., 1997). Die Kenntnis dieses spezifischen Risikoprofils ist wichtig, da sich hier Ansatzpunkte für Präventionsstrategien bieten. So sollten Personen mit Kopfverletzungen oder deutlichen alkohol- bzw. drogenbedingten Ausfallerscheinungen unbedingt einem Arzt vorgestellt werden, der dann eine Röntgen-/CT-Untersuchung bzw. eine stationäre Aufnahme veranlassen kann. Bei der Erarbeitung von präventiven Maßnahmen ist darauf zu achten, dass Todesfälle im Polizeigewahrsam von solchen in der eigentlichen Straftat abgegrenzt werden, da hier erhebliche Unterschiede im System der medizinischen Versorgung und in den Risikofaktoren bestehen.

Ärzte, die zur Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit herangezogen werden, müssen auch unter den meist ungünstigen Bedingungen im Polizeirevier bei der Untersuchung die entsprechende Sorgfalt walten lassen. Dazu gehört auch die Schaffung einer ausreichenden Beleuchtung, damit keine relevanten Befunde übersehen werden. Bei der Untersuchung von ausländischen Personen, mit denen sich der Arzt nicht verständigen kann, ist die Hinzuziehung eines Dolmetschers unerlässlich. Auch bei ungünstigen Rahmenbedingungen sollte nicht darauf verzichtet werden. Anderenfalls könnte dem Arzt Fahrlässigkeit unterstellt werden, wenn es dann doch zu einer schwerwiegenden Gesundheitsschädigung kommt.

Aus den in den vorliegenden Untersuchungen ersichtlichen Mängeln bei der medizinischen Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit kann abgeleitet werden, dass der Arzt die wichtigsten Vorgaben der Polizeigewahrsamsordnung des jeweiligen Bundeslandes kennen muss, da im konkreten Fall meist eine Präzisierung notwendig ist. So sollte der Mediziner den Kontrollmodus mit Zeitangaben und Art der Durchführung (z.B. Kontrolle der Erweckbarkeit) vorgeben. Diese Festlegung ist insbesondere in den Bundesländern wichtig, in denen keine konkreten Zeitintervalle vorgegeben sind. In den meisten Ländern sind in der jeweiligen Gewahrsamsordnung die Zeitabstände zwischen den Kontrollen vorgeschrieben. Hier kann der Arzt, wenn erforderlich, das Intervall verkürzen, keinesfalls jedoch verlängern. Gefälligkeiten gegenüber den Polizeibeamten sind hier fehl am Platz.

Der Ansicht von Kiesecker (Kiesecker, 1999), dass nur in Einzelfällen ein Zusatz wie „besondere Überwachung“ notwendig sei, muss widersprochen werden. In der vorliegenden Studie zeigte sich, dass in mehreren Fällen der Todeseintritt wahrscheinlich verhindert hätte werden können, wenn der Mediziner konkrete Vorgaben gemacht hätte

und diese auch von den Polizisten beachtet worden wären. Deshalb muss nicht nur in besonders problematischen Fällen der Arzt die Möglichkeit nutzen, das Attest nur unter bestimmten Auflagen zu erteilen, um das Ausmaß seiner Verantwortung zu begrenzen (Heide et al., 2004, 2005). Dazu zählen besondere Anforderungen und Hinweise für die Überwachung, aber auch Vorgaben zu Nahrungsaufnahme und Medikamenteneinnahme oder die Hinzuziehung eines Facharztes.

Die Dokumentation über das Resultat der ärztlichen Untersuchung und eventuelle Auflagen bzw. Einschränkungen sollte unbedingt schriftlich erfolgen, auch wenn dies in einigen Bundesländern nicht ausdrücklich vorgeschrieben ist. Diese darf keine Fachbegriffe enthalten und so auch als Anordnung an die Polizei in verständlicher Form erstellt werden. Eine verbindliche „Checkliste“ mit Fremd- und Eigenanamnese, körperlichem und psychopathologischem Untersuchungsbefund und ausformulierter Verdachtsdiagnose - wie von Stein (Stein, 2003) und Weber (Weber, 2006) vorgeschlagen, birgt forensische Risiken in sich, z.B. bei über die eigene Fachkompetenz hinausreichenden Untersuchungen, und wird damit den Anforderungen der täglichen Praxis nicht gerecht. Vielmehr handelt es sich bei der Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit um eine symptomorientierte „Ad-hoc-Stellungnahme“ mit sich eventuell ergebenden Auflagen für einen sehr eng begrenzten Zeitraum (Heide et al. 2003, 2005).

Weber (Weber, 2006) verweist darauf, dass in Deutschland die unterschiedlichsten Formulare und Protokollbögen über die Untersuchung zur Gewahrsamstauglichkeit verwendet werden. Die Forderung nach einer Vereinheitlichung auf Länderebene erscheint dabei durchaus nachvollziehbar. Die Einführung eines einheitlichen Formulars auf Bundesebene (Weber, 2006) dürfte jedoch angesichts der unterschiedlichen regionalen Voraussetzungen und Strukturen kaum möglich sein.

In der vorliegenden Untersuchung zeigte sich auch, dass in Einzelfällen Ärzte das Risiko, an einer Alkoholintoxikation zu versterben, deutlich unterschätzt haben. Es ist zu fordern, dass bewusstlose oder auch erheblich bewusstseinsgetrübte Personen in ein Krankenhaus verbracht werden müssen und keinesfalls in den Polizeigewahrsam gehören (Weber, 2006). In mehreren Fällen war auch ersichtlich, dass von Ärzten trotz erkennbarer Verletzungen am Kopf die Möglichkeit eines höhergradigen Schädel-Hirn-Traumas offensichtlich nicht in Erwägung gezogen wurde. Bei Patienten mit Kopfwunden, die nicht als Bagatellverletzungen einzuordnen sind, muss im Zweifelsfall immer eine CT- und Röntgenuntersuchung veranlasst werden. Allerdings werden sich, dadurch auch nicht alle

Sterbefälle vermeiden lassen, da bei einem Schädel-Hirn-Trauma selbst bei optimaler Therapie immer noch von einer gewissen Restletalität auszugehen ist.

Für Ärzte, von denen häufiger eine Untersuchung zur Gewahrsamstauglichkeit abgefordert wird, sollte eine regelmäßige Weiterbildung zu dieser speziellen Thematik selbstverständlich sein. Neben dem Literaturstudium können dazu auch Fallkonferenzen und die Konsultation von Kollegen anderer Fachrichtungen beitragen. In Halle arbeitet seit etwa 15 Jahren unter Anleitung des Universitätsinstitutes für Rechtsmedizin ein Team speziell geschulter Ärzte aus verschiedenen Fachrichtungen, die neben Blutentnahmen auch die Gewahrsamstauglichkeit beurteilen. Es handelt sich um ein von Polizei und Ärzten gleichermaßen akzeptiertes, gut funktionierendes und in der Öffentlichkeit anerkanntes System (Heide et al., 2007)

In der vorliegenden Studie war auf Seiten der Polizeibeamten als häufigster Mangel die fehlende Hinzuziehung eines Arztes zu verzeichnen. Auch wenn diese Arztkonsultation nicht immer problemlos zu erreichen ist, so darf insbesondere in problematischen Fällen nicht darauf verzichtet werden. Die lokalen Polizeidienststellen müssen nach Möglichkeiten suchen, die es ermöglichen, dass die Dienst habenden Polizisten auch nachts zeitnah einen Arzt hinzuziehen können. Die Beurteilung, ob deutliche Ausfallerscheinungen oder erkennbare Verletzungen einen Anlass für eine Krankenhausaufnahme darstellen, sollte dem Mediziner überlassen werden. Bei einer deutlichen Veränderung des Zustandsbildes, wie z.B. zunehmende Eintrübung bei einem Schädel-Hirn-Trauma oder Eintritt von Entzugssymptomen, dürfen die Polizeibeamten auch eine erneute ärztliche Vorstellung nicht scheuen.

