

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

## **Medizinische Aspekte des Polizeigewahrsams in Europa**

D i s s e r t a t i o n

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor der Medizin (Dr. med.)

vorgelegt

der Medizinischen Fakultät

der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

von Jana Fabian

geboren am 20. April 1972 in Halle (Saale)

Betreuer: apl. Prof. Dr. med. habil. Steffen Heide

Gutachterin/Gutachter:

apl. Prof. Dr. med. habil. Steffen Heide

Prof. Dr. med. Klaus Püschel, Institut für Rechtsmedizin des UKE Hamburg

PD Dr. med. habil. Fred Zack, Institut für Rechtsmedizin der Universität Rostock

05.09.2017

15.10.2018

## Referat

Bislang liegen zu den medizinischen Aspekten des Polizeigewahrsams nur vereinzelte länderübergreifende Studien vor, die auf deutliche Unterschiede in der gesetzlichen Regelung und in der praktischen Umsetzung dieser Problematik innerhalb Europas hindeuten. Darüber hinaus existieren zu dieser Thematik lediglich die Empfehlungen des CPT, eines Komitees des Europarates.

In der vorliegenden Arbeit erfolgte erstmals eine umfassende Betrachtung der medizinischen Aspekte des Polizeigewahrsams in den europäischen Ländern. Dafür wurde durch eine Forschungsgruppe aus England, Frankreich und Deutschland ein Fragebogen mit 22 Rubriken erarbeitet, welcher in alle europäischen Länder an geeignete Kontaktpersonen verschickt wurde. Im Ergebnis der Umfrage konnten die vollständigen Daten aus 25 Ländern Europas eingeschlossen werden. Dabei wurde der west- und mitteleuropäische Raum weitgehend vollständig erfasst, während osteuropäische und südosteuropäische Länder nur teilweise vertreten waren.

Es zeigte sich, dass bei den Regelungen zur medizinischen Versorgung im Polizeigewahrsam zwischen den einzelnen Ländern beträchtliche Unterschiede bestehen. Das Spektrum reicht dabei von eher allgemein gehaltenen Empfehlungen bis hin zu ausgesprochen detaillierten Festlegungen mit gesetzlichem Charakter. Deutlich abweichende Regelungen waren bei der Auswahl und Qualifikation der Personengruppen festzustellen, die die Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit durchführen. Ebenso gibt es sehr unterschiedliche Festlegungen beim qualitativen und quantitativen Kontrollmodus der festgenommenen Personen und in der maximalen Dauer des Gewahrsams. Immerhin muss in fast allen Ländern eine schriftliche Dokumentation zur Untersuchung angefertigt werden und es besteht zumeist die ausdrückliche Option, die Gewahrsamstauglichkeit nur unter bestimmten Bedingungen (z. B.: Medikamentengabe, Nahrungsaufnahme und Überwachung) zu attestieren. Ebenfalls einheitlich gestaltet ist, dass in allen erfassten Ländern die festgenommenen Personen in ein Krankenhaus verbracht oder entlassen werden, falls aus medizinischer Sicht keine Gewahrsamstauglichkeit besteht. In den meisten Staaten gibt es zwar bereits Richtlinien für den Umgang mit besonderen Risikogruppen, derzeit werden diese Festlegungen jedoch nicht immer konsequent umgesetzt. Bei der Abklärung von Misshandlungsvorwürfen waren wiederum deutliche Unterschiede festzustellen. Eine rechtsmedizinische Dokumentation erfolgt derzeit nur in der Hälfte aller erfassten Länder. Des Weiteren ist die vom CPT empfohlene Etablierung einer unabhängigen Einrichtung für die Untersuchung von Beschwerden über die Behandlung im Polizeigewahrsam bislang nur in etwa zwei Dritteln der Länder umgesetzt. Ebenso gibt es derzeit noch erhebliche Defizite bei der systematischen Erfassung von Todesfällen im Polizeigewahrsam.

Zusammenfassend zeigte sich, dass die derzeitige Situation der medizinischen Versorgung im Polizeigewahrsam von einem europäischen Standard noch sehr weit entfernt ist. Auf der Grundlage der derzeit noch nicht ausreichenden Empfehlungen des CPT sollte eine europaweit verbindliche Basisregelung durch eine multinationale Expertenkommission erarbeitet werden, die dann durch nationale Rahmenbedingungen entsprechend modifiziert werden kann. Weiterhin sollte eine europäische Datenbank angestrebt werden, um die Risiken für schwere Gesundheitsschädigungen und Todesfälle im Polizeigewahrsam durch geeignete Präventionsmaßnahmen zu reduzieren.

<b>I</b>	<b>Inhaltsverzeichnis</b>	<b>Seite</b>
<b>II</b>	<b>Abkürzungsverzeichnis und Übersetzungen</b>	
<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	1
<b>2</b>	<b>Zielstellung der Arbeit</b>	4
<b>3</b>	<b>Material und Methodik</b>	5
<b>4</b>	<b>Ergebnisse</b>	8
4.1	Organisation der Gesundheitsversorgung im Polizeigewahrsam	8
4.2	Erforderlichkeit einer Gewahrsamstauglichkeitsuntersuchung	9
4.3	Gewahrsamstauglichkeit untersuchende Personengruppen	10
4.4	Möglichkeiten einer Auswahl des Arztes/der Ärztin durch die betroffene Person	12
4.5	Qualifikationen der Ärzte/Ärztinnen bzw. des medizinischen Personals	12
4.6	Möglichkeiten ärztlicher Empfehlungen	14
4.7	Umgang mit Fällen einer akuten Intoxikation oder einer psychischen Erkrankung	15
4.8	Dokumentation und Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse	16
4.9	Kontrollen der Zelleninsassen	17
4.10	Anforderungen an Untersuchungsräume im Polizeigewahrsam	19
4.11	Zeitliche Begrenzung des Gewahrsamsaufenthaltes	20
4.12	Gewahrsamsuntauglichkeit	20
4.13	Zentrale Gewahrsamseinrichtungen	21
4.14	Umgang mit Fällen von polizeilicher Gewaltanwendung	22
4.15	Untersuchungen bei Vorwürfen gegen die Polizei	23
4.16	Untersuchungen von Todesfällen innerhalb des Polizeigewahrsams	25
4.17	Statistiken zu Todesfällen innerhalb des Polizeigewahrsams	26
<b>5</b>	<b>Diskussion</b>	27
<b>6</b>	<b>Zusammenfassung</b>	35
<b>7</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>	37
<b>8</b>	<b>Thesen</b>	41
<b>9</b>	<b>Anlagen</b>	
<b>III</b>	<b>Erklärungen</b>	
<b>IV</b>	<b>Danksagung</b>	

## II Abkürzungsverzeichnis und Übersetzungen

CPT	<i>European Committee for Prevention of Torture and Inhumane or Degrading Treatment or Punishment</i> Europäisches Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe
GSOC	<i>Garda Síochána Ombudsmann Commission</i> Garda Síochána Ombudsmann-Kommission
IPCC	<i>Independent Police Complaints Commission</i> Unabhängige Kommission zur Untersuchung von Vorwürfen gegen Polizeipersonal
MFFLM	<i>Membership of the Faculty of Forensic &amp; Legal Medicine</i> Mitgliedschaft in der Fakultät für Forensische & Rechtsmedizin
PACE	<i>Police and Criminal Evidence Act 1984</i> Polizei- und Strafverfolgungsgesetz 1984

<i>Detained Persons Medical Examination Form</i>	Formblatt für die Dokumentation der ärztlichen Untersuchung von Personen in Polizeigewahrsam
<i>Diploma in Forensic Medicine</i>	Diplom in der Forensischen Medizin
<i>European Council of Legal Medicine</i>	Europäischer Rat der Rechtsmedizin
<i>Feldsher</i>	Feldscher (mittlerer Sanitätsdienst, historisch: militärischer Wundarzt)
<i>Forensic Medical Officer</i>	Forensischer Medizinischer Offizier
<i>Garda Síochána</i>	Nationalpolizei in der Republik Irland
<i>Istanbul Protocol</i>	Istanbul-Protokoll
<i>jus practicandi</i>	Approbation zur ärztlichen Berufsausübung
<i>Medical aspects of police custody in Europe</i>	Medizinische Aspekte des Polizeigewahrsams in Europa
<i>MSc in Forensic Medicine</i>	Master in Forensischer Medizinwissenschaft
<i>Reports of the Coroners' Inquests</i>	Aufzeichnungen über die Untersuchungen des Coroners (Untersuchungsbeamter bei ungeklärten oder nichtnatürlichen Todesfällen, auch amtlicher Leichenbeschauer)
<i>Taser</i>	Elektroschockpistole

## 1 Einleitung

Weltweit besteht im Polizeigewahrsam für die festgenommenen Personen ein großes Risiko für schwere Gesundheitsschädigungen und Todesfälle (Blauuw et al., 1997; Best et al., 2006; Heide et al., 2009a; Mc Kinnon und Grubin, 2010; Gahide et al., 2012). Solche Vorfälle führen häufig zu einer großen öffentlichen Aufmerksamkeit und können auch mit rechtlichen Konsequenzen für die involvierten Polizeibeamten oder Ärzte einhergehen (Editorial Lancet, 1993; Heide et al., 2009b). Eines der bekanntesten Beispiele aus Deutschland ist der Fall eines afrikanischen Asylbewerbers, der im Januar 2005 in einer Gewahrsamszelle in Dessau (Sachsen-Anhalt) verstarb. Der 37-jährige Mann soll in der Zelle mit einem bei der Aufnahmekontrolle übersehenen Feuerzeug seine Schlafmatratze angezündet haben. Infolge des Brandes verstarb der unter Alkohol- und Drogeneinfluss stehende Schwarzafrikaner in der Polizeizelle. Der Fall führte zu jahrelangen, teilweise ausgesprochen emotional geführten Debatten, zahlreichen Demonstrationen und wiederholten Gerichtsverfahren. Erst zehn Jahre später wurde das Verfahren mit einem Urteil des deutschen Bundesgerichtshofes abgeschlossen, wobei der Dienstgruppenleiter der Polizei zu einer Geldstrafe verurteilt wurde (Schiemann, 2015; Heide und Chan, 2016).

Die Häufigkeit solcher Todesfälle im Polizeigewahrsam weist weltweit erhebliche Unterschiede auf. Dabei müsste die exakte Häufigkeit dieser Sterbefälle im Verhältnis zur Zahl der polizeilichen Gewahrsamsnahmen angegeben werden, jedoch beziehen sich die meisten systematischen Studien auf die jährliche Anzahl solcher Todesfälle pro 100 000 Einwohner (Heide et al., 2012). Allein schon innerhalb Europas zeigen sich in diesen Untersuchungen beträchtliche Abweichungen. So wurden beispielsweise in Deutschland jährlich lediglich 0,14 Todesfälle pro 100 000 Einwohner im Zeitraum 1993-2003 erfasst (Heide et al., 2009a). Relativ niedrige Raten waren auch in England und Wales im Zeitraum 1970-1979 mit jährlich 0,46 Todesfällen/100 000 Einwohner (Johnson, 1982) oder in Dänemark im Zeitraum 1981-1985 mit 0,74 Todesfällen/100 000 Einwohner zu verzeichnen (Segest, 1987). Demgegenüber wurde in Finnland mit 2,02 Todesfällen/100 000 Einwohner im Zeitraum 1979-1984 eine deutlich höhere Rate von Todesfällen im Polizeigewahrsam festgestellt (Tiainen und Penttilä, 1986).

Bei der Interpretation dieser Ergebnisse ist zudem zu beachten, dass in der internationalen Literatur keine einheitliche Definition für Todesfälle im Polizeigewahrsam existiert. Dementsprechend verschieden sind die Auffassungen darüber, welche Sterbefälle dieser Gruppe überhaupt zugeordnet werden (Heide und Chan, 2016). So wurden beispielsweise in der deutschen Studie keine Todesfälle außerhalb der Polizeistation einbezogen (Heide et al., 2009a). Demgegenüber wurden in England und Wales Todesfälle im Krankenhaus oder während des Krankentransportes eingeschlossen, welche mehr als die Hälfte der Fälle ausmachten (Johnson, 1982). In anderen Studien wurden auch Sterbefälle im Zusammenhang mit der polizeilichen Festnahme bzw. Todesfälle durch polizeilichen Schusswaffeneinsatz oder sogar tödliche Verkehrsunfälle von Polizeifahrzeugen einbezogen (Lyneham et al., 2008; Petschel und Gall, 2000; Okoye et al., 2012; Kubat et al., 2013). Nicht zuletzt stellen demgegenüber Suizide in vereinzelt Studien sogar ein Ausschlusskriterium dar (Southall et al., 2008). Somit lässt sich eingangs festhalten, dass aufgrund einer fehlenden Definition und verschiedener Ein- und Ausschlusskriterien nur eine bedingte Vergleichbarkeit dieser Untersuchungen gegeben ist.

Diese Limitation reiht sich in eine Serie weiterer problematischer Aspekte ein, die derzeit bei der medizinischen Betrachtung des Polizeigewahrsams zu finden sind. So wurden beispielsweise durch das europäische Antifolterkomitee (Europäisches Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe) in mehreren europäischen Ländern erhebliche Defizite bezüglich der Unterbringung im Polizeigewahrsam festgestellt. Das Gremium wurde 1989 durch den Europarat implementiert und von allen 47 Mitgliedstaaten des Europarates ratifiziert. Dieses europäische Komitee, das sogenannte CPT (*European Committee for Prevention of Torture and Inhumane or Degrading Treatment or Punishment*), setzt sich aus unabhängigen und unparteiischen Experten aus unterschiedlichen Fachbereichen (z. B.: Rechtsanwälte, Ärzte und Vollzugsbeamte) zusammen. Mitglieder des Komitees suchen in periodischen Abständen die Vertragsstaaten auf, um sich vor Ort über die Bedingungen der Unterbringung von Personen im Polizeigewahrsam und in Gefängnissen zu informieren. Diese CPT-Delegationen haben in mehreren europäischen Ländern wiederholte und teilweise erhebliche Mängel im Umgang mit Personen in Polizeigewahrsam festgestellt, wie z. B. in Bulgarien (*Public statement concerning Bulgaria, 2015*), in der Ukraine (*CPT-Report to the Ukrainian Government, 2015*), in Russland (*CPT-Report to the Russian Government, 2013*) oder in der Türkei (*CPT-Report to the Turkish Government, 2015*). Explizit benannt wurden unter anderem eine inadäquate und unhygienische Zellenausstattung, deutliche Defizite in der Gesundheitsversorgung, die Unterbesetzung des Aufsichtspersonals, oberflächliche ärztliche Untersuchungen und fehlende Dokumentationen über Verletzungen. Bei den Besuchen fanden sich zudem gelegentlich Hinweise für eine körperliche Misshandlung von Personen in Gewahrsam oder auch sehr fragliche Praktiken, wie beispielsweise das Verbinden der Augen. In Bulgarien kam es trotz der kritischen Berichte durch das CPT sogar zu einer Verschlechterung der Bedingungen (*Public statement concerning Bulgaria, 2015*).