Die Dienstvorgesetzten müssen darauf achten, dass auch bei angespannter Personalsituation die vorgeschriebenen bzw. vom Arzt vorgegebenen Zeitabstände zwischen den Kontrollen eingehalten werden.

In der Mängelanalyse war ersichtlich, dass auch hinsichtlich der Art der Durchführung der Kontrollen erhebliche Defizite bestehen. Hier besteht zweifellos der Bedarf einer gezielten Schulung der Polizeibeamten. Bei allen Kontrollen muss eine Prüfung der Ansprechbarkeit oder Erweckbarkeit erfolgen, auch wenn dies von den in Gewahrsam genommenen Personen als störend empfunden wird. Falls auf lautes Ansprechen keine bzw. eine ungenügende Reaktion erfolgt, ist die Beurteilung der Bewusstseinslage bei einer schlafenden Person nur möglich, wenn stärkere Weckreize (z. B. Wachrütteln) in Anwendung gebracht werden.

Am häufigsten waren Intoxikationen und Schädel-Hirn-Traumata todesursächlich. Meist geht hier jedoch eine allmählich zunehmende Symptomatik mit Bewusstseinstörung, Erbrechen, Atemstörungen dem Todeseintritt voraus. Bei engmaschigen Kontrollen mit Prüfung der Ansprechbarkeit oder Erweckbarkeit können relevante Veränderungen des Zustandsbildes frühzeitig erkannt und mit der Hinzuziehung eines Notarztes reagiert werden.

Es ist zu fordern, dass dem untersuchenden Mediziner alle Angaben zur Vorgeschichte, insbesondere die beobachtete Einnahme von zahlreichen Tabletten oder eines Sturztrunkes lückenlos mitgeteilt werden. Die Beamten sollten verpflichtet werden, das Attest stets gegenzuzeichnen als Bestätigung dafür, dass sie das Untersuchungsergebnis und die erteilten Auflagen verstanden haben.

Natürlich ist auch eine gewissenhafte Durchsuchung der Personen bei Aufnahme in den Gewahrsam unerlässlich. Nur so kann verhindert werden, dass Inhaftierte in der Zelle noch eine tödliche Dosis von Tabletten bzw. Drogen (wie z.B. in zwei Fällen aus dieser Studie) zu sich nehmen oder auch mit einem Feuerzeug einen Brand legen können (wie z.B. in Sachsen-Anhalt beim Tod des Asylbewerbers in einer Polizeizelle).

Bei Zweifeln an der medizinischen Tauglichkeit für den Gewahrsam dürfen sich die Polizeibeamten nicht von Rettungssanitätern oder Krankenschwestern abweisen lassen, sondern sie müssen auf eine Arztvorstellung bestehen.

Auch auf der Ebene der allgemeinen Organisation und der gesetzlichen Regelung des Polizeigewahrsams besteht in Deutschland Handlungsbedarf.

Nach den Erfahrungen in der täglichen Praxis muss die saubere Trennung der Begriffsinhalte „Gewahrsamstauglichkeit“ von „Haftfähigkeit“ in deren Konsequenzen jedes Mal erneut Polizeibeamten, Hafttrichtern, Staatsanwälten und auch ärztlichen Kollegen gegenüber deutlich gemacht werden, damit es nicht infolge von Missverständnissen zur Gesundheitsgefährdung Festgenommener und später zu ungerechtfertigten Schuldzuweisungen gegenüber Ärzten kommt. Ähnliche Erfahrungen werden von Weber (Weber, 2006) berichtet.

Eine bundesweit verbindliche Definition der Gewahrsamsfähigkeit, wie von Weber (Weber, 2006) vorgeschlagen, ist im Hinblick auf die Gesetzgebungskompetenz der Bundesländer und die unterschiedlichen Regionalstrukturen wahrscheinlich nicht durchsetzbar.

Es muss eigentlich selbstverständlich sein, dass bewusstlose Personen einen medizinischen Notfall darstellen und nicht in den Polizeigewahrsam gehören. In den Gewahrsamsordnungen sollte ausdrücklich darauf hingewiesen werden und Anordnungen, die die Aufnahme bewusstloser Personen sogar vorsehen (Heide et al., 2005), dringend geändert werden.

Die Prüfung der Ansprechbarkeit oder Erweckbarkeit nach dem Vorbild der Anleitungen in Hamburg und Bremen sollte in den Gewahrsamsordnungen aller Bundesländer fixiert werden. Der in einigen Bundesländern praktizierte und weit auslegbare Modus mit „regelmäßigen“ Kontrollen bzw. „in angemessenen Zeitabständen“ muss durch konkrete zeitliche Festlegungen ersetzt werden.

Es besteht jedoch andererseits auch die Gefahr einer übermäßigen Reglementierung. So wurde zum Beispiel in der neuen Polizeigewahrsamsordnung von Sachsen-Anhalt in elf „Situationen“ dem Arzt „die Einweisung in eine ambulante oder stationäre Gesundheitseinrichtung bzw. die Vorstellung beim Rettungsdienst zu veranlassen“ dringend empfohlen. Hierzu zählen selbstverständlich bewusstlose und erheblich verletzte Personen aber auch solche mit einer „Blutalkoholkonzentration von zwei oder mehr Promille“ oder Personen, die „an einer Psychose, Suchtkrankheit bzw. einer anderen krankhaften seelischen oder geistigen Störung oder Behinderung leiden oder gelitten haben“ (Heide et al., 2007). Folgt man dieser Empfehlung buchstabengetreu, wäre sogar schon ein süchtiger Raucher gewahrsamsuntauglich.

Nach Möglichkeit sollten nur erfahrene und geschulte Ärzte für die Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit eingesetzt werden. Da Polizeiärzte mit dieser Aufgabe quantitativ völlig überfordert sind, ist die Polizei zwingend auf die Mitwirkung anderer Ärzte angewiesen. Nach derzeitiger gesetzlicher Regelung können mit Ausnahme von Notfällen Ärzte zur Prüfung der Gewahrsamstauglichkeit jedoch nicht verpflichtet werden. Deshalb müssen die Innenministerien der Bundesländer und die Polizeidienststellen den Abschluss einer Zuständigkeitsvereinbarung mit bestimmten Ärzten oder Einrichtungen anstreben. Damit kann die ständige Verfügbarkeit eines Arztes gewährleistet werden und die Mediziner werden durch häufigere Konfrontation mit dieser Problematik in der Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit geschult. Die Polizeidienststellen müssen auch sicherstellen, dass bei Zweifeln an der medizinischen Tauglichkeit zwingend eine Arztvorstellung durchgeführt wird, da diese Entscheidung nicht Rettungssanitätern oder Krankenschwestern überlassen werden darf.

Die Empfehlung des Komitees des Europarates (Horton, 1993), dass die Inhaftierten nach Möglichkeit durch einen Arzt ihrer eigenen Wahl außerhalb der Hör- und Sichtweite der Polizeibeamten untersucht werden, wird sich in der täglichen Praxis kaum realisieren lassen. Die Erfahrungen verschiedener Autoren (Greiner, 1999; Kiesecker, 1999; Pedal, 2001) und die eigenen Ergebnisse zeigten, dass es in einigen Regionen von Deutschland enorm schwierig ist, überhaupt eine Arztkonsultation zu gewährleisten. Bei dem hohen Anteil von alkohol- und drogenbeeinflussten, häufig affektinkontinenten Personen im Polizeigewahrsam ist es für den Arzt schon zur eigenen Sicherheit oft erforderlich, dass die Polizeibeamten in der unmittelbaren Nähe sind.

Auch in der Publikation des Komitees des Europarates (Horton, 1993) wird jedoch betont, dass es aus praktischer Sicht wichtiger erscheint, dass die Ärzte von der Polizei unabhängig sind und eine ausreichende Schulung und Erfahrung im Umgang mit Patienten im Arrest haben. Dabei sollten gerichtsmedizinische Aufgaben im Auftrag der Polizei wie die Entnahme von Blutproben zur Blutalkoholbestimmung von anderen medizinischen Maßnahmen wie die Beurteilung der Gewahrsamsfähigkeit und der Dokumentation eventueller Misshandlungen durch die Polizei strikt getrennt werden.

Bei Überarbeitungen von Gewahrsamsordnungen sollte weiterhin berücksichtigt werden, dass ausreichende Untersuchungsbedingungen und die Möglichkeit der Erteilung von Auflagen durch den Arzt festgeschrieben wird. Die Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit sollte in einem ausreichend beheizten und genügend beleuchteten Raum stattfinden, in dem sich die Möglichkeit zur Untersuchung am liegenden Probanden bietet.

In einer Heidelberger Dissertation (Weber, 2006) wurde ein Ablaufschema vorgeschlagen, in dem der Bewusstseinszustand des Inhaftierten als entscheidendes Kriterium postuliert wird. Stellt sich bei der ärztlichen Untersuchung eine Bewusstseinstrübung dar, so wird bei gleichzeitiger Desorientierung eine Klinikeinweisung als notwendig angesehen, während bei bedingter Orientierung, Ausschluss von Verletzungen und Stoffwechselentgleisungen ein Verbleiben im Gewahrsam als Risikopatient für möglich erachtet wird. Es ist sicherlich begrüßenswert, wenn versucht wird, Richtlinien für die Gewahrsamstauglichkeitsuntersuchung zu erarbeiten. Allerdings wird sich bei der deutlichen Heterogenität der Symptome, Krankheiten und Zustandsbilder nicht immer ein solch schematisches Vorgehen realisieren lassen. Letztlich muss der Arzt in seiner Entscheidung über die medizinische Tauglichkeit für den Polizeigewahrsam immer die

konkrete klinische Symptomatik und die Gesamtumstände des Einzelfalles berücksichtigen.

Handlungsbedarf in der gesetzlichen Regelung und in den Regionalstrukturen besteht jedoch sicherlich für die Fälle, in denen keine Gewahrsamstauglichkeit vorliegt. Ein Verbleiben in der Gewahrsamszelle bei polizeilicher Notwendigkeit, aber fehlender medizinischer Tauglichkeit macht die ärztliche Entscheidung über die Gewahrsamstauglichkeit eigentlich überflüssig. Die Verantwortung für Gesundheit und Leben von nicht gewahrsamstauglichen Personen kann nicht an medizinische Laien wie Polizeibeamte übertragen werden. Auch angesichts aller Bemühungen um Kostenreduzierung müssen für solche Problemfälle regionale Lösungen wie z.B. zentrale, medizinische überwachte Gewahrsamseinheiten oder Vereinbarungen mit den Krankenhäusern erarbeitet werden.

Wenn von der Polizei eine Verwahrung als unabdingbar angesehen wird (z.B. bei anstehenden Haftbefehl), muss dann eben eine Bewachung durch die Polizisten im Krankenhaus erfolgen.

Die Ausstattung von Gewahrsamseinrichtungen bietet präventive Ansatzpunkte durch geeignete Bau- und Überwachungsmaßnahmen. So sollten die Liegen so beschaffen sein, dass sie nicht die Gefahr tödlicher Stürze in sich bergen. Eine Mehrfachbelegung von Zellen wird sich insbesondere bei Großereignissen nicht immer vermeiden lassen. Durch die Einführung einer generellen Videoüberwachung könnten Auseinandersetzungen zwischen Zelleninsassen eher erkannt und damit Gesundheitsschädigungen oder Todesfälle im Polizeigewahrsam reduziert werden.

Eine gute Möglichkeit bieten auch zentrale Gewahrsamseinrichtungen, bei denen die Polizeibeamten nicht in andere Dienstaufgaben eingebunden sind und sich dadurch auf die notwendigen Kontrollen konzentrieren können. In einigen bereits etablierten, zentralen Gewahrsamseinrichtungen, wie z.B. in Magdeburg, erfolgt schon seit mehreren Jahren eine Videoüberwachung der Zellen. Die Einführung der grundsätzlichen Nutzung dieser Überwachungsform für den Polizeigewahrsam in ganz Deutschland dürfte angesichts der aktuellen Debatten um den Schutz der Persönlichkeitsrechte jedoch eher zweifelhaft sein.

Zentrale Gewahrsamseinrichtungen, in denen auch eine medizinische Überwachung gewährleistet wird, können die Chancen für eine Reduktion von Todesfällen im Polizeigewahrsam sicherlich verbessern.