Bei näherer Betrachtung des spärlichen Schrifttums zu dieser Thematik fällt zusätzlich auf, dass bei der medizinischen Beurteilung der Tauglichkeit für den Polizeigewahrsam teilweise extreme Diskrepanzen zwischen der gesetzlichen Regelung und dem praktischen Vorgehen anzutreffen sind. Dies zeigte sich auch im Ergebnis einer internationalen Umfrage (Payne-James und Stark, 2011), in die 11 Länder eingeschlossen wurden (Kaiman-Inseln, England und Wales, Frankreich, Deutschland, Indonesien, Japan, Niederlande, China, Schottland, Singapur und Schweden). So sind beispielsweise bei den involvierten Medizinerinnen Ärzten und Ärztinnen verschiedenster Fachrichtungen und Spezialisierungen beteiligt und nur in wenigen Ländern, wie England und Wales, Schottland oder Australien, besteht für Ärzte/-innen die Möglichkeit, eine spezielle Qualifikation in forensischer klinischer Medizin zu erwerben (Wells und Cordner, 1998; Payne-James et al., 2011). Teilweise wird dabei die gutachterliche Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit von der medizinischen Behandlung getrennt (Payne-James et al., 2011). Solche Unterschiede sind jedoch auch innerhalb Europas anzutreffen. Beim Vergleich der medizinischen Gepflogenheiten im Polizeigewahrsam waren in verschiedenen Untersuchungen aus mehreren Ländern (Schweden, England und Wales, Österreich, Frankreich, Mazedonien, Niederlande und Zypern) erhebliche Differenzen nachweisbar (Blaauw et al., 1997; Fritzheimer, 2005; Chariot et al., 2008; Payne-James et al., 2009). So zeigten sich unter anderem deutliche Unterschiede in den Anlässen für die Hinzuziehung eines Arztes/einer Ärztin, in der ärztlichen Zuständigkeit und in der maximalen Dauer des Polizeigewahrsams. Zumeist wird eine Arztvorstellung nur auf ausdrücklichen Wunsch des Betroffenen durchgeführt oder wenn die Beeinträchtigungen für die Polizeibeamten offensichtlich erkennbar sind. Art und Schweregrad dieser Beeinträchtigungen sind jedoch häufig nicht näher definiert. Bemerkenswert ist, dass in Österreich

alle in den Gewahrsam aufgenommenen Personen innerhalb von 24 Stunden durch einen erfahrenen Polizeiamtssarzt oder Polizeiamtsärztin untersucht werden (Heide et al., 2014). In mehreren Ländern ist dabei auch das Recht auf die Hinzuziehung eines Arztes bzw. einer Ärztin der eigenen Wahl ausdrücklich festgeschrieben. Wiederum ist bei der ärztlichen Zuständigkeit ein weites Spektrum ersichtlich, welches von Rechtsmedizinern/-innen, Amtsärzten/-innen, Polizeiärzten/-innen bis hin zu Allgemeinmedizinern/-innen reicht (Heide et al., 2014). Die maximale Dauer des Polizeigewahrsams beträgt in den erfassten Ländern zwischen 24 und 96 Stunden (Heide et al., 2014).

Eine solche Heterogenität besteht jedoch nicht nur zwischen den verschiedenen Ländern, sondern auch innerhalb einzelner Staaten. So existieren beispielsweise im föderalistischen Deutschland erhebliche Abweichungen zwischen den einzelnen Bundesländern (Heide et al., 2005, 2011, 2014). Die maximale Dauer des Gewahrsams mit richterlicher Entscheidung reicht dabei von vier (z. B. Sachsen-Anhalt) bis zu vierzehn Tagen (z. B. Baden-Württemberg). Bei den Anlässen für eine Arztkonsultation existieren einerseits nur zwei relativ unspezifische Indikationen (z. B. in Mecklenburg-Vorpommern) und andererseits auch bis zu zwölf detaillierte Vorgaben (z. B. in Sachsen). Beim quantitativen Kontrollmodus der festgenommenen Personen ist in Berlin eine Kontrolle aller 15 Minuten vorgesehen, während in anderen Bundesländern (z. B. Hessen) „angemessene Kontrollabstände“ mit einem breiten Interpretationsspielraum festgelegt sind (Heide et al., 2014). Konkrete Vorgaben zum qualitativen Kontrollmodus, wie beispielsweise ein Wachrütteln, sind nur vereinzelt in den Polizeigesetzen bzw. Polizeigewahrsamsordnungen der Bundesländer fixiert, wie z. B. in Hamburg oder Bremen. Eine Vereinheitlichung dieser gesetzlichen Vorgaben ist für Deutschland derzeit nicht absehbar. Im Kontrast dazu konnten in Frankreich im Rahmen einer nationalen Konsenskonferenz zumindest orientierende Leitlinien erarbeitet werden (Chariot et al., 2008). Demgegenüber liegen aus mehreren Ländern Europas in der Fachliteratur überhaupt noch keine Informationen über die medizinischen Aspekte des Polizeigewahrsams vor.

Verbindliche Regelungen über die medizinischen Aspekte des Umgangs mit festgenommenen Personen im Polizeigewahrsam fehlen auch in der Menschenrechtskonvention und in der EU-Charta zur Gewährung von Grundrechten und Grundfreiheiten. Lediglich in den Forderungen des CPT finden sich erste Mindestansprüche. So sollten beispielsweise die in Gewahrsam genommenen Personen grundsätzlich und ohne Verzögerung das Recht auf eine Untersuchung durch einen Arzt/eine Ärztin der eigenen Wahl haben. Dieses Recht sollte dabei unabhängig von einer etwaigen Untersuchung durch einen von den Polizeibehörden hinzugezogene/-n Mediziner/-in bestehen und auch nicht durch die Polizeibehörden gefiltert werden (CPT-Standards, 2015). Die ärztlichen Untersuchungen sollten außer Hör- und Sichtweite von Polizeibeamten vorgenommen werden, es sei denn, durch den betroffenen Arzt/die Ärztin wird es im Einzelfall anders gewünscht (CPT-Standards, 2015). Die Ergebnisse der medizinischen Untersuchung und die resultierenden Schlussfolgerungen sollten schriftlich fixiert und der inhaftierten Person und ihrem Anwalt/ihrer Anwältin ausgehändigt werden (CPT-Standards, 2015). Des Weiteren wird durch das CPT betont, dass der Polizeigewahrsam grundsätzlich von kurzer Dauer sein sollte und die festgenommenen Personen zu angemessenen Zeiten und regelmäßig Mahlzeiten erhalten sollten. Auch zur Ausstattung der Gewahrsamsräume wurden durch das CPT Empfehlungen ausgesprochen (CPT-Standards, 2015). Demnach sollten die Polizeizellen ausreichend groß (wünschenswert: 7 m<sup>2</sup> bei Einzelbelegung) und entsprechend ausgestattet sein (u. a. saubere Matratzen und Decken, angemessene Beleuchtung und Belüftung, Sitzgelegenheiten). In diesem Zusammenhang verweist das CPT auch auf die Fürsorgepflicht der

Polizei gegenüber den festgenommenen Personen. Darin eingeschlossen seien die Überwachung aller Gewahrsamsbereiche und die permanente Möglichkeit einer Kontaktaufnahme mit dem Wachpersonal (CPT-Standards, 2015). Bei ihren Besuchen vor Ort mussten CPT-Delegationen feststellen, dass diese empfohlenen Minimalstandards immer wieder deutlich unterschritten werden (CPT-Standards, 2015). Schließlich wurde durch das CPT auch empfohlen, dass eine unabhängige Einrichtung für die Untersuchung von Beschwerden über die Behandlung im Polizeigewahrsam etabliert werden sollte (CPT-Standards, 2015). Bei einer möglichen Überführung von Personen aus dem Polizeigewahrsam in die Untersuchungshaft wird seitens des CPT außerdem die physische Vorführung vor einem/-r Richter/-in für erforderlich gehalten. Damit erhalten geschädigte Personen eine zeitnahe Gelegenheit ihre Beschwerden vorzubringen. Bei Inaugenscheinnahme sei es dem Richter/der Richterin aber auch ohne eine ausdrückliche Beschwerde möglich, rechtzeitig aktiv zu werden, wenn Anzeichen für eine Misshandlung vorliegen. Dazu gehört beispielsweise die Veranlassung einer gerichtsärztlichen Untersuchung bei sichtbaren Verletzungen (CPT-Standards, 2015).

Bei der Betrachtung der medizinischen Aspekte des Polizeigewahrsams in Europa lässt sich somit eingangs zusammenfassend feststellen, dass im Gegensatz zu allen europäischen Harmonisierungsbemühungen derzeit einheitliche Regelungen fehlen und in der täglichen Praxis erhebliche Defizite bestehen.

## **2 Zielstellung der Arbeit**

Die in der Einleitung dargestellte Analyse der aktuellen Situation zeigt, dass einerseits bislang nur vereinzelte länderübergreifende Untersuchungen zu den medizinischen Aspekten des Polizeigewahrsams vorliegen und andererseits eine intensive wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Hochrisikobereich Polizeigewahrsam erforderlich ist. Mit der vorliegenden Studie soll erstmals eine umfangreiche Erfassung der verschiedenen medizinischen Aspekte des Polizeigewahrsams in Europa erfolgen. In diese Untersuchung soll nach Möglichkeit eine Vielzahl der europäischen Länder eingeschlossen werden, die deutlich über die Anzahl der Staaten in den bisherigen länderübergreifenden Untersuchungen hinausgeht. Folgende medizinischen Aspekte des Polizeigewahrsams sollen dabei in die Studie im Fokus stehen:

- Organisation der Gesundheitsversorgung im Polizeigewahrsam
- Erforderlichkeit einer Gewahrsamstauglichkeitsuntersuchung
- Gewahrsamstauglichkeit untersuchende Personengruppen
- Möglichkeit einer Auswahl des Arztes/der Ärztin durch die betroffene Person
- Qualifikationen der Ärzte/Ärztinnen bzw. des medizinischen Personals
- Möglichkeiten ärztlicher Empfehlungen
- Umgang mit Fällen einer akuten Intoxikation oder einer psychischen Erkrankung
- Dokumentation und Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse
- Kontrolle der Zelleninsassen
- Anforderungen an Untersuchungsräume im Polizeigewahrsam
- Zeitliche Begrenzung des Gewahrsamsaufenthaltes
- Gewahrsamsuntauglichkeit

- Zentrale Gewahrsamseinrichtungen
- Umgang mit Fällen von polizeilicher Gewaltanwendung
- Untersuchungen bei Vorwürfen gegen die Polizei
- Untersuchung von Todesfällen innerhalb des Polizeigewahrsams
- Statistiken zu Todesfällen innerhalb des Polizeigewahrsams

Mit der Erfassung dieser Themenkomplexe soll die aktuelle Situation der medizinischen Aspekte des Polizeigewahrsams in Europa analysiert und kritisch diskutiert werden. Danach soll geprüft werden, ob eine Strukturierung und Harmonisierung dieser Regelungen anzustreben wäre, durch die das Risiko für schwere Gesundheitsschädigungen und Todesfälle im Polizeigewahrsam möglicherweise reduziert (z. B. durch gezielte Präventionsmaßnahmen) werden kann.

### **3 Material und Methodik**

Für die Erfassung der aktuellen medizinischen Aspekte des Polizeigewahrsams in den europäischen Ländern wurde durch eine Forschungsgruppe ein neuer Fragebogen konzipiert. Zu dieser Forschungsgruppe gehören:

- apl. Prof. Dr. med. habil. S. Heide, Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle, Deutschland
- LL.M. M.Sc. FRCS FFFLM J. J. Payne-James, Barts & the London School for Medicine & Dentistry, London, Großbritannien
- Prof. P. Chariot, Department of Forensic Medicine, Hôpital Jean-Verdier (AP-HP), Bondy, Frankreich
- Dr. P. Green, Cameron Centre for Forensic Medical Sciences, Queen Mary University of London, London, Großbritannien
- J. Fabian, Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle, Deutschland

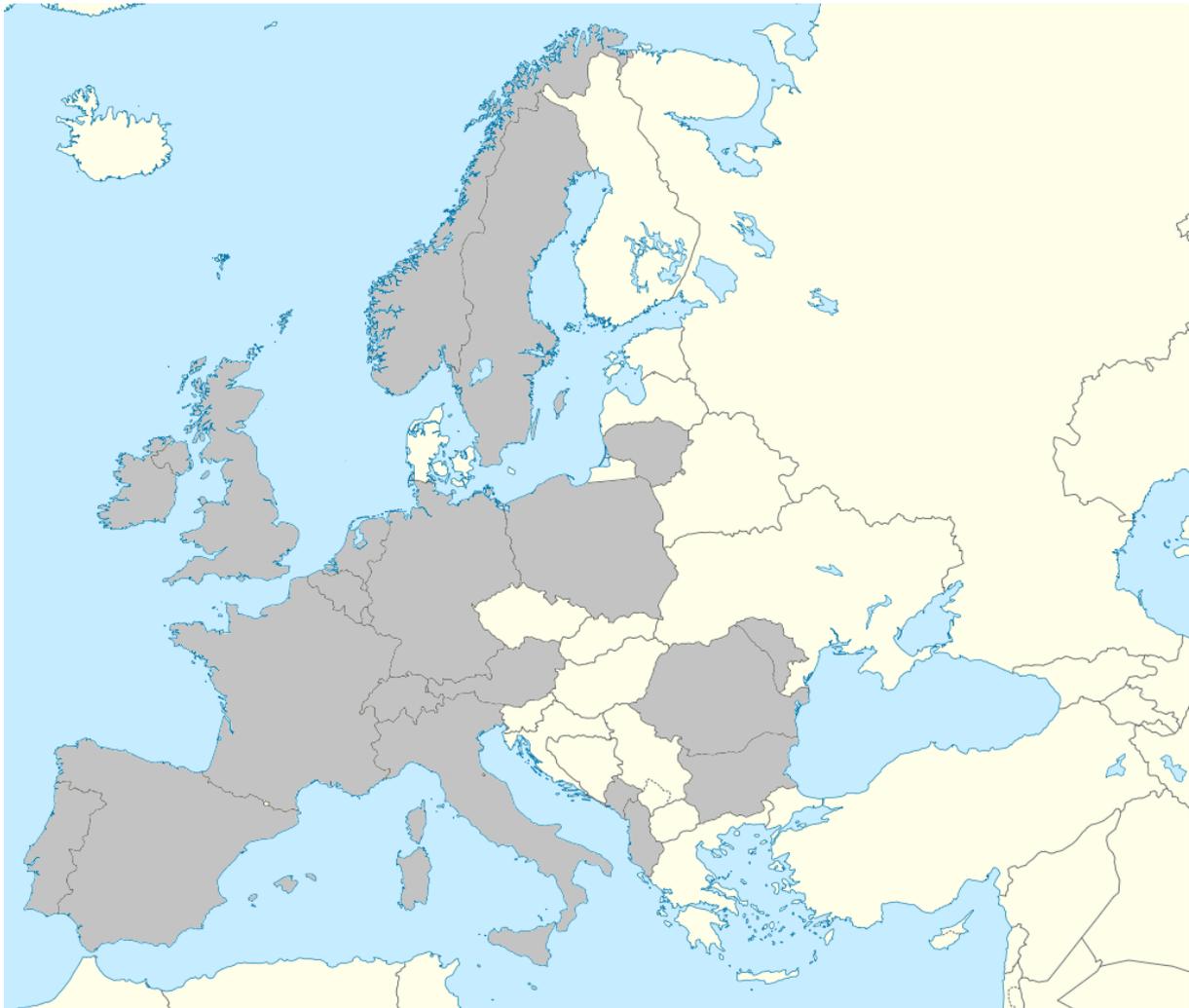
Einige Rubriken des Fragebogens konnten dabei aus den Ergebnissen vorangegangener internationaler Umfragen (Payne-James et al., 2005, 2011) entnommen und modifiziert werden. Weitere Fragestellungen ergaben sich aus den aktuellen Empfehlungen des CPT (CPT-Standards, 2015). Des Weiteren wurden mehrere Fragen neu formuliert, die sich aus den langjährigen praktischen und wissenschaftlichen Erfahrungen der Studiengruppe bei der Beurteilung der medizinischen Aspekte des Polizeigewahrsams ergeben haben (Heide et al., 2016).

In der Endversion umfasste der vierseitige englischsprachige Fragebogen 22 einzelne Rubriken (Anlage 1). Die Fragen waren dabei teilweise offen formuliert. Teilweise war auch eine Beantwortung mit nur „ja“ oder „nein“ möglich. In einzelnen Rubriken (z. B. Frage 5) wurden noch weiterführende Unterfragen gestellt. Im letzten Abschnitt des Fragebogens befanden sich auch Fragen (20 und 22), die an die vorangegangenen Fragen (19 und 21) anknüpften.

Die Konzipierung des Fragebogens erfolgte im dritten Quartal 2013. Danach wurden geeignete Ansprechpartner in den einzelnen europäischen Ländern ausgewählt. Dabei handelte es sich teilweise um rechtsmedizinische Autoritäten, wobei überwiegend die Präsidenten der jeweiligen rechtsmedizinischen Fachgesellschaft dafür in Frage kamen. Diese konnten größtenteils der Aufstellung des „*European Council of Legal Medicine*“ (2012) entnommen werden, wobei teils auch eine Aktualisierung durch Internetrecherche und persönliche Kontakte der Forschungsgruppe erforderlich war. Da nicht jedes europäische Land in dieser Aufstellung enthalten war, wurde ersatzweise als Ansprechpartner das Innenministerium des jeweiligen Staates ausgewählt.

Im April 2014 wurden die Fragebögen mit einem begleitenden Anschreiben (Anlage 2) an 49 europäische Länder versendet. Kein Fragebogen wurde an das gesonderte politische Territorium Vatikanstaat versandt. In Großbritannien erfolgte aufgrund der etwas unterschiedlichen Rechtssysteme und Gepflogenheiten eine getrennte Übersendung an England und Wales, Schottland sowie Nordirland. Das geographisch eigentlich zu Asien zählende Zypern wurde aufgrund seiner politischen und kulturellen Zugehörigkeit ebenfalls als europäisches Land angeschrieben.

Im August und Dezember 2014 erfolgte eine nochmalige Kontaktierung aller Länder, aus denen bis dahin keine Antwort vorlag. In einigen Fällen wurden, aufgrund der Empfehlungen des primären Ansprechpartners, auch geeignetere Kontaktpersonen aus dem jeweiligen Land um die Beantwortung des Fragebogens gebeten. Von einigen Ländern konnte durch persönliche Kontakte der Studiengruppe (Heide et al., 2016) eine Beantwortung des Fragebogens erzielt werden. Schlussendlich standen zum Endpunkt der Befragung, im Juni 2015, für die Auswertung die beantworteten Fragebögen aus 25 europäischen Staaten (51 %) zur Verfügung. Bei diesen Ländern handelte es sich um: Albanien, Belgien, Bulgarien, Deutschland, England und Wales, Frankreich, Irland, Italien, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Moldawien, Montenegro, Niederlande, Nordirland, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schottland, Schweden, Schweiz und Spanien (Abb. 1).



**Abb. 1:** Europakarte mit Teilnehmerstaaten grau koloriert (CC-by-SA-3.0)

Von folgenden Ansprechpartnern wurde der beantwortete Fragebogen übersandt:

Justizministerium (Tirana, Albanien), Prof. Tom Vander Beken (Gent, Belgien), Dr. Viliam Dokov (Burgas, Bulgarien), Prof. Denis Cusack (Dublin, Irland), Prof. Cristina Cattaneo und Prof. Riccardo Zoja (Mailand, Italien), Polizeivorsitzender Jules Hoch (Vaduz, Liechtenstein), Dr. Romas Raudys (Vilnius, Litauen), Commissioner Alain Soisson (Luxemburg), Dr. Bridget Ellul (Msida, Malta), Dr. Olga Moroz (Chişinău, Moldawien), Dr. Nemanja Radojević (Podgorica, Montenegro), Dr. Wilma Duijst und Eveline Thoonen (Zwolle, Niederlande), Prof. John Farnan (Belfast, Nordirland), Dr. Arne Stray-Pedersen (Oslo, Norwegen), Oberst Hermann Zwanzinger (Wien, Österreich), Prof. Jaroslaw Berent und Ryszard Garbarz (Łódź und Warschau, Polen), Prof. Duarte Nuno Vieira (Coimbra, Portugal), Prof. Dan Dermengiu (Bukarest, Rumänien), Dr. George Fernie (Edinburgh, Schottland), Prof. Anders Eriksson, (Umeå, Schweden), Dr. Saskia Gauthier und Willy Koch (Zürich, Schweiz), Prof. Jordi Medallo (Barcelona, Spanien).

Die Beantwortung der Fragebögen für Deutschland, Frankreich sowie England und Wales erfolgte nach entsprechender Beauftragung durch die Präsidenten der jeweiligen rechtsmedizinischen Fachgesellschaften durch die Mitautoren der Studiengruppe (Heide et al., 2016).

Von 24 Ländern (49 %) konnte trotz wiederholter Anfragen und teilweisem Wechsel des Ansprechpartners keine Beantwortung des Fragebogens erzielt werden: Andorra, Bosnien und Herzegowina, Dänemark, Estland, Finnland, Griechenland, Island, Kasachstan, Kosovo, Kroatien, Lettland, Mazedonien, Monaco, Russland, San Marino, Serbien, Slowakei, Slowenien, Tschechische Republik, Türkei, Ukraine, Ungarn, Weißrussland und Zypern.

Die Beantwortung der englischsprachigen Fragebögen erfolgte nahezu ausschließlich auf Englisch. Diese Antwortbögen wurden von der Autorin, die aufgrund eines mehrjährigen Auslandsaufenthaltes in Kanada über entsprechende Englischkenntnisse verfügt, in die deutsche Sprache übersetzt. Lediglich vom albanischen Innenministerium wurde ein auf Albanisch beantworteter Fragebogen übersandt, dessen Übersetzung ins Deutsche durch ein professionelles Übersetzungsbüro erfolgte.

## 4 Ergebnisse

### 4.1 Organisation der Gesundheitsversorgung im Polizeigewahrsam

Zunächst wurde im Fragebogen darum gebeten, Auskunft darüber zu geben, ob es im jeweiligen Land ein etabliertes System zur medizinischen Versorgung von Personen in Polizeigewahrsam gibt. Des Weiteren sollten auch zur Organisation dieses Systems Aussagen getroffen werden.

Originalfragestellung:

*Is there any established system in your country for providing medical care for detainees (prisoners) in police custody? If "Yes", how is it organized?*



**Abb. 2:** Gesundheitsversorgung im Polizeigewahrsam (n = 25 Länder)

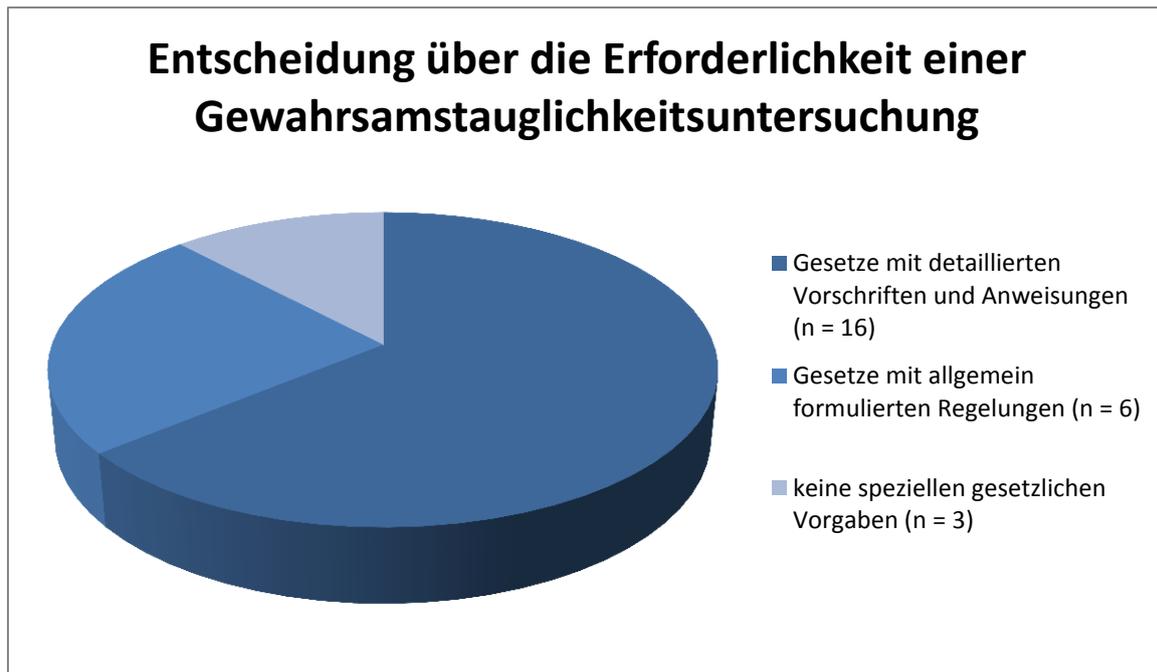
Die meisten der in die Auswertung eingegangenen Länder (80 %) beschreiben, dass ein rechtlich reguliertes, national einheitliches System besteht (Abb. 2). Beispielsweise ist in Österreich ein Arzt oder eine Ärztin während der normalen Sprechzeiten in der Polizeistation ständig vor Ort und im Anschluss in Rufbereitschaft zu erreichen. Auch in Albanien, Bulgarien und Rumänien ist eine kontinuierliche Betreuung der in Polizeigewahrsam genommenen Personen durch medizinisch ausgebildetes Personal gewährleistet. Schottland und die Niederlande haben ebenfalls einheitliche nationale Regelungen getroffen, allerdings wird die medizinische Versorgung im Polizeigewahrsam durch das nationale Gesundheitswesen gewährleistet. In England und Wales, Irland und Nordirland ist neben der gesetzlichen Regelung das nationale Gesundheitssystem zumindest mit involviert. In der Schweiz und in Deutschland existieren zwar auch etablierte Systeme, wobei jedoch innerhalb der Länder je nach Bundesland oder Kanton verschiedene Vorgaben anzutreffen sind. Dadurch gibt es beispielsweise allein in Deutschland 16 unterschiedliche gesetzliche Regelungen. Lediglich für Italien wurde angegeben, dass es kein spezielles System zur medizinischen Versorgung von Personen in Polizeigewahrsam gibt.

#### 4.2 Erforderlichkeit einer Gewahrsamstauglichkeitsuntersuchung

Als nächstes wurde gefragt, unter welchen Umständen (z. B.: sichtbare Verletzungen, Krankheit etc.) im jeweiligen Land im Rahmen der Aufnahme in den Polizeigewahrsam eine medizinische Untersuchung auf Gewahrsamstauglichkeit in Anspruch genommen wird. Dabei wurde auch hinterfragt, ob es hinsichtlich deren Erfordernis Gesetze oder Regularien gibt.

Originalfragestellung:

*For what reasons (e.g. visible injury, illness?) are detainees in your country medically assessed for fitness for police custody (e.g. are there specific codes, regulations or laws that define when medical assessment is required)?*



**Abb. 3:** Regelungen für die Durchführung einer Gewahrsamstauglichkeitsuntersuchung (n = 25 Länder)

In einigen Ländern (Bulgarien, Malta, Moldawien, Montenegro, Portugal und Schweiz) gibt es Gesetze mit eher allgemein formulierten Regelungen. Häufiger (56 % der an der Umfrage beteiligten Länder) gibt es Gesetze mit detaillierteren Vorschriften und Anweisungen (Abb. 3). Die explizitesten Regelungen wurden in England und Wales, Irland und Polen formuliert.

In drei der befragten Länder ist es gesetzlich vorgeschrieben, dass die Personen immer entweder vor der Aufnahme in den Gewahrsam (Luxemburg) oder innerhalb einer festgelegten Zeitspanne (nicht später als 12 Stunden nach der Ergreifung in Albanien, spätestens innerhalb von 72 Stunden in Portugal) medizinisch auf ihre Gewahrsamstauglichkeit untersucht werden müssen. In Bulgarien wird ein/-e in Gewahrsam Genommene/-r, bevor er/sie in eine Zelle gebracht werden darf, von einem höher qualifizierten Rettungssanitäter/einer Rettungssanitäterin (sog. „feldsher“) auf Gewahrsamstauglichkeit untersucht. Im Gegensatz dazu existieren in Frankreich, Norwegen und Italien keine speziellen gesetzlichen Vorgaben dahingehend, ob und unter welchen Umständen eine medizinische Untersuchung auf Gewahrsamstauglichkeit durchzuführen ist. Solche Entscheidungen werden in diesen Ländern auf lokaler Ebene getroffen.

#### 4.3 Gewahrsamstauglichkeit untersuchende Personengruppen

Weiterhin war von Interesse, welche ärztlichen Fachrichtungen oder anderes medizinisch ausgebildetes Personal Gewahrsamstauglichkeitsuntersuchungen durchführen und ob diese Angestellte der Polizei oder Regierung sind, oder aber Teil des öffentlichen Gesundheitssystems.