Nach der Untersuchung von Weber (Weber, 2006) finden sich im gesamten Bundesgebiet bislang jedoch nur in Hamburg, Dortmund und Stuttgart entsprechende Einrichtungen. Nach einer Serie von Todesfällen wurde in Hamburg 1974 die Zentralambulanz für Betrunkene geschaffen, in der die Ausnüchterung unter Aufsicht von medizinisch ausgebildeten Rettungsassistenten der Berufsfeuerwehr stattfindet. Dadurch konnte die medizinische Betreuung von alkoholisierten Personen verbessert und gleichzeitig eine Entlastung für Polizei und Krankenhausambulanzen erreicht werden (Lieske, 1986; Kappus, 2005; Grabs, 2006). Wegen der notwendigen Konsolidierung des öffentlichen Haushaltes allerdings wurde die Kapazität dieser Einrichtung mittlerweile zurückgefahren. Während im Jahr 2000 noch 4800 Personen aufgenommen wurden, waren es nach der Reduktion der Öffnungszeiten 2001 nur noch 2526 (Weber, 2006). In Dortmund erfolgt seit 10 Jahren die Ausnüchterung in drei speziellen Krankenzimmern unter Aufsicht von Ärzten bzw. Pflegepersonal. Vom Pflegepersonal wird dieses Modell jedoch nicht als optimal empfunden, da es bei mangelnder Polizeipräsenz zu wiederholten Übergriffe der betrunkenen Personen auf das Personal gekommen ist (Weber, 2006). In Stuttgart gibt es seit 2001 eine Ausnüchterungseinheit im Polizeigewahrsam, welche mit einem Arzt und einer Pflegekraft besetzt ist (Weber, 2006). 8 Zellen, in denen bis zu 15 Personen untergebracht werden können, sind dabei mit Videokameras und Gegensprechanlagen ausgestattet. Im zentralen Videoüberwachungsraum können somit auch Auffälligkeiten zwischen den Kontrollgängen erfasst werden. Täglich werden hier etwa 10 Personen aufgenommen. Für die ärztliche Aufsicht gibt es einen Pool von 15 Ärzten, die von der Polizei Pauschalbeträge erhalten.

Durch geeignete präventive Maßnahmen ist es durchaus möglich, die Anzahl der Todesfälle im Polizeigewahrsam deutlich zu reduzieren (Segest, 1987; Blaauw et al., 1997; Elsing et al., 2001). Auch zukünftig wird sich jedoch nicht jeder Todesfall im Gewahrsam vermeiden lassen. Auch in der vorliegenden Untersuchung zeigte sich, dass in etwa einem Viertel aller Fälle der Tod trotz Einhaltung der notwendigen Sorgfalt sehr wahrscheinlich nicht vermeidbar gewesen. Die Ausnüchterung von Betrunkenen stellt jedoch ohne medizinische Überwachung in Polizeirevieren für die Betroffenen immer ein hohes Risiko dar (Kappus, 2005). Auch in der Hamburger Zentralambulanz für Betrunkene verstarben im Zeitraum 1974-1985 bei 66.000 kontrollierten Ausnüchterungen noch 13 Personen und nach dem Neubau der Zentralambulanz für Betrunkene im Jahre 2003 noch eine Person, (Lieske und Püschel, 1986; Kappus, 2005). Selbst in der personell und materiell gut ausgestatteten Stuttgarter Ausnüchterungseinheit kam es zu zwei Todesfällen, die allerdings beide außerhalb der ärztlichen Überwachungseinheit auftraten (Weber, 2006).

In der aktuellen Studie waren in der überwiegenden Anzahl der untersuchten Fälle teilweise eklatante Mängel im Handeln von Ärzten und Polizeibeamten ersichtlich, die allerdings auch durch eine unzureichende gesetzliche Regelung und mangelhafte regionale Strukturen im Umgang mit den in Gewahrsam genommenen Personen begünstigt wurden. In diesen Fällen hätten guten Chancen für die Vermeidbarkeit der Todesfälle bestanden, wenn eine frühzeitige Krankenhauseinweisung realisiert worden wäre. Die entsprechenden Ermittlungsverfahren wurden jedoch bis auf einen Fall eingestellt, nicht zuletzt aufgrund der hohen Beweisansprüche des deutschen Strafrechts.

7. Literatur

Abdel Aziz BM (2007) Torture in Egypt. *Torture* 171: 48-52.

Ambach E, Rabl W, Tributsch W (1990) Todesfälle in westösterreichischen Haftanstalten. *Arch Kriminol* 186:17-22.

Anders S, Tsokos M, Püschel K (2003) Todesfälle im Gewahrsam. Hamburg 1990-2001. *Rechtsmed* 13:77-81.

Backett SA (1987) Suicide in Scottish prison. *Br J Psychiat* 151:218-221.

Berghaus G, Horny I, Dotzauer G (1981) Ausnüchterungen im Polizeigewahrsam. *Arch Kriminol* 167:1-10.

Best D, Havis S, Strathdee G, Keaney F, Manning V, Strang J (2004) Drug deaths in police custody: is dual diagnosis a significant factor? *J Clin Forensic Med* 11:173-182.

Betz P (1995) Immunohistochemical parameters for the age estimation of human skin wounds. *Am J Forensic Pathol Med* 16:203-209.

Bhana BD (2003) Custody-related deaths in Durban, South Afrika 1998-2000. *Am J Forensic Med Pathol* 24:202-207.

Blaauw E, Vermunt R, Kerkhof A (1997) Death and medical attention in police custody. *Med Law* 16:593-606.

Bratzke H: Stumpfe Gewalt. In: Madea B, (Hrsg): *Praxis Rechtsmedizin*. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York, 2003, S. 110-123.

Chan TC: Medical Overview of Sudden In-Custody Deaths. In: Ross DL, Chan TC (Eds) *Sudden Deaths in Custody*. Humana Press, Totowa-New Jersey, 2006 pp. 9-14.

Chariot P, Martel P, Penneau M, Debout M (2007) Guidelines for doctors attending detainees in police custody: a consensus conference in France. *Int J Legal Med*:73-76.

Copeland AR (1984) Deaths in custody revisited. *Am J Forensic Med Pathol* 5:121-124.

Copeland AR (1989) Fatal suicidal hangings among prisoners in jail. *Med Sci Law* 29:341-345.

CPT, European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment: Direktorat of Human Rights, Council of Europe, Jahresbericht des CPT, Strasbourg (2006), Zugriff am 20. November 2009 11.30 Uhr unter <http://www.cpt.coe.int/lang/deu/deu-standards.pdf>.

CPT, European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment: Direktorat of Human Rights, Council of Europe, Jahresbericht des CPT, Strasbourg (2007), Zugriff am 22. November 2009 20.00 unter <http://www.cpt.coe.int/en/states/ukr.htm> und <http://www.cpt.coe.int/en/states/grc.htm>.

Dettmeyer R: *Medizin & Recht für Ärzte*. 1. Aufl. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York, 2001, S. 291.

Dreßler J, Bachmann L, Hauck JG, Müller E (1997) Time dependence of the expression of CAM-1 (CD 54) in human skin wounds. *Int J Legal Med* 110:299-304.

Dreßler J, Bachmann L, Koch R, Müller E (1998) Enhanced expression of selectins in human skin wounds. *Int J Legal Med* 112:39-44.

Eberhardt M: *Die Kriminalpolizei 1933- 1939*. Magisterarbeit. Konstanz, 1999.

Eimers, E.: *Das Verhältnis von Preußen und Reich in den ersten Jahren der Weimarer Republik 1918-1923*. Duncker und Humbolt Verlag, Berlin, 1969, S. 135.

Elsing C, Schlenker T, Stremmel W (2001) Haft- und Gewahrsamsfähigkeit aus internistischer Sicht. *Dtsch Med Wochenschrift* 126:1118-1121.

Eppel S, Petersen HD (2002) Rule of law, law and the health profession. *Zimbabwe 2002. Dan Med Bull* 49 (3):247-252.

Forbes TR (1977) A mortality record for Coldbath Fields prison, London, in 1795–1829. *Bull N Y Acad Med* 53:666-670.