Originalfragestellung:

*What doctors or medical personnel carry out such examinations (e.g. are they employed by the police, are they employed by government, are they part of the state health service)?*

**Tab. 1:** Verteilung der Ärzte/Ärztinnen bzw. des medizinischen Fachpersonals bei der Beurteilung Gewahrsamstauglichkeit

Medizinisches Fachpersonal (40 %)	Bulgarien, England und Wales, Liechtenstein, Litauen, Malta, Moldawien, Niederlande, Schottland, Schweden, Spanien
Ärzte/Ärztinnen unterschiedlicher Fachrichtung (40 %)	Belgien, Deutschland, Frankreich, Irland, Italien, Montenegro, Norwegen, Polen, Portugal, Schweiz
Polizeiärzte/Polizeiärztinnen (12 %)	Albanien, Österreich, Rumänien
“Forensic Medical Officer” (4 %)	Nordirland
Allgemeinmediziner/Allgemeinmedizinerinnen (4 %)	Luxemburg

Tabelle 1 zeigt, dass alle der befragten Staaten medizinisch ausgebildetes Fachpersonal heranziehen, wenn es darum geht festzustellen, ob eine Gewahrsamstauglichkeit gegeben ist oder ob aufgrund von offensichtlichen Verletzungen, akuter oder chronischer Krankheit, Intoxikation, Entzug oder anderer gesundheitlicher Gefährdung eine medizinische Versorgung unverzüglich oder auch während des Gewahrsams erfolgen muss. In den meisten Ländern ist dafür eine ärztliche Person erforderlich, während in einigen Staaten diese Einschätzung auch von nicht ärztlichem, medizinisch geschultem Personal vorgenommen wird. Teilweise werden die Untersuchungen von unabhängigen Personen, teilweise aber auch von Ärzten/Ärztinnen mit staatlicher Bindung durchgeführt. So gibt es in Österreich Polizeiärzte/-ärztinnen, die hauptberuflich oder aufgrund vertraglicher Vereinbarungen für die Landespolizeidirektionen tätig sind, ergänzend stehen Amtsärzte/-ärztinnen der Sicherheitsbehörden zur Verfügung. Ähnlich ist es in Liechtenstein. Hier ist ein sog. Gefängnisarzt/-ärztin ein/-e Allgemeinmediziner/-in, welche/-r von der Regierung mit dieser Funktion betraut wurde. In Bulgarien und Moldawien agieren die höher qualifizierten Rettungssanitäter/-innen („feldshers“) als Angestellte der Polizei, die diese Aufgaben im entsprechenden Kompetenzbereich ausführen und in Notfällen die Patienten/-innen den Notaufnahmen oder anderen Spezialisten zuführen.

#### 4.4 Möglichkeit einer Auswahl des Arztes/der Ärztin durch die betroffene Person

Die nächste Frage betraf die Möglichkeit einer freien Arztwahl durch die in den Gewahrsam genommene Person oder ob diese Entscheidung durch die Polizeibeamten/-beamtinnen getroffen wird.

Originalfragestellung:

*Can the detainee choose the doctor, or is it the police who choose the doctor?*

**Tab. 2:** Möglichkeiten der Auswahl des Arztes/der Ärztin

Polizei trifft Entscheidung der Arztwahl (44 %)	Bulgarien, Deutschland, Frankreich, Liechtenstein, Norwegen, Polen, Rumänien, Schottland, Schweden, Schweiz, Spanien
Polizei wählt meistens die Ärztin/den Arzt, aber der/die in Gewahrsam Genommene hat ebenso ein Recht darauf (32 %)	Belgien, England und Wales, Irland, Italien, Montenegro, Niederlande, Nordirland, Österreich
in Gewahrsam Genommene/-r wählt die Ärztin/den Arzt (24 %)	Albanien, Litauen, Luxemburg, Malta, Moldawien, Portugal

Wie Tabelle 2 aufzeigt, gibt es hinsichtlich der Ausübung der Arztauswahl erhebliche Unterschiede. In den meisten Ländern (44 %) wird die Entscheidung darüber, welcher Arzt/welche Ärztin hinzugezogen werden soll, ausschließlich durch das Polizeipersonal getroffen. In etwa einem Drittel der Staaten wird der Arzt/die Ärztin zwar häufig auch durch die Polizei ausgewählt, in diesen Ländern besteht aber zumindest auch die ausdrückliche Möglichkeit einer Auswahl durch die betroffene Person. Nur in etwa einem Viertel der Länder wird die Arztauswahl durch die zu untersuchende Person vorgenommen.

#### 4.5 Qualifikationen der Ärzte/Ärztinnen bzw. des medizinischen Personals

In Anknüpfung an die vorangegangenen Fragen war als nächstes von Interesse, welche Anforderungen bezüglich einer speziellen fachlichen Ausbildung an die Gewahrsamstauglichkeit attestierenden Personen gestellt werden. Zudem wurde gefragt, ob eine entsprechende Qualifikation zur Ausübung dieser Tätigkeit verpflichtend vorgeschrieben ist und welcher Art diese Ausbildung ist.

Originalfragestellung:

*Do doctors* a) *have any form of special qualification in custodial medicine and*  
 b) *is it compulsory for them to have it?*  
 If “Yes”, what is the qualification?

**Tab. 3:** Existenz, Art und Verbindlichkeit von speziellen Qualifikationen für die Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit

keine spezifische Qualifikation (68 %)	Albanien, Belgien, Bulgarien, Deutschland, Italien, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Montenegro, Niederlande, Norwegen, Polen, Rumänien, Schweden, Schweiz, Spanien
spezifische Qualifikation in forensischer Medizin / Gefängnismedizin verfügbar, aber nicht zwingen erforderlich (24 %)	England und Wales, Frankreich, Irland, Nordirland, Portugal, Schottland
Curriculum der Polizei vorgeschrieben (8 %)	Moldawien, Österreich

Wie Tabelle 3 veranschaulicht, ist in über zwei Dritteln der teilnehmenden europäischen Staaten (68 %) keine spezielle Qualifikation für die Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit vorgesehen.

In etwa einem Viertel der Länder (24 %) gibt es spezielle Qualifikationsmöglichkeiten in forensischer Medizin bzw. Gefängnismedizin. In England und Wales werden sogar mehrere Qualifikationen angeboten (z. B. „*Diploma in Forensic Medicine*“, „*Membership of the Faculty of Forensic & Legal Medicine*“, „*MSc in Forensic Medicine*“). Allerdings sind diese Qualifikationen keine zwingende Voraussetzung für die Durchführung von Gewahrsamstauglichkeitsuntersuchungen

Nur in zwei Ländern (8 %) ist eine spezifische Ausbildung auch tatsächlich vorgeschrieben. In Österreich benötigen Polizeiarzte und Polizeiarztinnen eine Berechtigung für Allgemeinmedizin (sog. „*jus practicandi*“). Überdies hinaus beinhaltet diese Spezialausbildung ein zwölfjähriges Polizeicurriculum, welches relevante Aspekte der Gewahrsamsmedizin enthält. Moldawien schult die sog. „*feldsher*“ (ein/-e höher qualifizierte/-r Rettungssanitäter/Rettungssanitäterin) entsprechend der durch das „*Istanbul Protocol*“ eingeführten Standards unter anderem auf dem Gebiet der medizinischen Untersuchung sowie der Dokumentation von Folter und Misshandlungsfällen.

#### 4.6 Möglichkeiten ärztlicher Empfehlungen

Als nächstes wurde gefragt, ob Ärzte/Ärztinnen aufgrund ihrer Ergebnisse der Untersuchung auf Gewahrsamstauglichkeit die Entscheidung treffen können, dass die untersuchte Person nur unter Erfüllung bestimmten Auflagen (z. B.: Bereitstellung und Verabreichung von Medikamenten, besondere Verpflegung etc.) in Polizeigewahrsam verbleiben kann.

Originalfragestellung:

*Does the doctor have the power to determine whether the detainee remains in custody only under certain conditions (e.g. if certain medication is taken or certain eating arrangements are made etc.)?*



**Abb. 4:** Entscheidungsfähigkeit des Arztes (n = 25 Länder)

Aus Abb. 4 geht hervor, dass in fast allen Ländern (92 %) die Möglichkeit besteht, durch den Arzt oder die Ärztin individuell erforderliche Vorkehrungen als Voraussetzung für den Verbleib im Gewahrsam anzuordnen. Ausnahmen bilden lediglich Rumänien und Litauen (8 %), wo diese Option zumindest nicht ausdrücklich vorgesehen ist. Allerdings werden in Litauen Personen, die ein ärztliches Attest vorweisen, dass sie aktuell dringend eine medizinische Versorgung in einer Gesundheitseinrichtung benötigen und ein Aufenthalt im Polizeigewahrsam lebensbedrohlich wäre, nicht in den Gewahrsam verbracht. Eine besondere Regelung ist auch in Schottland anzutreffen. Dort ist die Umsetzung der ärztlichen Entscheidung insofern limitiert, dass sie von der Schwere des mutmaßlichen Vergehens abhängig gemacht wird.

#### 4.7 Umgang mit Fällen einer akuten Intoxikation oder einer psychischen Erkrankung

Die nächste Frage betraf die Existenz spezieller Richtlinien für den Umgang mit Personen im Polizeigewahrsam, die offensichtlich oder eigenen Angaben zufolge unter dem Einfluss von Alkohol oder Drogen stehen. Die gleiche Fragestellung erfolgte für Personen, die offensichtlich oder vermutlich an einer geistigen Erkrankung oder Störung leiden.

Originalfragestellungen:

*Are there any special guidelines for detainees who are visibly under the influence, or believed to be under the influence of any substances (legal and illegal drugs and alcohol)?*

*Are there any special guidelines for detainees who are visibly suffering from, or believed to be suffering from some mental disorder/illness?*

**Tab. 4:** Vorhandensein spezieller Richtlinien bei Fällen einer akuten Intoxikation oder psychischen Erkrankung

Vorhandensein spezieller Richtlinien (80 %)	Belgien, Bulgarien, England und Wales, Frankreich, Irland, Italien, Liechtenstein, Malta, Moldawien, Niederlande, Nordirland, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schottland, Schweden, Schweiz, Spanien
keine speziellen Richtlinien (20 %)	Albanien, Deutschland, Litauen, Luxemburg, Montenegro

Tabelle 4 zeigt, dass immerhin in 20 der 25 Länder (80 %) spezielle Richtlinien vorhanden sind. In mehreren Ländern wurde jedoch auch darauf hingewiesen, dass bestehende und publizierte Richtlinien mitunter in der Praxis nicht umgesetzt werden, so beispielsweise in Frankreich. In Irland wurden nach einer tödlichen Alkoholintoxikation im Polizeigewahrsam umfassende spezifische Empfehlungen hinsichtlich der medizinischen Versorgung von Personen in Gewahrsam formuliert und sogar ein Expertenforum etabliert. Trotzdem finden diese Richtlinien bisher formal noch keine Anwendung.

Auch gibt es mehrere Staaten (z. B.: Italien, Moldawien, Niederlande und Schweiz), in denen spezielle Richtlinien nur für eine Risikogruppe bestehen, während für die andere Risikogruppe entsprechende Empfehlungen fehlen. So sind in den Niederlanden mehrere ausführliche und verbindliche Richtlinien der forensisch-medizinischen Gesellschaft („*forensic medical society*“) hinsichtlich der medizinischen Versorgung von substanzbeeinflussten Personen vorhanden: Richtlinie für Drogenmissbrauch („*Richtlijn Behandeling drugsgebruik in de politiecel m.u.v. opiaten en alcohol*“), Richtlinie für Opiatabhängigkeit („*Richtlijn Behandeling van opiaatverslaafden in politiecellen*“) und Richtlinie zur Beurteilung einer Intoxikation („*Richtlijn Beoordeling intoxicaties bij ingesloten personen*“). Demgegenüber finden sich keine speziellen Vorgaben für psychiatrisch auffällige Delinquenten. In

der Schweiz hingegen sollen Personen mit mentaler oder psychiatrischer Erkrankung nach Möglichkeit in einer Doppelzelle untergebracht werden und psychiatrische Unterstützung hinzugezogen werden. Demgegenüber werden Fälle mit Intoxikation lediglich individuell gehandhabt. Ähnlich verhält es sich in Italien. Bei der Feststellung oder Vermutung einer psychiatrischen Erkrankung soll die Person in eine entsprechende Einrichtung überführt werden. Bei weniger ausgeprägten psychischen Störungen kann eine Behandlung innerhalb des Gewahrsams durch einen Psychiater erfolgen.

In fünf Ländern (20 %) existieren weder Richtlinien für die eine noch für die andere Risikogruppe. Allerdings gibt es in Litauen (und wahrscheinlich auch in Estland und Lettland) im Rahmen der Implementierung eines Projektes der Vereinten Nationen („*HIV/AIDS prevention and care among injecting drug users and in prison settings in Estonia, Latvia and Lithuania*“) die Möglichkeit, bei Personen in Polizeigewahrsam eine Drogensersatztherapie vorzunehmen.

#### 4.8 Dokumentation und Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse

Nachfolgend wurde gefragt, ob und in welcher Art und Weise die Ergebnisse der Gewahrsamstauglichkeitsuntersuchung zu dokumentieren sind. Ergänzend wurde die Frage nach der Aufbewahrung dieser vertraulichen Unterlagen gestellt.

Originalfragestellung:

*Is the result of the medical examination to be documented? And, if yes, where are the confidential medical records stored?*

Die Auswertung der Fragebögen ergab, dass in 24 Ländern (96 %) eine Dokumentation der Ergebnisse der ärztlichen Untersuchung zwingend vorgeschrieben ist.

**Tab. 5:** Regelungen zur Aufbewahrung der medizinischen Dokumentation

Aufbewahrung bei der Polizei (48 %)	Albanien, Bulgarien, Deutschland, Irland, Italien, Litauen, Luxemburg, Malta, Moldawien, Polen, Rumänien, Schweiz
Aufbewahrung innerhalb des Gesundheitssystems (16 %)	England und Wales, Schottland, Schweden, Spanien
Aufbewahrung durch den Arzt/die Ärztin (16 %)	Liechtenstein, Nordirland, Österreich, Portugal
anders aufbewahrt (16 %)	Frankreich, Montenegro, Niederlande, Norwegen

Wie aus Tabelle 5 ersichtlich wird, verbleibt in knapp der Hälfte (48 %) der Länder die Dokumentation über die Untersuchung der Gewahrsamstauglichkeit bei den Polizeibehörden. In jeweils vier Staaten (je 16 %) werden die Aufzeichnungen innerhalb des Gesundheitssystems, durch die Ärztin/den Arzt oder auf andere, nicht näher angegebene Art und Weise aufbewahrt. In Frankreich wird beispielsweise unterschieden, je nachdem ob die Untersuchung durch einen forensische/-n Ärztin/Arzt oder eine/-n Allgemeinmediziner/-in durchgeführt wurde. Im ersten Fall werden die Dokumentationen innerhalb des Gewahrsams aufbewahrt, im anderen Fall verbleibt sie in der Krankenakte des Allgemeinmediziners bzw. der Allgemeinmedizinerin. Demgegenüber verbleibt in England und Wales die Dokumentation über die Untersuchungsergebnisse immer beim Arzt oder der Ärztin und nur Informationen, die für die sichere Unterbringung der inhaftierten Person notwendig sind, werden an die Polizeibeamten weitergegeben.

Ein differenzierteres Vorgehen kommt in Irland zur Anwendung. Der Teil der Dokumentation, welcher Fragen bezüglich Medikation, Gewahrsams- und Vernehmungstauglichkeit oder Überweisung in ein Krankenhaus und ähnliches betrifft, verbleibt bei der Polizei. Die vertrauliche und ausführlichere Krankenakte wird hingegen durch die Ärztin/den Arzt aufbewahrt. Dagegen obliegt es in Nordirland ausschließlich dem Untersucher, die Ergebnisse der medizinischen Untersuchung zu dokumentieren und aufzubewahren. Lediglich Anweisungen und Empfehlungen werden an das zuständige Personal der Gewahrsamseinheit weitergegeben.

In Bulgarien werden die Dokumentationen in der medizinischen Versorgungseinheit des Gewahrsams aufbewahrt. Im Gegensatz dazu hat in Polen die Polizei keinen Zugang zu den Ergebnissen der ärztlichen Untersuchung. Sie erhalten das ärztliche Zertifikat, welches eine Gewahrsamstauglichkeit oder Gewahrsamsuntauglichkeit bescheinigt, und bewahren es in der Polizeidienststelle auf, welche die Person in Gewahrsam genommen hat. Demgegenüber sind in Luxemburg die Aufzeichnungen über die medizinische Untersuchung als Anhang zum Protokoll in einem verschlossenen Umschlag aufzubewahren. In Moldawien wird ein Formblatt für die ärztliche Untersuchung von in Gewahrsam genommenen Personen verwendet. Es wird von der Aufnahme bis zur Entlassung der Person in der Gewahrsamseinrichtung aufbewahrt.

Eine Ausnahme (4 %) hinsichtlich der Dokumentationspflicht stellt Belgien dar, wo die Untersuchungsergebnisse nicht systematisch dokumentiert werden. Ärzte/Ärztinnen beschreiben im Ergebnis der medizinischen Untersuchung mögliche Konsequenzen, die eine Aufnahme in den Gewahrsam für die entsprechende Person haben könnte. Manchmal wird dieses Ergebnis in der Polizeiakte vermerkt, wobei dieses Vorgehen allerdings nicht verbindlich ist. In den belgischen Polizeiakten werden keine vertraulichen medizinischen Informationen erfasst.

#### 4.9 Kontrolle der Zelleninsassen

Die nächste Frage war, in welchen zeitlichen Abständen und in welcher Form Personen im Polizeigewahrsam vom Aufsichtspersonal in ihrer Zelle kontrolliert werden. Geschieht dies alle 60 Minuten, alle 30 Minuten? Muss die Person aufgeweckt werden?

Originalfragestellung:

*How frequently and in what way are detainees in custody checked even after they have been medically examined (e.g. are they visited in the cell every 60 minutes, are they visited in the cell and roused every 30 minutes)?*

**Tab. 6:** Kontrollmodus der Zelleninsassen

Keine spezifischen Anforderungen - Kontrollen sind abhängig von der örtlichen Polizeiorganisation oder auf Verlangen der Ärzte/Ärztinnen (48 %).	Belgien, Frankreich, Italien, Liechtenstein, Litauen, Malta, Österreich, Portugal, Rumänien, Schweden, Schweiz, Spanien
Visite in der Zelle alle 60 Minuten (20 %)	England und Wales, Nordirland, Norwegen, Polen, Schottland
Kontinuierliche Überwachung durch Videokameras in der Gewahrsamszelle, direkte Kontrollen werden in Abhängigkeit vom individuellen Zustand durchgeführt (12 %).	Bulgarien, Moldawien, Montenegro
Visite in der Zelle mindestens alle 30 Minuten (8 %)	Albanien, Irland
Visite in der Zelle alle 120 Minuten (8 %)	Luxemburg, Niederlande
deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern (4 %)	Deutschland

Wie Tabelle 6 veranschaulicht, haben nahezu die Hälfte (48 %) der Länder keine einheitlichen konkreten Vorschriften, sondern sie überlassen es der örtlichen Polizeiorganisation, zeitliche Abstände zwischen Kontrollen festzulegen oder führen diese auf ärztliche Anordnung durch. So wird beispielsweise in Frankreich der Kontrollmodus in der Regel durch die örtliche Polizeiorganisation bestimmt und in Italien werden die Kontrollen je nach Bedarf durchgeführt. Im Kontrast zu diesen eher unspezifischen Regelungen muss in drei Ländern (12 %) eine permanente Videoüberwachung erfolgen. Auch in Albanien werden die festgenommenen Personen äußerst engmaschig kontrolliert, wo mehrere Kontrollen innerhalb einer Stunde erfolgen müssen.

Nur in wenigen Ländern finden sich Vorgaben zum qualitativen Kontrollmodus. So sind beispielsweise in Schottland stündliche Kontrollen erforderlich, bei denen auch die Erweckbarkeit der festgenommenen Person geprüft werden muss. In Irland werden die Kontrollen standardmäßig sogar halbstündlich durchgeführt und bei Personen unter Alkohol und/oder Drogeneinfluss muss aller 15 Minuten eine Kontrolle mit Überprüfung der Erweckbarkeit erfolgen. Auch in Polen muss bei intoxikierten Personen in Abhängigkeit vom Zustandsbild alle 15 bzw. 30 Minuten eine visuelle Verhaltenskontrolle durchgeführt werden und stündlich müssen die Vitalzeichen (z. B. Puls und Atmung) geprüft werden. Bei besonders problematischen Fällen kann auch eine Videoüberwachung

mit ständiger Beobachtung und Aufzeichnung zur Anwendung kommen. Im Gegensatz dazu soll in Österreich und Luxemburg das Aufwecken der Zelleninsassen während der Nacht möglichst vermieden werden.

#### 4.10 Anforderungen an die Räumlichkeiten im Polizeigewahrsam

Im Rahmen der Umfrage wurde auch erfasst, ob es Vorschriften zur Ausstattung der Räumlichkeiten im Polizeigewahrsam gibt. Dazu zählen beispielsweise die Mindestgröße und andere Anforderungen an die Raumausstattung wie Defibrillator, Videokameraüberwachung, Verbandsmaterial oder Medikamente.

Originalfragestellung:

*Are there any rules or regulations on the standards of, and what facilities are required in custody medical examination rooms (e.g. size, automatic defibrillator, CCTV, wound dressings, medication)?*

**Tab. 7:** Regelungen zur Ausstattung der Untersuchungsräume im Polizeigewahrsam

Keine verbindlichen Regelungen vorhanden (52 %).	Albanien, Belgien, Frankreich, Italien, Liechtenstein, Luxemburg, Malta, Montenegro, Niederlande, Polen, Rumänien, Schweiz, Spanien
Vorgeschriebene Regelungen vorhanden und werden auch eingehalten (40%).	Bulgarien, Deutschland, Litauen, Moldawien, Nordirland, Norwegen, Österreich, Portugal, Schottland, Schweden
Vorgeschriebene Regelungen werden häufig nicht eingehalten (8 %).	England und Wales, Irland

Tabelle 7 verdeutlicht, dass es in über der Hälfte der 25 Staaten (52 %) keine verbindlichen Vorschriften hinsichtlich Raumgröße und Ausstattung der Räumlichkeiten in den Einrichtungen des Polizeigewahrsams gibt. Außerdem werden in zwei Ländern (8 %) eigentlich vorhandene Regelungen in der Praxis häufig nicht eingehalten. Nur in zehn Ländern (40 %) existieren verbindliche Vorgaben, die auch umgesetzt werden. Hinsichtlich der medizinischen Ausstattung finden sich nur vereinzelte Festlegungen, wie in Nordirland und Moldawien. In Moldawien beschränken sich die Richtlinien allerdings auf eine Mindestraumgröße von 12 m<sup>2</sup> für den Untersuchungsraum und das Vorhandensein eines Arzneimittelkoffers.

#### 4.11 Zeitliche Begrenzung des Gewahrsamsaufenthaltes

Die nächste Frage betraf die maximale Dauer des Verbleibs einer festgenommenen Person im Polizeigewahrsam. Dabei wurde auch erfragt, auf welcher Gesetzesgrundlage diese Entscheidung beruht.

Originalfragestellung:

*What is the maximum time allowed for holding a detainee in police custody? What is the legal basis for this?*

**Tab. 8:** Regelungen zur maximalen Dauer des Verbleibs im Polizeigewahrsam

gewöhnlich bis zu 24 Stunden (32 %)	Belgien, Bulgarien, England und Wales, Irland, Luxemburg, Nordirland, Rumänien, Schweiz
gewöhnlich bis zu 48 Stunden (40 %)	Deutschland, Frankreich, Italien, Liechtenstein, Litauen, Malta, Montenegro, Österreich, Polen, Schottland
gewöhnlich bis zu 72 Stunden (12 %)	Moldawien, Niederlande, Spanien
gewöhnlich bis zu 96 Stunden (4 %)	Albanien
nicht spezifiziert (12 %)	Norwegen, Portugal, Schweden

Nahezu drei Viertel (72 %) der befragten Länder gaben an, dass aufgrund von zentralen gesetzlichen Regelungen spätestens nach 48 Stunden eine Entscheidung darüber fallen muss, ob eine Entlassung oder eine Vorführung vor einem Haftrichter/einer Haftrichterin erfolgen muss (Tab. 8). In acht Staaten (32 %) ist dies sogar schon innerhalb der ersten 24 Stunden erforderlich. In nur drei Ländern (12 %) kann die festgenommene Person auch in gewöhnlichen Fällen bis zu 72 Stunden im Polizeigewahrsam verbleiben, lediglich in Albanien ist dies sogar bis zu 96 Stunden möglich. In mehreren Ländern gib es jedoch auch gesetzliche Regelungen, die bei bestimmten Vergehen die maximale Aufenthaltsdauer in Polizeigewahrsam erheblich verlängern können. So ist beispielsweise in Frankreich ein Verbleib im Polizeigewahrsam bei Straftaten mit Drogenbezug bis zu vier Tage und bei Fällen von Terrorismus sogar bis zu sechs Tage möglich.

#### 4.12 Gewahrsamsuntauglichkeit

Nachfolgend wurde erfragt, was mit Personen passiert, bei denen im Ergebnis der ärztlichen Untersuchung aus medizinischen Gründen keine Gewahrsamsuntauglichkeit bescheinigt werden kann.

Originalfragestellung:

*What happens to detainees who as a result of the medical examination are found to be unfit for custody on medical grounds?*

Im Ergebnis war festzustellen, dass in Fällen von Gewahrsamsuntauglichkeit in allen Ländern einheitlich vorgegangen wird. Bei Feststellung der Erforderlichkeit einer dringenden medizinischen Versorgung erfolgt der umgehende Transfer in eine den individuellen Bedürfnissen entsprechende Einrichtung. In mehreren Ländern, wie z. B. in Frankreich, Deutschland, Schweden und der Schweiz, gibt es auch die ausdrückliche Möglichkeit einer polizeilichen Überwachung im Krankenhaus. In einigen Ländern kann bei fehlender Gewahrsamsuntauglichkeit ohne Notwendigkeit einer stationären Behandlung in Abhängigkeit von der Schwere des Vergehens auch eine Entlassung in Erwägung gezogen werden.

#### 4.13 Zentrale Gewahrsamseinrichtungen

Im Zusammenhang mit dem Aspekt der Gewahrsamsuntauglichkeit wurde als nächstes erfragt, ob in den jeweiligen Ländern auch zentrale Einrichtungen mit permanenter gesundheitlicher Versorgung von Personen in Polizeigewahrsam existieren.

Originalfragestellung:

*Does your country have any central facilities for police custody providing permanent medical care?*

**Tab. 9:** Vorhandensein von Einrichtungen mit permanenter medizinischer Versorgung im Polizeigewahrsam

Keine zentrale Einrichtung für Personen im Polizeigewahrsam, die eine permanente medizinische Versorgung gewährleistet (60 %).	Albanien, Belgien, England und Wales, Irland, Malta, Montenegro, Nordirland, Norwegen, Österreich, Polen, Rumänien, Schottland, Schweden, Schweiz, Spanien
Eine zentrale Einrichtung für Personen im Polizeigewahrsam, die eine permanente medizinische Versorgung gewährleistet (28 %).	Bulgarien, Frankreich, Liechtenstein, Luxemburg, Moldawien, Niederlande, Portugal
Mehrere zentrale Einrichtungen für Personen im Polizeigewahrsam, die eine permanente medizinische Versorgung gewährleisten (12 %).	Deutschland, Italien, Litauen

Dabei zeigte sich, dass in über der Hälfte der Länder (60 %) keine zentralen Einrichtungen vorhanden sind, in denen die Personen während des Polizeigewahrsams permanent medizinisch versorgt werden können (Tab. 9). In knapp einem Drittel der Staaten (28 %) steht zumindest eine derartige zentrale Einrichtung zur Verfügung und in drei Ländern (Deutschland, Italien, Litauen) existieren sogar mehrere zentrale Einrichtungen für die medizinische Betreuung von Personen in Polizeigewahrsam. Allerdings sind diese Einrichtungen auch in diesen Ländern keineswegs flächendeckend vorhanden. In Liechtenstein und Luxemburg stehen stattdessen für problematische Fälle in regulären Krankenhäusern ausreichend gesicherte Räumlichkeiten zur Verfügung.

#### 4.14 Umgang mit Fällen von polizeilicher Gewaltanwendung

Der nächste Aspekt betraf den Umgang mit mutmaßlichen oder tatsächlichen Fällen von Gewaltanwendungen seitens der Polizei gegen die festgenommenen Personen. Zunächst wurde erfragt, durch welche Personengruppen in solchen Fällen das Polizeipersonal untersucht wird.

Originalfragestellung:

*In cases of alleged assault by police who examines the police personnel?*

**Tab. 10:** Untersuchung der Polizeibeamten bei behaupteter polizeilicher Gewaltanwendung

forensische Ärzte/Ärztinnen (48 %)	Bulgarien, Frankreich, Liechtenstein, Litauen, Malta, Niederlande, Nordirland, Norwegen, Rumänien, Schottland, Schweden, Schweiz
Mitarbeiter/-innen des Gesundheitssystems (8 %)	England und Wales, Polen
Ärztinnen/Ärzte der Allgemeinmedizin (4 %)	Irland
verschiedene Ärztinnen/Ärzte (12 %)	Deutschland, Italien, Montenegro
Amtsarzt/-ärztin (4 %)	Österreich
nicht spezifiziert (24 %)	Albanien, Belgien, Luxemburg, Moldawien, Portugal, Spanien

Aus Tabelle 10 wird ersichtlich, dass die Untersuchungen des beteiligten Polizeipersonals immerhin in annähernd der Hälfte der Staaten (48 %) durch forensische Ärzte bzw. Ärztinnen erfolgen. In den

anderen Ländern (52 %) werden diese Untersuchungen durch Allgemeinmediziner/-innen, Amtsärzte/-innen oder auch verschiedenste andere Fachrichtungen durchgeführt.