Forbes TR (1978) Coroners' inquisitions on the deaths of prisoners in the hulks at Portsmouth, England, in 1817–27. *J Hist Med Allied Sci* 33:356-366.

Frost R, Hanzlick R (1988). Deaths in custody. *Am J Forensic Med Pathol* 9:207-211.

Funk A: Die Entstehung der Exekutivpolizei im Kaiserreich In: Lange HJ (Hrsg): Staat, Demokratie und innere Sicherheit in Deutschland. Leske+Budrich Verlag, Opladen, 2000, S. 11-29.

Giles HG, Sandrin S (1992) Alcohol and deaths in police custody. *Alcohol Clin Exp Res* 6:670-672.

Gorgulu A, Cobanoglu S, Armagan S, Karabagli H, Tevruz M (2000) Bilateral epidural hematoma. *Neurosurg Rev* 23:30-33.

Grabs J: Todesursachen von Wohnungslosen in Hamburg eine Analyse von 307 Todesfällen. Dissertation Hamburg, 2006. S. 1-92.

Granzow B, Püschel K (1998) Todesfälle im Hamburger Straffvollzug 1962-1995. *Arch Kriminol* 201:1-10.

Greiner A (1999) Der Tod in der Polizeizelle. *Die Polizei* 90:281-285.

Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland. Bundeszentrale für politische Bildung, CPI books GmbH, Leck, Bonn, 2009, S. 61-62.

Hartenstein, W (1933) Der Polizei-Offizier. *Zeitschrift des Reichsverbandes Deutscher Polizeioffiziere*. Berlin:164-165.

Heide S, Kleiber M, Stiller D (2009) Strafprozessuale Folgen bei Todesfällen im Polizeigewahrsam. *Gesundheitswesen* 71:226-231.

Heide S, Kleiber M, Wilhelms E, zur Nieden K, Stiller D (2007) Änderungsbedarf bei neuer Polizeigewahrsamsordnung. *Ärzteblatt Sachsen-Anhalt* 18:16-18.

Heide S, Stiller D, Henn V, Kleiber M (2004) Attest mit Einschränkungen? Erfahrungen aus der Praxis der Gewahrsamstauglichkeitsuntersuchung. Rechtsmed 13:237.

Heide S, Stiller D, Kleiber M, Henn V (2005) Ärztliche Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit. Dtsch Med Wochenschr 130:1648-1652.

Heide S, Stiller D, Kleiber M (2003) Problematik der Gewahrsamstauglichkeit. Dtsch Arztebl 100 A:791-794.

Hoffmann K (2006) Nochmal: Zur Feststellung der Gewahrsamsfähigkeit. Ärzteblatt Sachsen-Anhalt 17 (5):9-12.

Horton R (1993) Three-faced practice: doctors and police custody. [editorial] The Lancet 341:1245-1247.

Hurley W (1989) Suicide by prisoners. Med J Aust 151:188-190.

Johnson HRM (1982) Deaths in Custody in England and Wales. Forensic Sci Int 19:231-236.

Kappus S (2005) Die Zentralambulanz für Betrunkene. Eine neue Aufgabe für die Feuerwehr in Hamburg. Notfall und Rettungsmedizin 8:36-43.

Karch SB, Stephens BG (1999) Drug abusers who die during arrest or in custody. J R Soc Med 92:110-113.

Kiesecker R (1999) Arzt und Gewahrsams-/Haftfähigkeit. MedR 2:51-57.

Krause D, Schneider V, Blaha R: Leichenschau am Fundort. Ein rechtsmedizinischer Leitfaden. 4. Aufl. Ullstein Medical, Wiesbaden, 2000.

Lanphear BP (1987) Death in custody in Shelby County, Tennessee, January 1970 – July 1985. Am J Forensic med Pathol 8:299-301.

Lassmann P: Die preußische Schutzpolizei in der Weimarer Republik Streifendienst und Straßenkampf. Droste Verlag, Düsseldorf, 2003, S. 18-46.

Lee NC (1991) Biko revisited. S Afr Med J 79:635-636.

Levine M (1998) Deaths in police custody. Med Leg J 66:97-108.

Lieske K, Püschel K (1986) Todesfälle in der Ausnüchterungsambulanz. Blutalkohol 23:289-294.

Madea B: Praxis Rechtsmedizin. 2.Aufl. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York-Tokio, 2007.

Madea B: Die ärztliche Leichenschau-Rechtsgrundlagen-praktische Durchführung-Problemlösungen. 2. Aufl. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York-Tokio, 2006.

McDonald D, Thomson NJ (1993) Australian deaths in custody, 1980-1989. Med J Aust 159:581-585.

Meyer-Goßner L: Strafprozessordnung mit Gerichtsverfassungsgesetz und Nebengesetzen und ergänzende Bestimmungen. 52. Aufl. Beck Juristischer Verlag, 2009.

Moisander PA, Edston E (2003) Torture and its sequel – a comparison between victims from six countries. Forensic Sci Int 137(2-3): 133-140.

Norfolk GA, Stark MM: Care of Detainees. In: Stark MM (ed): A physician's guide to clinical forensic medicine. Humana Press, Totowa-New Jersey, 2000, pp. 149-178.

Norfolk GA (1998) Death in police custody during 1994: a retrospective analysis. J Clin Forensic Med 5:49-54.

Payne-James JJ: History and Development. In: Stark MM (ed): A physician's guide to clinical forensic medicine. Humana Press, Totowa-New Jersey, 2000, pp. 1-14.

Pedal W (2001) Die ärztliche Gewahrsamsfähigkeitsuntersuchung. Ärzteblatt Sachsen-Anhalt 2:48-50.

Polizeigewahrsamsordnung des Landes Sachsen-Anhalt. Rd. Erl. des Ministeriums des Inneren vom 27.03.1995, S. 1212.

Püschel K, Miltner E: Injury patterns inflicted by alleged police brutality. In: Oehmichen M (ed.): Maltreatment and torture. Schmidt-Römhild, Lübeck, 1998, pp. 167-182.

Reinke H: Nur für die Sicherheit da, zur Geschichte der Polizei 19.-20. Jahrhundert. Campus-Verlag, Frankfurt-New York, 1993, S. 44.

Ross DL: The nature of sudden in custody deaths. In: Ross DL, Chan TC, (eds.): Sudden deaths in custody. Humana Press, Totawa-New Yersey, 2000, pp. 149-178.

Rothschild M (2005) Gewahrsamstauglichkeit, Vernehmungsfähigkeit, Verhandlungsfähigkeit. Z Rechtsmed 15:177 – 189.

Scheer B: Preußisches Polizeiverwaltungsgesetz vom 1. Juni 1931 mit Ausführungsbestimmungen und Materialien sowie rechtsvergleichenden Hinweisen auf das geltende Polizeirecht der Länder der Bundesrepublik. 6. Aufl. Verl. Dt. Polizei, Hamburg, 1961.

Schmidt P, Freudenstein P, Bonte W (1991) Suizide in Polizeigewahrsam und Justizvollzugsanstalten. Rechtsmed 2:16-19.

Schneider V, Gloza J (1984) Todesfälle in den Berliner Haftanstalten. Kriminalistik 38:184-185.