Des Weiteren wurde abgefragt, durch welche Berufsgruppen die mutmaßlichen oder tatsächlichen Opfer der polizeilichen Gewalt untersucht werden.

Originalfragestellung:

*In cases of alleged assault by police who examines the complainant?*

**Tab. 11:** Untersuchung der Opfer von behaupteter polizeilicher Gewaltanwendung

forensische Ärzte/-innen (52 %)	Albanien, Bulgarien, Frankreich, Liechtenstein, Litauen, Malta, Niederlande, Nordirland, Norwegen, Rumänien, Schottland, Schweden, Schweiz
Mitarbeiter/-in des Gesundheitssystems (8 %)	England und Wales, Polen
Ärzte/-innen der Allgemeinmedizin (4 %)	Irland
verschiedene Ärzte/Ärztinnen (16 %)	Deutschland, Italien, Montenegro, Spanien
Amtsarzt/-ärztin (4 %)	Österreich
nicht spezifiziert (16 %)	Belgien, Luxemburg, Moldawien, Portugal

Dabei stellte sich eine ähnlich gelagerte Verteilung dar (Tab. 11). Zusätzlich erfolgt in diesen Fällen auch in Albanien eine Untersuchung durch forensische Mediziner/-innen, so dass insgesamt 13 der 25 Länder (52 %) eine forensische Befunddokumentation anstreben.

#### 4.15 Untersuchungen bei Vorwürfen gegen die Polizei

Nachfolgend wurde erfragt, welche Person, Körperschaft oder Organisation in den jeweiligen Staaten Vorwürfe gegen Polizeibeamte untersucht. Dabei war auch von Interesse, wer diese Institutionen finanziert und ob sie komplett unabhängig von der Polizei die Untersuchungen durchführen.

Originalfragestellungen:

*In your country/state – is there a person, a body or an organization that investigates complaints against the police? If “Yes”, how is it organized?*

*If your country has a person, a body or an organization that investigates complaints against the police*

*a) Is it completely independent of the police?*

*b) Who funds it?*

**Tab. 12:** Institutionen zur Untersuchung von Vorwürfen gegen die Polizei

zentrale unabhängige Körperschaft oder Organisation (64 %)	Belgien, Bulgarien, England und Wales, Irland, Luxemburg, Moldawien, Montenegro, Niederlande, Nordirland, Norwegen, Österreich, Polen, Rumänien, Schottland, Schweiz, Spanien
keine zentrale Organisation, nur Untersuchung durch eine andere Polizeiabteilung oder die Staatsanwaltschaft (20 %)	Deutschland, Italien, Liechtenstein, Litauen, Schweden
zentrale Organisation der Polizei (12 %)	Albanien, Frankreich, Malta
nicht spezifiziert (4 %)	Portugal

Tabelle 12 veranschaulicht, dass es in fast zwei Dritteln der Länder (64 %) eine zentrale und unabhängige Körperschaft/Organisation gibt, die bei Vorwurfsfällen gegen die Polizei die entsprechenden Untersuchungen durchführt. Diese Institutionen arbeiten dabei vollständig unabhängig von der Polizei und werden staatlich oder über die Regierung finanziert. Einige Staaten (z. B.: Montenegro, Nordirland, Polen und Spanien) verfügen zwar über keine derartige Organisation, jedoch gibt es dort einen unabhängigen Ombudsmann, an den sich geschädigte Personen wenden können.

In drei Ländern (Albanien, Frankreich und Malta; 12 %) beschäftigen sich zentrale Organisationseinheiten der Polizei mit solchen Fällen. Allerdings gibt es in Frankreich zusätzlich einen sogenannten „Verteidiger der Rechte“ („*Défenseur des Droits*“), welcher von der Polizei unabhängig arbeitet, der aber lediglich Empfehlungen aussprechen kann. In Albanien existiert innerhalb der Generaldirektion der Staatspolizei eine Direktion für berufliche Standards, die auf der Grundlage der Disziplinarordnung und der Geschäftsordnung der Staatspolizei verpflichtet ist, Beschwerden und Forderungen von festgenommenen Personen gegenüber Polizeibeamten/-innen zu bearbeiten. In fünf Ländern gibt es jedoch überhaupt keine zentrale Organisation. Derartige Vorwürfe werden hier in der Regel durch andere Dienststellen der Polizei und Staatsanwaltschaft bearbeitet, welche von den Beschwerden nicht betroffen sind.

#### 4.16 Untersuchung von Todesfällen innerhalb des Polizeigewahrsams

Der letzte Fragenkomplex betraf den Umgang mit Todesfällen im Polizeigewahrsam. Zunächst wurde gefragt, ob eine unabhängige Person, Körperschaft oder Organisation existiert, welche solche Todesfallermittlungen durchführt. Falls ja sollte angegeben werden, durch welche Mittel diese Institution finanziert wird.

Originalfragestellungen:

*In your country/state, is there a person, a body or an organization that investigates deaths of individuals whilst in police custody? If "Yes", how is it organized?*

*If the former question has been answered with "Yes" – is that person, body or organization independent of the police? If "Yes", who funds that organization?*

**Tab. 13:** Institutionen zur Untersuchung von Todesfällen im Polizeigewahrsam

zentrale unabhängige Körperschaft oder Organisation (52 %)	Belgien, England und Wales, Irland, Luxemburg, Malta, Moldawien, Montenegro, Niederlande, Nordirland, Norwegen, Rumänien, Schottland, Schweiz
keine zentrale Organisation, nur Untersuchung durch die Staatsanwaltschaft (20 %)	Deutschland, Frankreich, Italien, Liechtenstein, Polen
Untersuchung durch die Staatsanwaltschaft und zentrale unabhängige Körperschaft oder Organisation (16 %)	Albanien, Bulgarien, Österreich, Spanien
Zentralamt für Rechtsmedizin (4 %)	Schweden
nicht spezifiziert (8 %)	Litauen, Portugal

In etwas mehr als der Hälfte der Länder (52 %) gibt es eine unabhängige Körperschaft oder Organisation, die Todesfälle von Personen in Polizeigewahrsam untersucht (Tab. 13). Diese sind unabhängig von der Polizei und werden mit staatlichen Mitteln finanziert. In Schweden gilt eine besondere Regelung. Dort werden die Untersuchungen von Todesfällen im Polizeigewahrsam durch das nationale Zentralamt für Rechtsmedizin („*Rättsmedicinalverket*“) geleitet, welches direkt dem Justizministerium unterstellt ist. In fünf Staaten (20 %) erfolgt die Untersuchung lediglich durch die zuständige Staatsanwaltschaft.

#### 4.17 Statistiken zu Todesfällen innerhalb des Polizeigewahrsams

Mit der letzten Rubrik wurde die statistische Erfassung von Todesfällen im Polizeigewahrsam erfragt. Zusätzlich wurde die Frage gestellt, wo, wann und wie oft diese Statistiken publiziert werden und ob entsprechende Publikationen auch die Todesursachen (z. B.: Selbstverletzung, Drogen, sonstige Gewalt) enthalten.

Originalfragestellungen:

*In your country/state are statistics published about all deaths that have taken place in police custody?*

*If the former question has been answered with "Yes" – where, when and how often are those statistics published and do they include an analysis of cause of death (e.g. self-harm, drugs, other violence)?*

**Tab. 14:** Publikation von Statistiken über Todesfälle im Polizeigewahrsam

keine Publikation der Todesfälle (60 %)	Belgien, Deutschland, Frankreich, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Moldawien, Montenegro, Niederlande, Norwegen, Polen, Rumänien, Schweiz, Spanien
vollständige Publikation der Statistiken (28 %)	Bulgarien, England und Wales, Nordirland, Österreich, Portugal, Schottland, Schweden
unvollständige Publikation der Statistiken (12 %)	Albanien, Irland, Italien

Tabelle 14 zeigt, dass nur sieben Länder (28 %) jährlich eine vollständige Statistik über Todesfälle im Polizeigewahrsam publizieren. In England und Wales sind diese Informationen sogar öffentlich zugänglich ([www.ipcc.gov.uk](http://www.ipcc.gov.uk)) und sie enthalten auch eine entsprechende Todesursachenanalyse. Des Weiteren wird in Schweden für jeden einzelnen Fall eine Todesursachenanalyse durchgeführt und dokumentiert.

In Albanien, Irland und Italien werden zwar ebenfalls Statistiken zu Todesfällen innerhalb des Polizeigewahrsams publiziert, allerdings sind diese Publikationen unvollständig. So sind in Albanien sämtliche Fälle von Selbstverletzungen, Selbsttötungen oder Todesfälle aus anderen Gründen Gegenstand einer eingehenden Untersuchung durch die Organe des „Internen Kontrolldienstes“ und der Staatsanwaltschaft, jedoch liegt die Zuständigkeit hinsichtlich deren Veröffentlichung bei der Staatsanwaltschaft. In Irland sind zwar sogenannte „*Reports of the Coroners' Inquests*“ erhältlich, diese werden aber nicht systematisch publiziert. Es erfolgt dabei auch keine statistische Erhebung und Analyse der Todesumstände und -ursachen.

Im Kontrast dazu werden in Rumänien zwar keine öffentlichen Statistiken über Todesfälle im Polizeigewahrsam publiziert, dennoch werden diese Daten durch die rumänische Polizei erfasst und innerhalb des nationalen forensischen Netzwerkes dokumentiert. Demnach können diese Statistiken beim Ombudsmann oder dem CPT abgefragt werden. Ähnlich verhält es sich in Polen. Dort führt die Polizei auf nationaler Ebene eine Statistik hinsichtlich außergewöhnlicher Vorfälle im Polizeigewahrsam, einschließlich der Todesfälle von Personen in Gewahrsam. Es wird dann eine zusammenfassende Statistik dieser Vorfälle erstellt und den regionalen Polizeikommandos für eine professionelle Nutzung zur Verfügung gestellt. In Luxemburg werden die Statistiken zwar auch nicht publiziert, sind aber verfügbar für alle Organisationen, die die Autorität zur Kontrolle des Polizeigewahrsams besitzen.

## 5 Diskussion

Derzeit liegen zu den medizinischen Aspekten des Polizeigewahrsams nur vereinzelte Untersuchungen mit länderübergreifendem Charakter vor. So wurden von Payne-James und Stark (2000) die Daten zu den medizinischen Gepflogenheiten im Polizeigewahrsam aus elf Ländern verschiedener Kontinente erfasst, wobei auch sechs europäische Länder vertreten waren (Deutschland, England und Wales, Frankreich, Niederlande, Schottland und Schweden). In der Untersuchung von Fritzheimer (2005) erfolgte ein Vergleich der Regelungen von vier europäischen Ländern (England, Frankreich, Mazedonien und Schweden). In beiden Untersuchungen wurde ein vielfältiges Spektrum der gesetzlichen Regelungen und Vorgaben zu den medizinischen Aspekten des Polizeigewahrsams festgestellt (Heide et al., 2014). Diese Studien legen bereits nahe, dass auch zwischen den europäischen Ländern erhebliche Unterschiede bestehen.

Mit der vorliegenden Studie konnte eine vergleichende Untersuchung von 25 Ländern Europas durchgeführt werden. Dabei konnten die Daten aus dem west- und mitteleuropäischen Raum weitgehend vollständig (Belgien, Deutschland, England und Wales, Frankreich, Irland, Italien, Liechtenstein, Luxemburg, Malta, Niederlande, Nordirland, Österreich, Portugal, Schottland, Schweiz und Spanien) und die Angaben aus Nordeuropa (Norwegen und Schweden) zumindest teilweise erfasst werden. Demgegenüber konnten aus Osteuropa und Südosteuropa trotz wiederholter Anfragen und Kontaktierung anderer Ansprechpartner nur einige Länder (Albanien, Bulgarien, Litauen, Moldawien, Montenegro, Polen und Rumänien) in die Studie eingeschlossen werden. Gerade aus diesen Teilen Europas gibt es zu dieser Thematik im internationalen Schrifttum derzeit nur wenige Publikationen, die sich vor allem auf die Berichte des CPT beschränken. Diese Berichte weisen darauf hin, dass die medizinischen Aspekte des Polizeigewahrsams in Ländern wie Russland, Türkei und der Ukraine als besonders kritisch einzuschätzen sind (*CPT-Report to the Russian Government, 2013; CPT-Report to the Turkish Government, 2015; CPT-Report to the Ukrainian Government, 2015*). Auch die vereinzelten wissenschaftlichen Studien aus diesen Ländern weisen auf eine erhebliche Problematik bei der Unterbringung und medizinischen Versorgung von Personen im Polizeigewahrsam hin. So untersuchten Ünal et al. (2016) 125 obduzierte Todesfälle von Personen aus dem Polizeigewahrsam und Gefängnissen in Istanbul (Türkei), die sich im Zeitraum von 2010 bis 2012 ereignet haben. Dabei wurden auch solche Fälle einbezogen, die sich während des Transportes oder in einem Krankenhaus ereigneten, insofern sie mit der Inhaftierung im Zusammenhang standen. Die Autoren forderten eine Verbesserung der medizinischen Situation der inhaftierten bzw.

festgenommenen Personen. Dabei sollten unter anderem chronisch kranke Personen periodisch untersucht und ärztlich versorgt werden sowie Personen mit Alkohol- oder Drogenabhängigkeit bzw. psychisch kranke Personen in spezialisierten Kliniken untergebracht werden (Ünal et al., 2016).

Trotz der Limitation der relativ geringen Beteiligung der Länder Osteuropas und Südosteuropas ist der Einschluss von 25 Ländern in die vorliegende Studie im Hinblick auf das Erlangen von Informationen aus problematischen, teilweise brisanten Problemfeldern durchaus als zufriedenstellend zu bewerten. Immerhin konnte durch die teilweise mehrmalige Kontaktierung der 49 europäischen Länder eine etwas über der Hälfte (51 %) liegende Teilnehmerrate erreicht werden. Eine solche Untersuchung, mit dem Einschluss von 25 Ländern eines Kontinentes, liegt bisher im internationalen Schrifttum nicht vor. Bislang erfolgte in den vereinzelt vergleichenden Untersuchungen auch keine solch umfangreiche Erfassung und Analyse der verschiedenen medizinischen Aspekte des Polizeigewahrsams.