Schreier C: Drogenszene, Bettelei und Stadstreichtum im Deutschen Rechtsstaat aus präventiver Sicht. Dissertation. Berlin 2003.

Schulte M (1988) Haftfähigkeit. Z Allg Med 64:299-303.

Schwennicke A: Die Entstehung der Einleitung des Preussischen Allgemeinen Landrechts von 1794. Klostermann, Frankfurt/Main, 1993. S. 70.

Segest E: Police custody (1987) Death and medical attention. J Forensic Sci 32:1694-703.

Smith R (1984) Deaths in prison. Brit Med J 288:208-212.

Stark MM, Gregory M (2005) The clinical management of substance misusers in police custody – a survey of current practice. J Clin Forensic Med 241:99-204.

Stein KM (2003) Problematik der Gewahrsamstauglichkeit: Meist unzureichende Bedingungen. Dtsch Arztebl 100:A 2458.

Steinhäuser A (1997) Analyse der Todesursachen in mittelhessischen Haftanstalten und im Polizeigewahrsam von 1949 bis 1990. Arch Kriminol 199:88-96.

Stevenson PC (2001) The torturous road to democracy – domestic crisis in Nepal. The Lancet 358:752-756.

Stoermer, C: Der Polizeirechtliche Gewahrsam unter besonderer Berücksichtigung des Unterbringungsgewahrsams. Dunker und Humblot, Berlin, 1998, S. 166-168.

Theißen GJ: Vergangenheitsbewältigung in Südafrika: Die südafrikanische “Wahrheits- und Versöhnungskommission“. Diplomarbeit, Berlin, 1996.

Thelle H (2006) Torture in China. Torture 16(3):268-275.

Tiainen E, Penttilä A (1986) Sudden and unexpected deaths in police custody. Acta Med Leg Soc Liege 36:281-292.

Weber B: Medizinische und rechtliche Probleme des Polizeigewahrsams. Dissertation, Heidelberg, 2006.

Wells D, Cordner S (1998) Postgraduate education in clinical forensic medicine: a Graduate Diploma. J Clin Forensic Med 5:187-190.

Weigend T: Strafgesetzbuch, DTV-Beck, 2009.

Wobeser WL, Datema J, Bechard B, Ford P (2002) Causes of death among people in custody in Ontario, 1990-1999. CMAJ 167:1109-1113.

8. Anlagen

Merkblatt

Hinweise für die ärztliche Untersuchung und Feststellung der Gewahrsamsfähigkeit für den Polizeigewahrsam

1. Die ärztliche Feststellung der Gewahrsamsfähigkeit ist nicht mit der Pflicht zur Behandlung verbunden (außer ärztliche Nothilfe).

2. Die Gewahrsamsfähigkeitsuntersuchung wird in den Räumen der Dienststelle durchgeführt, falls möglich im Gewahrsamsbereich. Es wird ein ausreichend beleuchteter Raum mit der Möglichkeit zu einer liegenden Untersuchung und eine Schreibgelegenheit bereitgestellt.

Dem untersuchenden Arzt stehen dabei nur seine eigenen Arbeitsinstrumente zur Verfügung, also im Regelfall ein Stethoskop, eine Taschenlampe, ein Mundspatel, ein Blutdruckmessgerät, eine Pulsuhr und ein Reflexhammer, gegebenenfalls ein Otoskop.

Damit ist dem Arzt nicht in jedem Fall eine Entscheidung über die Gewahrsamsfähigkeit möglich. In diesen Fällen ist die in Gewahrsam genommene Person in eine stationäre oder ambulante medizinische Einrichtung zur weiteren Diagnostik und gegebenenfalls Therapie zu überweisen, soweit dies nicht bereits aus anderen Gründen erforderlich ist.

3. Ärztliche Auflagen im Falle einer bedingten Gewahrsamsfähigkeit müssen so beschaffen sein, dass die von Polizeivollzugsbeamten (medizinische Laien) auch erfüllbar sein können. Somit beschränken sich diese Auflagen auf Kontrollen, ob die in Gewahrsam genommene Person ansprechbar ist und in welcher Gemütslage sie sich befindet. Kontrolle und Beurteilung von z. B. Kreislaufparametern, der Qualität der Atmung, der Ausscheidung können von Polizeivollzugsbeamten nicht abverlangt werden.

4. Insbesondere in folgenden Situationen empfiehlt sich dringend die Einweisung in eine ambulante oder stationäre Gesundheitseinrichtung, sofern nicht bereits vorher eine ausreichende Diagnostik oder Therapie erfolgt ist und dies schriftlich vorliegt:

- 4.1 Personen, die an einer Psychose, Suchtkrankheit, einer anderen krankhaften seelischen oder geistigen Störung oder an einer seelischen oder geistigen Behinderung leiden oder gelitten haben, oder bei denen Anzeichen einer solchen Krankheit, Störung oder Behinderung vorliegen;
- 4.2 Personen mit schweren gesundheitlichen Schäden, oder bei denen die Gefahr des Eintritts solcher Schäden besteht, wenn sie nicht unverzüglich Hilfe in einer stationären medizinischen Einrichtung erhalten;
- 4.3 bewusstlose Personen, die nicht auf Schmerzreiz reagieren oder nicht erweckbar sind, auch durch Alkohol bedingt (Gefahr der Intoxikation, der Aspiration, der Schockgefahr, Verdacht auf Schädelverletzungen), Personen, bei denen ein solcher Zustand zu erwarten ist, z. B. unmittelbar nach erheblichem Drogen- oder Alkoholkonsum;
- 4.4 Personen, die unter Alkohol- oder Drogenentzugerscheinungen (insbesondere Verwirrheitszustände, Halluzinationen) leiden sowie deutlich alkoholisierte Personen, die unter Drogeneinfluss stehen; Personen, bei denen Anzeichen einer Volltrunkenheit oder einer Blutaalkoholkonzentration von zwei oder mehr Promille vorliegen;
- 4.6 Personen mit akuten Schmerzzuständen oder akuten Funktionsstörungen der Brust- oder Bauchorgane
- 4.7 Personen, bei denen vorliegen:
 - a) Verletzungen mit Verdacht auf Frakturen, erheblicher Blutverlust oder Infektionsgefahr,
 - b) Stichverletzungen, bei denen Tiefe und Ausdehnungen nicht beurteilbar sind,
 - c) stumpfe Traumen mit Verdacht auf Verletzungen der inneren Organe von Brust- und (oder) Bauchraum;
- 4.8 Personen, die zuvor versucht haben, sich selbst zu verletzen, oder Personen bei denen aufgrund ihres Verhaltens oder ihrer Äußerungen der Verdacht besteht, dass sie sich selbst verletzen;
- 4.9 Personen mit unklarem hohem Fieber, mit Verdacht auf gefährliche Infektionskrankheit mit hoher Kontagiosität (Tröpfcheninfektion);
- 4.10 Personen mit großflächigen nässenden Hauterkrankungen, soweit die Unterbringung im Polizeigewahrsam mehr als ein bis zwei Stunden erfolgen soll;
- 4.11 Personen, bei denen konkrete Anhaltspunkte für das Verschlucken von Betäubungsmittel-Behältnissen vorliegen und die Gefahr einer gesundheitlichen Beeinträchtigung durch Intoxikation infolge einer Freisetzung von Betäubungsmitteln besteht.