Dabei wurde zunächst das bestehende System der medizinischen Versorgung im Polizeigewahrsam betrachtet. Es war festzustellen, dass zwischen den Regelungen in den einzelnen Ländern und auch innerhalb einzelner Staaten beträchtliche Unterschiede vorliegen. Einerseits sind in einigen Staaten die Vorgaben eher allgemein gehalten und sie kommen eher einer Empfehlung gleich. Andererseits gibt es in mehreren Ländern ausgesprochen detaillierte Regelungen mit eher gesetzlichem Charakter. Solche Regelungen könnten beispielhaft für die Länder mit den bislang eher allgemeinen bzw. unspezifischen Festlegungen sein. Des Weiteren wären sie auch eine Diskussionsgrundlage im Hinblick auf eine mögliche gesamteuropäische Empfehlung. So ist z. B. in England und Wales in den Bestimmungen des „*Police and Criminal Evidence Act (PACE)*“ von 1984 geregelt, wann eine in den Polizeigewahrsam aufgenommene Person durch entsprechend ausgebildete Mitarbeiter des Gesundheitswesens (Arzt/Ärztin, Krankenschwester oder Rettungssanitäter/-in) untersucht werden muss. Das trifft für Personen zu, die an einer körperlichen oder psychischen Erkrankung zu leiden scheinen, verletzt sind oder ansonsten eine klinische Versorgung nötig haben. Weiterhin betrifft das Personen, die scheinbar betrunken wirken oder sich andersartig abnormal verhalten, möglicherweise an einer Krankheit leiden (z. B.: Hyper-/Hypoglykämie bei Diabetes mellitus oder ein Anfall von Epilepsie) oder nicht offensichtliche Verletzungen besonders im Kopfbereich erlitten haben könnten. Zudem wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass Personen mit Intoxikationen (Alkohol oder Drogen) innerhalb kürzester Zeit vital bedrohliche Zustände, u. a. Entzugserscheinungen oder Krampfanfälle, entwickeln können. Polizeibeamte sollten in solchen Situationen dringlich handeln und einen Notarzt oder Rettungswagen anfordern. Ähnlich detaillierte Vorschriften existieren in Irland in der Verordnung 21 zur „Behandlung von Personen in Haft in Garda Síochána Stationen“ („*Treatment of Persons in Custody in Garda Síochána Stations, Criminal Justice Act 1987*“). Hier wird zusätzlich vorgegeben, medizinischen Rat einzuholen, wenn Personen Medikamente für Herzleiden, Diabetes, Epilepsie oder andere potenziell plötzlich exazerbierende Erkrankungen benötigen oder im Besitz solcher Medikamente sind. Auch in Polen gibt es bindende gesetzliche Vorschriften („*Official Polish Journal of Law*“, 2012), bei welcher Art von Erkrankungen oder Symptomen ärztliche Hilfe angefordert werden muss. Dabei wird beispielsweise auch explizit auf schwangere oder stillende Frauen hingewiesen.

Somit kann eingeschätzt werden, dass die derzeitige Situation der medizinischen Versorgung im Polizeigewahrsam von einem europäischen Standard sehr weit entfernt ist. Diese Tatsache steht im Kontrast zu den in den zurückliegenden Jahrzehnten bestehenden Bemühungen um die

Harmonisierung gesetzlicher Regelungen und medizinischer Richtlinien innerhalb Europas. Für die Verbesserung dieser Situation sollte eine Strukturierung und Harmonisierung dieser Regelungen angestrebt werden. Ein solches Vorgehen wird auch in den CPT-Standards (2015) empfohlen. Allerdings sind die CPT-Standards in der derzeit vorliegenden Form als nicht ausreichend zu betrachten, so dass eine Ergänzung und Präzisierung mehrerer wichtiger Aspekte erforderlich ist. So könnte, beispielsweise ausgehend von den CPT-Empfehlungen, durch eine multinationale Expertenkommission eine europaweit verbindliche Basisregelung erarbeitet werden, die dann durch die nationalen Rahmenbedingungen entsprechend modifiziert werden kann.

Ein erster wichtiger Aspekt wäre dabei die Etablierung medizinischer Indikationen, bei denen immer eine ärztliche Untersuchung durchgeführt werden sollte. Bisher ist eine solche Empfehlung in den CPT-Standards nicht enthalten. Es wäre durchaus vorstellbar, dass durch die multinationale Expertenkommission mehrere Basisindikationen erarbeitet werden. Natürlich könnten solche Basisindikationen zusätzlich national erweitert werden, z. B. in den Ländern in denen bereits jetzt sehr detaillierte Regelungen vorliegen. Zu diesen Indikationen könnten beispielsweise erhebliche Kopfverletzungen gehören, wobei hier der Begriff der Erheblichkeit auch etwas näher eingegrenzt werden müsste. Eine weitere Indikation könnten deutliche Anzeichen einer Intoxikation bilden, wie z. B. Bewusstseins- oder Orientierungsstörungen bzw. gravierende motorische Ausfallerscheinungen. Auch könnte eine akute Eigen- oder Fremdgefährdung dazu zählen. Diese Basisindikationen sollten für medizinische Laien in verständlicher Art und Weise formuliert werden, da die Polizeibeamten auf dieser Grundlage eine Entscheidung über eine Arztkonsultation treffen müssen. Wenig hilfreich sind dabei Vorgaben, die eher im medizinischen Spezialwissen angesiedelt sind. So wird z. B. im deutschen Bundesland Sachsen-Anhalt von den Polizeibeamten die Einstufung von „Infektionskrankheiten mit hoher Kontagiösität“ abverlangt (Heide et al., 2007). Im Hinblick auf die Regelungen in Luxemburg und Albanien stellt sich natürlich die Frage, ob tatsächlich bei jeder in Polizeigewahrsam befindlichen Person eine medizinische Vorstellung erforderlich ist. Immerhin fanden sich unter den festgenommenen Personen auch eine Reihe von Fällen mit eher unspezifischen Indikationen, bei denen die Hinzuziehung eines Arztes/einer Ärztin nicht hinreichend nachvollziehbar war (Heide et al., 2012). Eine solche Diskussion muss natürlich auch im Hinblick auf die Verhältnismäßigkeit und den effizienten Einsatz von Ressourcen geführt werden, die in den einzelnen europäischen Ländern verschiedenen Standpunkten und Möglichkeiten unterliegt.

Bei den Ärzten/-innen bzw. dem medizinischen Personal, welche/-s die Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit in den europäischen Ländern durchführen, zeigt sich derzeit ein sehr weites Spektrum. Solche Untersuchungen werden in einigen Ländern auch von nichtärztlichem medizinischem Personal durchgeführt. In einzelnen Ländern kommen dabei teilweise beide Personengruppen zum Einsatz. So wird beispielsweise in England diese Untersuchung sowohl von Ärzten/Ärztinnen als auch von Krankenschwestern bzw. Rettungssanitätern/-innen durchgeführt (Payne-James JJ et al., 2010). In anderen Ländern werden Personengruppen mit einer stärkeren staatlichen Bindung herangezogen. Aufgrund der vielfältigen Strukturen der Gesundheitssysteme und der Polizei- bzw. Justizsysteme erscheint derzeit eine einheitliche europäische Regelung kaum realisierbar. Bei einer möglichen Diskussion über die Einführung einer solchen Regelung müsste abgewogen werden, ob die Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit zwingend eine ärztliche Leistung darstellt. Andererseits wäre die Durchführung dieser Untersuchung durch Personen mit staatlicher Bindung zu erörtern, was nachfolgend noch diskutiert wird.

Neben diesen derzeit offenen Aspekten stellt sich auch die Frage nach der Qualifikation dieser Personengruppen. In den meisten Ländern besteht derzeit noch keine standardisierte Qualifizierung für die Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit und lediglich in zwei Ländern (Moldawien und Österreich) ist diese dann auch noch verpflichtend gestaltet. Angesichts der hohen Verantwortung für Personen in einem Hochrisikobereich sollte jedoch für Ärzte/Ärztinnen bzw. medizinisches Personal, die eine solche Beurteilung häufiger durchführen, eine geeignete und verpflichtende Mindestqualifikation angestrebt werden. Dabei stellt sich aber auch die Frage, welchen Umfang und Inhalt eine solche Mindestqualifikation enthalten sollte. In dieser Diskussion muss auch berücksichtigt werden, dass bei den Indikationen für eine ärztliche Konsultation ein ausgesprochen heterogenes Spektrum anzutreffen ist (Heide et al., 2012). Dazu zählen unter anderem Intoxikationen und entsprechende Entzugssyndrome, Traumata, psychische Störungen, aber auch internistische Krankheitsbilder. Vor diesem Hintergrund ist eine zwölf-tägige Schulung (wie in Österreich) bzw. ein zweitägiges Seminar (wie in Moldawien) eher als nicht ausreichend einzuschätzen. Auf der anderen Seite stehen relativ hohe Ansprüche mit einer bislang nicht verpflichtenden, zweijährigen Qualifikation in forensischer Medizin, wie in England und Wales. Sicherlich wäre eine solche verbindliche Qualifikation für die Qualitätssicherung bei der Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit als vorbildhaft anzusehen. In der Praxis besteht dann jedoch die Gefahr, dass die permanente und tatsächliche Verfügbarkeit qualifizierter Ärzte und Ärztinnen nicht immer gewährleistet werden kann. Somit wäre also eine Abwägung bzw. Kompromissbildung zwischen der praktischen Umsetzbarkeit und dem Umfang und Inhalt der Mindestqualifikation erforderlich.

In der Umfrage zeigte sich, dass in den meisten Ländern derzeit die Arztauswahl durch die Polizei erfolgt. Im Kontrast dazu steht die CPT-Empfehlung (2015), dass die Untersuchung durch einen unabhängigen Arzt der eigenen Wahl durchgeführt werden sollte. Diese Empfehlung ist im Hinblick auf die vom Europarat beabsichtigte Durchsetzung der Menschenrechte durchaus nachvollziehbar. In der Praxis dürfte die Umsetzung jedoch erhebliche Schwierigkeiten bereiten, da die Untersuchung der Gewahrsamstauglichkeit häufiger abends oder nachts erfolgen muss (Heide et al., 2005). Hinzu kommen weitere Hinderungsgründe wie Sprechzeiten, Urlaub oder zu große räumliche Entfernung, so dass in der Realität der ausgewählte Arzt dann eben nicht zur Verfügung steht. Theoretisch kann zwar in zwei Dritteln aller beteiligten Länder eine freie Auswahl des Arztes erfolgen, jedoch ist diese meist an eine eigene Kostenübernahme geknüpft. Häufig verfügen die festgenommenen Personen aber nicht über adäquate finanzielle Mittel, um eine solche Arztauswahl auch tatsächlich umsetzen zu können. In den CPT-Standards wird außerdem empfohlen, dass die ärztliche Untersuchung außer Hörweite und vorzugsweise auch außer Sichtweite von Polizeibeamten erfolgen sollte. Auch diese Empfehlung dürfte in der alltäglichen Praxis problematisch umsetzbar sein. In den europäischen Ländern dominieren unter den Indikationen für eine Arzthinziehung Intoxikationen und die entsprechende Entzugssymptomatik (Stark und Gregory, 2005; Best et al., 2006; Mc Kinnon und Grubin, 2010; Heide et al., 2012). Bei diesen Personen kommt es nicht selten zu herausfordernden und teilweise auch aggressiven Verhaltensauffälligkeiten. Deshalb sollte die Untersuchung nicht zuletzt zum Eigenschutz des Arztes bzw. der Ärztin zumindest in Sichtweite der Polizeibeamten erfolgen.

Hinsichtlich der Untersuchungsergebnisse sollte es eigentlich eine Selbstverständlichkeit sein, dass es seitens des Arztes bzw. der Ärztin die Möglichkeit gibt, die Gewahrsamstauglichkeit nur unter bestimmten Bedingungen zu attestieren. Solche Empfehlungen sollten von den Polizeibeamten auch

unter Ausschöpfung aller Möglichkeiten umgesetzt werden. Sicherlich bedeutet die Umsetzung häufig einen erhöhten Zeit- und Personalaufwand für die Polizeibeamten. So müssen die Personen in den Gewahrsamszellen beispielsweise häufiger kontrolliert werden oder es muss eine Dauermedikation bzw. Sonderkost sichergestellt werden. So ist z. B. in Albanien, Bulgarien und Portugal bei entsprechender ärztlicher Verordnung die Bereitstellung spezieller Diäten oder Medikamente sogar bereits ausdrücklich in den Gewahrsamsordnungen benannt. Mit solchen Optionen kann eine deutliche Reduktion der Risiken beim Verbleib im Polizeigewahrsam erreicht werden (Blauuw und Lulf, 1999; Fritzheimer, 2005; Heide et al., 2012). In fast allen Ländern ist diese prinzipielle Möglichkeit bereits in den entsprechenden Regelungen fixiert. Eine punktuelle Einschränkung der Umsetzung der ärztlichen Empfehlungen wie in Schottland, wo die ärztliche Entscheidungs- und Weisungskompetenz von der Schwere des mutmaßlichen Vergehens abhängt, ist zumindest aus medizinischer Sicht fraglich. Gegebenenfalls müssen dann andere Möglichkeiten gesucht werden, wie z. B. die polizeiliche Bewachung in einem Krankenhaus oder die Unterbringung in der Krankenabteilung von Gefängnissen. Dieser Aspekt ist beispielsweise in Montenegro und Schweden vorbildhaft geregelt. In diesen Ländern ist festgelegt, dass die Polizei für Gewahrsamsangelegenheiten und der Arzt oder die Ärztin für die medizinischen Angelegenheiten zuständig ist. Sollte eine Krankenhausbehandlung für erforderlich erachtet werden, so wird der Patient dorthin verlegt und unter Polizeibewachung gestellt.

In der Umfrage fand sich als positiver Aspekt, dass es bereits in vier Fünfteln der Länder spezielle Richtlinien für den Umgang mit besonders problematischen Fällen (z. B.: Drogen-/Alkoholintoxikation oder psychische Erkrankung) gibt. Bei der Sicherstellung eines verbindlichen Charakters und der regelmäßigen Anwendung dieser Regelungen gibt es derzeit jedoch in einigen Ländern noch erhebliche Defizite. Problematisch erscheint auch, dass es in einzelnen Ländern nur spezielle Richtlinien für eine Risikogruppe gibt, während die andere Risikogruppe keine gesonderte Regelung erfährt. Ausführliche Regelungen für beide Risikogruppen sind in Nordirland zu finden, die auch für andere Länder wegweisend sein könnten. Hier muss bei Intoxikationen der Überwachungsmodus fallbezogen angepasst werden und gegebenenfalls eine kontinuierliche Sichtüberwachung durch einen Polizeibeamten gewährleistet werden, sofern die Person durch den Untersucher als gewahrsamstauglich eingestuft wurde. Psychisch beeinträchtigte Personen werden entsprechend den „PACE Codes of Practice“ gegebenenfalls auch zwangsweise in eine Klinik eingewiesen. Bei bescheinigter Gewahrsamstauglichkeit durch den Untersucher oder die Untersucherin muss dann bei jeder Befragung oder Entscheidung ein sogenannter Vormund anwesend sein. Es wäre anzustreben, dass in allen Ländern spezielle Regelungen für den Umgang mit beiden Risikogruppen verbindlich gestaltet und dann auch konsequent umgesetzt werden.