5. Die ärztlichen Feststellungen und Entscheidungen sind in der dafür vorgesehenen Bescheinigung der Polizeibehörde einzutragen, mit Unterschrift und gegebenenfalls ärztlichem Stempel zu versehen, der neben dem Namen die Anschrift und Telefonnummer enthalten soll. Die medizinische Dokumentation der Untersuchungsbefunde verbleibt beim untersuchenden Arzt.

6. Weitere Hinweise zur Gewahrsamsfähigkeitsuntersuchung finden sich in dem Aufsatz „Die ärztliche Gewahrsamskeitsuntersuchung“ (Ärzteblatt Sachsen-Anhalt 12 (2001) S. 48).

Anlage 1: **Aktuelles Merkblatt mit Hinweisen für die ärztliche Untersuchung und Feststellung der Gewahrsamsfähigkeit für den Polizeigewahrsam in Sachsen-Anhalt.**

Anlage 1

Bescheinigung zur Gewahrsamsfähigkeit für den Polizeigewahrsam

1. Polizeibeamte, die die nachfolgende Person angetroffen/aufgefunden und in Gewahrsam genommen haben

Name: _____ Dienststelle: _____

Name: _____ Dienststelle: _____

2. Betroffene Person

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

angetroffen/aufgefunden am: _____ um: _____ Uhr

Ort: _____

in folgendem Zustand (einschließlich Angaben des Betroffenen zu Krankheiten oder Verletzungen):

3. Blutalkoholkonzentration ermittelt durch Polizeibeamte (Nr. 1)

_____ Promille am: _____ um: _____ Uhr

4. Untersuchender Arzt

Name: _____

Anschrift/Beschäftigungsdienststelle: _____

Telefonnummer: _____

5. Untersuchung des Arztes (Nr. 4)

am: _____ in der Zeit von: _____ bis: _____ Uhr

Anlage 2: Aktuelle Bescheinigung der Gewahrsamsfähigkeit für den
Polizeigewahrsam in Sachsen-Anhalt (3Seiten).

6. Beurteilung der Polizeibeamten (Nr. 1) und Feststellungen des Arztes (Nr. 4)

Umstände, die gemäß Merkblatt „Hinweise für die ärztliche Untersuchung und Feststellung der Gewahrsamsfähigkeit für den Polizeigewahrsam“ einer Unterbringung im Polizeigewahrsam entgegenstehen	Polizei (Nr. 1)			Arzt (Nr. 4)		
	Ja	Nein	Unklar	Ja	Nein	Unklar
6.1 Person, die an einer Psychose, Suchtkrankheit, einer anderen krankhaften seelischen oder geistigen Störung oder an einer seelischen oder geistigen Behinderung leidet oder gelitten hat, oder bei der Anzeichen einer solchen Krankheit, Störung oder Behinderung vorliegen;						
6.2 Person mit schweren gesundheitlichen Schäden, oder bei der die Gefahr des Eintritts solcher Schäden besteht, wenn sie nicht unverzüglich Hilfe in einer stationären medizinischen Einrichtung erhält;						
6.3 bewusstlose Person, die nicht auf Schmerzreiz reagiert oder nicht erweckbar ist, auch durch Alkohol bedingt (Gefahr der Intoxikation, der Aspiration, der Schockgefahr, Verdacht auf Schädelverletzungen) oder Person, bei der ein solcher Zustand zu erwarten ist, z. B. unmittelbar nach erheblichem Drogen- oder Alkoholkonsum;						
6.4 Person, die unter Alkohol- oder Drogenentzugerscheinungen (insbesondere Verwirrheitszustände, Halluzinationen) leidet sowie deutlich alkoholisierte Person, die unter Drogeneinfluss steht						
6.5 Person, bei der Anzeichen einer Volltrunkenheit oder einer Blutalkoholkonzentration von zwei oder mehr Promille vorliegt;						
6.6 Person mit akuten Schmerzzuständen oder akuten Funktionsstörungen der Brust- oder Bauchorgane;						
6.7 Person, bei der vorliegen: a) Verletzungen mit Verdacht auf Frakturen, erheblicher Blutverlust oder Infektionsgefahr; b) Stichverletzungen, bei denen Tiefe und Ausdehnungen nicht beurteilbar sind, c) stumpfe Traumen mit Verdacht auf Verletzungen der inneren Organe von Brust- und (oder) Bauchraum;						
6.8 Person, die zuvor versucht hat, sich selbst zu verletzen, oder Person bei der aufgrund ihres Verhaltens oder ihrer Äußerungen der Verdacht besteht, dass sie sich selbst verletzt;						
6.9 Person mit unklarem hohem Fieber, mit Verdacht auf gefährliche Infektionskrankheit mit hoher Kontagiosität (Tröpfcheninfektion);						
6.10 Person mit großflächigen nässenden Hauterkrankungen;						
6.11 Person, bei der konkrete Anhaltspunkte für das Verschlucken von Betäubungsmittel-Behältnissen vorliegen und die Gefahr einer gesundheitlichen Beeinträchtigung durch Intoxikation infolge einer Freisetzung von Betäubungsmitteln besteht;						

7. Befund des Arztes (Nr. 4) ergänzend zu seinen Feststellungen gemäß o. a. Nrn. 6.1 bis 6.11

8. Befund des Arztes (Nr. 4), soweit nach seinen Feststellungen keine Umstände gemäß o. a. Nrn. 6.1 bis 6.11 vorliegen

9. Bestätigung des Arztes (Nr. 4)

☐ Die untersuchte Person ist **nicht gewahrsamsfähig**. Ihrer Unterbringung im Polizeigewahrsam stehen die Feststellungen unter Nr. 6 und der Befund unter Nr. 7 entgegen. Folgende medizinische Maßnahmen sind erforderlich:

☐ Die untersuchte Person ist **uneingeschränkt gewahrsamsfähig**. Bei einer Unterbringung im Polizeigewahrsam besteht nicht die Gefahr, dass gesundheitliche Beeinträchtigungen anhalten oder sich verschlimmern oder ein - wenn auch nur vorübergehender - pathologischer Zustand, der vom normalen Zustand der körperlichen Funktionen des Betroffenen nachteilig abweicht, hervorgerufen oder gesteigert wird.

☐ Die untersuchte Person ist **mit den unten angegebenen Maßgaben gewahrsamsfähig**. Bei einer Unterbringung im Polizeigewahrsam besteht nicht die Gefahr, dass gesundheitliche Beeinträchtigungen, die mehr als unerheblich sind, anhalten oder sich verschlimmern oder ein - wenn auch nur vorübergehender - pathologischer Zustand, der vom normalen Zustand der körperlichen Funktion des Betroffenen nachteilig abweicht, hervorgerufen oder gesteigert wird. Maßgaben:

☐ Sonderverpflegung: _____

☐ Kontrolle der Person in Zeitabständen von maximal _____ Minuten in der Gewahrsamszelle

☐ unverzüglich erneute ärztliche Untersuchung anfordern, wenn

☐ Sonstiges: _____

Unterschrift der Polizeibeamten (Nr. 1) zu den Nrn. 1, 2, 3, 6

Unterschrift des Arztes (Nr. 4) zu den Nrn. 4, 5, G, 7, 8, 9

Datum

Datum

Das nebenstehende Merkblatt ist gemäß I Nr. 9 Satz 2 der Polizeigewahrsamsordnung Ärzten, die Gewahrsamsfähigkeitsuntersuchungen durchführen, in jedem Einzelfall auszuhändigen.

Ass. K. Hoffmann

9. Thesen der Dissertation

1. Mit der vorliegenden Untersuchung erfolgt erstmals eine systematische und aussagekräftige Analyse von Todesfällen im Polizeigewahrsam in Deutschland.
2. Für den Untersuchungszeitraum 1993 bis 2003 wurden für die gesamte Bundesrepublik Deutschland 128 Sterbefälle im Polizeigewahrsam von den Innenministerien erfasst. Eine parallele Umfrage unter den rechtsmedizinischen Instituten ergab, dass mindestens 76 derartige Todesfälle obduziert worden sind.
3. Im Vergleich mit anderen europäischen Ländern zeigt sich im Bezug auf die Einwohnerzahl in Deutschland eine relativ niedrige Häufigkeit von Todesfällen im Polizeigewahrsam.
4. In Deutschland betreffen Todesfälle im Gewahrsam nahezu ausnahmslos Männer, deren mittleres Lebensalter bei 41,1 Jahren lag.
5. 60 obduzierte Todesfälle konnten in die nähere Auswertung einbezogen werden, dabei zeigt sich mit 80% ein hoher Anteil nichtnatürlicher Todesursachen (insbesondere Intoxikationen und Traumata).
6. In zwei Drittel aller Fälle, in denen zuvor eine ärztliche Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit erfolgte, fanden sich erhebliche Mängel. Diese betrafen insbesondere Fehler in der Diagnostik bzw. der Veranlassung einer fachärztlichen Beurteilung oder stationären Aufnahme.
7. In über der Hälfte aller Fälle waren auch Mängel im Vorgehen der Polizeibeamten ersichtlich. Am häufigsten wurde auf eine ärztliche Vorstellung verzichtet, oft fanden sich auch im qualitativen und quantitativen Kontrollmodus Unzulänglichkeiten.
8. Die teilweise eklatanten Mängel im Vorgehen der Ärzte und Polizeibeamten wurden durch unzureichende Vorgaben durch den Gesetzgeber hinsichtlich medizinischer Aspekte des Polizeigewahrsams in Deutschland begünstigt.
9. An Hand der Mängelanalyse konnte gezeigt werden, dass gute Chancen zur Vermeidung dieser Todesfälle bestanden hätten.
10. Durch geeignete präventive Maßnahmen (zum Beispiel zentrale Gewahrsamseinrichtungen mit medizinischer Überwachung, schriftliche Fixierung einer Kontrolle auf Erweckbarkeit durch das polizeiliche Wachpersonal, Schaffung ausreichender Untersuchungsbedingungen u.s.w.) kann die Zahl tödlicher Verläufe im Polizeigewahrsam deutlich reduziert werden. Auch bei Einhaltung der notwendigen Sorgfalt und unter optimalen Gewahrsamsbedingungen wird sich in Zukunft nicht jeder Sterbefall im Gewahrsam vermeiden lassen.

11. Strafrechtliche Konsequenzen für die Ärzte und auch Polizeibeamten sind unseren Untersuchungen zufolge bei Todesfällen im Gewahrsam in Deutschland eher als Ausnahme anzusehen.

Werdegang

Persönliche Daten:

Name: Stefan Robert Hanke , geb. Meyer

Geburtstag: 16.05.1966

Geburtsort: Wolfen/Sachsen-Anhalt

Staatsangehörigkeit: BRD

Wohnort: Fuchsbergstrasse 35B
06120 Halle (Saale)

Familienstand: verheiratet

Kinder: Till Hanke *18.08.1994
Pia Hanke *13.12.1996
Nora Hanke *29.09.2005
Stella Hanke *30.06.2008

Schulbildung:

09/1973-08/1983 Polytechnische Oberschule „Goethe“
Wolfen
09/1983-08/1985 Abitur: Erweiterte Oberschule „B.
Koenen" Wolfen

Berufsausbildung:

09/1985-10/1985 Vorpraktikum Krankenhaus Wolfen
Innere Klinik
11/1985-08/1988 Wehrdienst
09/1988-09/1994 Medizinstudium an der
Martin - Luther - Universität
Halle / Wittenberg
06/1993 Staatsexamen im Fach Humanmedizin
10/1993 bis 9/1994 Praktisches Jahr im Fach Orthopädie:
Orthopädische Klinik II des
Krankenhauses Martha - Maria Halle /
Nürnberg
und in den Fächern Innere Medizin und
Chirurgie: Bezirkskrankenhaus Halle /
Dölau

09/1994	Abschluss des Studiums mit dem Interdisziplinären Kolloquium
10/1994-03/1996	Arzt im Praktikum im Krankenhaus Martha-Maria Halle
03/1996-12/2000	Weiterbildungsassistent zum Facharzt für Chirurgie im Kreiskrankenhaus Bitterfeld/Wolfen Chirurgische Abteilung Wolfen
01/2001-07/2001	Chirurgische Klinik Aschersleben der Kreiskliniken Aschersleben – Staßfurt
08/2001-04/2003	Weiterbildungsassistent zum Facharzt für Chirurgie im Kreiskrankenhaus Bitterfeld/Wolfen Chirurgische Abteilung Wolfen
Derzeitige Tätigkeit: Seit dem 22.04.2003	Facharzt für Chirurgie im Gesundheitszentrum Bitterfeld/Wolfen gGmbH in den Abteilungen Allgemein- und Viszeralchirurgie
Halle, im Dezember 2010	Stefan Hanke

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich an Eides Statt, dass ich die Abhandlung selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe.

Stefan Hanke

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich an Eides Statt, dass ich keinen weiteren Antrag auf Eröffnung eines Promotionsverfahrens an einer anderen Universität eingereicht habe.

Einen früheren Promotionsversuch gab es nicht.

Stefan Hanke

Danksagung

Mein Dank gilt in erster Linie Herrn Professor Dr. med. habil. M. Kleiber, für die Vergabe des Themas die zahlreichen Anregungen und seine sachkundige Betreuung und Beratung. Ebenso danken möchte ich Herrn Dr. med. S. Heide für seine unermüdliche Geduld und anhaltende Unterstützung bei der praktischen Durchführung der Recherchen sowie die fachliche Beantwortung aller meiner Fragen und Probleme.

Nicht zuletzt möchte ich Frau Rechtsanwältin Katja Bott danken, mir bei der Beantwortung juristischer Fragen hilfreich zur Seite gestanden zu haben.

Danken möchte ich auch allen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der rechtsmedizinischen Institute für den Zugang zu den Sektionsprotokollen und die hervorragende Unterstützung bei der Auswertung.

Außerdem gebührt meiner Familie großer Dank, die mir den „Rücken frei hielt“, diese Arbeit zu ermöglichen.