Die Umfrage ergab, dass in fast allen Ländern bereits eine schriftliche Dokumentation über die Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit angefertigt werden muss. In den CPT-Standards wird darüber hinaus empfohlen, dass die Ergebnisse der ärztlichen Untersuchung und die daraus resultierenden Schlussfolgerungen schriftlich fixiert und der inhaftierten Person und ihrem Anwalt ausgehändigt werden sollten. Dabei sollte es sich um eine einzige und umfassende Dokumentation handeln, in der unter anderem auch Verletzungen oder Anzeichen für Geisteskrankheiten vermerkt werden müssen. Fritzheimer (2005) verweist darauf, dass zur Protokollierung ebenfalls der momentane Zustand zum Untersuchungszeitpunkt schriftlich dokumentiert werden sollte. Darüber hinaus empfiehlt sich eine solche Dokumentation auch zur eigenen Absicherung des Arztes/der

Ärztin, falls es zu einem späteren Zeitpunkt zu einer erheblichen Zustandsverschlechterung mit eventuellen gesundheitlichen Komplikationen kommen sollte. Dabei kann eine gemeinsame Dokumentation mit Gegenzeichnung durch den anwesenden Polizeibeamten eine gute Lösung darstellen. Eine solche Dokumentation kann später als Beleg dienen, dass die Polizei eventuelle ärztliche Hinweise oder Bedingungen auch wahrgenommen und verstanden hat (Heide et al., 2012). In Irland ist dieser Aspekt bereits vorbildhaft umgesetzt. Hier gibt es ein entsprechendes Formblatt („*Detained Persons Medical Examination Form*“), welches vom Arzt oder von der Ärztin gemeinsam mit dem verantwortlichen Polizeibeamten auszufüllen ist. Es enthält unter anderem persönliche Angaben zur Person in Gewahrsam, die Einwilligung zur medizinischen Untersuchung, den Grund für die medizinische Untersuchung sowie Ort, Zeit und Dauer der Untersuchung. Auch Angaben zur Medikation werden gemacht. Die medizinischen Ergebnisse werden zusammengefasst und enthalten darüber hinaus Empfehlungen bezüglich der Gewahrsamstauglichkeit, Vernehmungsfähigkeit oder eventuell erforderliche Überweisung in ein Krankenhaus. Bezüglich der Aufbewahrung der schriftlichen Dokumentation waren zwischen den einzelnen Ländern gravierende Unterschiede zu vermerken, die vor allem auf deutlich abweichende Regelungen hinsichtlich der Schweigepflicht und des Datenschutzes zurückzuführen sind. Unter diesen Voraussetzungen erscheint derzeit die Etablierung von einheitlichen Regelungen zur Aufbewahrung kaum realisierbar.

Deutliche Unterschiede zwischen den Regelungen in den europäischen Ländern zeigten sich auch beim Kontrollmodus der festgenommenen Personen in der Gewahrsamszelle. Beim quantitativen Kontrollmodus reicht dabei das Spektrum von unspezifischen Regelungen über halbstündliche Kontrollen bis hin zur Dauerbeobachtung. Bei den unspezifischen Festlegungen stellt sich dabei natürlich die Frage, nach welchen Kriterien z. B. eine Kontrolle nach Bedarf, wie in Italien, festgelegt wird. Im Kontrast dazu stehen ausgesprochen detaillierte Regelungen zum Kontrollmodus, wie in England und Wales oder Nordirland. Hier gibt es in Abhängigkeit vom klinischen Zustand der Person vier Level der empfohlenen Überwachung (stündliche, halbstündliche, viertelstündliche Kontrollen bis hin zur kontinuierlichen Videoüberwachung), mit und ohne Erwecken. Die meisten Gewahrsamszellen verfügen dabei über ein Videoüberwachungsequipment, welches beispielsweise bei Personen mit bekannten Risiken in der Vorgeschichte und bei möglicher Suizid tendenz grundsätzlich eingesetzt wird. Bislang sind in den CPT-Standards (2015) keine konkreten Vorgaben zum quantitativen bzw. qualitativen Kontrollmodus enthalten. Hier wäre es durchaus vorstellbar, dass eine Expertenkommission eine Basisempfehlung als eine Art Mindeststandard für den Kontrollmodus erarbeitet. Dabei sollte auch der qualitative Kontrollmodus berücksichtigt werden. Insbesondere bei problematischen Fällen (z. B. bei deutlichem Substanzeinfluss oder Kopfverletzungen) wäre eine Vorgabe zur Überprüfung der Erweckbarkeit bei den Kontrollen zu diskutieren (Heide et al., 2012). Diese Empfehlungen könnten dann durch nationale Regelungen weiter präzisiert bzw. durch die medizinische Begutachtung fallspezifisch im Sinne einer engmaschigeren Überwachung modifiziert werden.

Hinsichtlich der Ausstattung der Zellen im Polizeigewahrsam finden sich in den CPT-Standards (2015) die in der Einleitung beschriebenen Empfehlungen zur Mindestgröße und Ausstattung der Polizeizellen. Bei Besuchen von Polizeigewahrsamseinrichtungen durch das CPT wurde jedoch festgestellt, dass dieser Minimalstandard häufig nicht erfüllt wird (CPT-Standards, 2015). Kritisiert wurde auch, dass die Zellen in mehreren Fällen weit entfernt von den Büros und Arbeitsplätzen der Polizeibeamten lokalisiert waren und es an einer Möglichkeit (z. B. einem Rufsystem) mangelte, um

sich im Bedarfsfall bemerkbar zu machen. Infolge dieser Defizite besteht ein erhebliches Risiko, dass auf Vorfälle verschiedenster Art (z. B.: Gewalt unter Häftlingen, Selbstmordversuche, Feuer etc.) nicht rechtzeitig und angemessen reagiert werden kann. Auch im Rahmen der aktuellen Umfrage wurde festgestellt, dass derzeit in noch nicht einmal der Hälfte der Länder verbindliche Regeln zur Ausstattung der Zellen im Polizeigewahrsam existieren. Deshalb wäre zunächst zu fordern, dass in allen Ländern zumindest die CPT-Empfehlungen als Mindeststandard auch tatsächlich umgesetzt werden. Dabei wäre zu diskutieren, dass diese Regelungen um den Aspekt der medizinischen Ausstattung ergänzt werden. Bislang wird eine solche Empfehlung auch in den CPT-Standards (2015) vermisst. Vorbildhaft erscheint die Regelung in Nordirland. Hier müssen alle Gewahrsamseinheiten für eine möglicherweise erforderliche Reanimation voll ausgestattet sein. Das umfasst einen automatisierten externen Defibrillator, Geräte zum Absaugen und zur Atmungssicherung, Sauerstoff, Verbandsmaterial sowie Notfall- und häufig verschriebene Medikamente. Natürlich wäre somit auch eine kontinuierliche Schulung des Gewahrsamspersonals im Umgang mit dieser Ausstattung erforderlich.

Laut CPT-Standards (2015) sollte der Polizeigewahrsam grundsätzlich von kurzer Dauer sein. In über zwei Dritteln der Länder ist diese maximale Aufenthaltsdauer bereits auf 48 Stunden begrenzt. Demgegenüber ist in drei Ländern (Moldawien, Niederlande und Spanien) ein Verbleib im Polizeigewahrsam im Bereich von bis zu 72 Stunden und in Albanien sogar von bis zu 96 Stunden möglich. Darüber hinaus gibt es in mehreren Ländern Sonderregelungen bei Verdacht auf bestimmte Straftaten, wie z. B. Terrorismus. So können die festgenommenen Personen bei Terrorismusverdacht beispielsweise in Irland bis zu sieben Tage im Polizeigewahrsam verbleiben. In Nordirland kann dieser Zeitraum sogar auf 14 Tage verlängert werden. Natürlich muss den aktuellen Entwicklungen bei terroristisch motivierten Straftaten Rechnung getragen werden. Diese Bestimmungen sollten jedoch weiterhin den Charakter einer Ausnahmeregelung aufweisen und auch näher definiert sein. Für alle anderen Fälle wäre vom medizinischen Standpunkt her eine zeitliche Begrenzung der Gewahrsamsdauer auf 48 Stunden zu diskutieren, auch im Hinblick auf die schwierige Prognoseentscheidung (Best et al., 2006; Mc Kinnon und Grubin, 2010). Dabei kann bei problematischen Fällen jedoch auch innerhalb der 48 Stunden eine erneute ärztliche Vorstellung erforderlich sein.

Falls bei der Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit festgestellt wird, dass die festgenommene Person aus medizinischen Gründen nicht im Polizeigewahrsam verbleiben sollte, erfolgt in allen Ländern die Verbringung in ein Krankenhaus oder die Entlassung (beispielsweise in die Obhut eines Angehörigen). Dabei könnte die Regelung in England und Wales vorbildhaft für andere Länder sein, da dort kein Inhaftierter ohne einen entsprechenden Plan hinsichtlich der weiterführenden medizinischen Versorgung aus dem Polizeigewahrsam entlassen wird. In Irland muss ein unmittelbarer Verwandter, falls dieser verfügbar ist, über einen etwaigen Transfer in eine Klinik informiert werden. Eine gute Alternative für die Unterbringung von problematischen Fällen können zentrale Gewahrsamseinrichtungen mit permanenter medizinischer Betreuung darstellen (Heide et al., 2012). Hier stellt sich natürlich auch die Frage, ob und durch welche Mittel eine adäquate medizinische Versorgung solcher Problemfälle finanziert werden kann. Zumindest in Ballungszentren wäre diese Möglichkeit durchaus in Betracht zu ziehen. In den wenigen Ländern, in denen derzeit solch eine Einrichtung bereits vorhanden ist, beschränkt sich diese Möglichkeit zumeist auf die Hauptstadt, wie in Bulgarien, Frankreich und Portugal. Eine flächendeckende Versorgung mit

Einrichtungen dieser Art dürfte für größere Flächenländer jedoch nur schwer umsetzbar sein. Hier müssen demzufolge andere Lösungsmöglichkeiten innerhalb des regulären Gesundheitssystems gesucht werden. Für Länder mit relativ geringer Flächenausdehnung gestaltet sich diese Problematik sicherlich etwas einfacher, so dass in Liechtenstein und Luxemburg mit der gesicherten Unterbringung in regulären Krankenhäusern bereits eine adäquate Lösung gefunden werden konnte.

Bei Misshandlungsvorwürfen erfolgt die Untersuchung derzeit nur in etwa der Hälfte aller Länder durch einen Rechtsmediziner bzw. eine Rechtsmedizinerin. In den Niederlanden wird dabei sogar angestrebt, dass das mutmaßliche Opfer und der Täter durch verschiedene Personen untersucht und begutachtet werden. In den anderen Ländern erfolgen diese Untersuchungen häufig durch Allgemeinmediziner/-innen oder anderweitige Mitarbeiter/-innen des Gesundheitswesens. Für diese Untersuchung sollte jedoch immer ein/-e Rechtsmediziner/-in oder zumindest forensisch geschulter/-e Arzt/ Ärztin herangezogen werden, da die exakte Dokumentation möglicher Verletzungen die Voraussetzung für eine Rekonstruktion des Vorfalles ist (Banaschak et al., 2014). In den CPT-Standards (2015) wird zusätzlich empfohlen, dass aus dem Polizeigewahrsam entlassene Personen, die keinem Richter oder keiner Richterin vorgeführt werden, auf Wunsch das Recht auf eine Begutachtung durch eine/-n Rechtsmediziner/-in haben sollten. Etwaige Verletzungen können hier dokumentiert und bei einer Untersuchung von Misshandlungsvorwürfen abgerufen werden. Eine solche Untersuchung könnte natürlich auch zur Entlastung im Falle einer Falschdarstellung solcher Vorwürfe beitragen. Dahingehend stellt sich jedoch die Frage, wer diese Untersuchung finanziert.

In den CPT-Standards (2015) wird außerdem die Etablierung einer unabhängigen Einrichtung für die Untersuchung von Beschwerden über die Behandlung im Polizeigewahrsam empfohlen. Aktuell gibt es aber nur in etwa zwei Dritteln der Länder solche Organisationen, die dann auch komplett unabhängig von der Polizei sind und von der Regierung bzw. vom Staat finanziert werden. In Irland wurde dafür vorbildhaft im Jahr 2007 die „*Garda Síochána Ombudsman Commission*“ per Gesetz etabliert, um effizient und unabhängig solche Vorwürfe zu untersuchen. Dieses Gremium besteht aus drei durch den Präsidenten von Irland ernannten und von der irischen Regierung nominierten Mitgliedern, die von einem Team, unter anderem von Juristen, unterstützt werden. Insbesondere für die sachliche und objektive Bewertung von Todesfällen im Polizeigewahrsam sollten solche Organisationen in allen europäischen Ländern etabliert werden. Dabei sind in einigen Ländern bereits vorbildhafte Regelungen anzutreffen. So wird beispielsweise in den Niederlanden jeder derartige Todesfall durch eine spezielle Organisation („*Rijksrecherche*“) untersucht. Auch in England und Wales gibt es eine von der Polizei und der Regierung unabhängige Kommission („*Independent Police Complaints Commission*“), die alle Todesfälle in Polizeigewahrsam untersucht. In Irland muss laut Gesetz jeder Todesfall im Polizeigewahrsam einer von der Polizei unabhängigen Organisation („*Coroner Service*“) gemeldet werden. Dieser obliegt die forensische und medizinisch-rechtliche Untersuchung („*Coroners Act 1962, Amendment 2005*“), wobei ein forensischer Pathologe damit beauftragt wird, die Autopsie und erforderliche Zusatzuntersuchungen durchzuführen. Diese Organisation leitet ebenfalls die Ermittlungen zu den Todesumständen, relevante Zeugenbefragungen sowie das Zusammentragen sämtlicher Beweismaterialien, um es im Rahmen einer der Öffentlichkeit zugänglichen Untersuchung („*Inquest*“) entsprechend vorzutragen. In Malta ist bei Todesfällen von Personen in Polizeigewahrsam eine Untersuchung durch den Gerichtshof vorgeschrieben, welcher die Autopsie als einen Teil der Untersuchung anordnet und den jeweiligen Pathologen oder Pathologin als Gutachter/-in beruft. Die Gutachter/-innen sind unabhängig von der

Polizei und werden durch das Justizwesen vergütet. Solche Regelungen können als beispielhaft für andere Länder angesehen werden, in denen solche unabhängigen Organisationen bislang noch nicht oder nur unzureichend etabliert sind. Dabei ist generell zu fordern, dass alle Todesfälle im Polizeigewahrsam obduziert werden, da nur mit einem Obduktionsergebnis eine objektive Auswertung hinsichtlich präventiver Maßnahmen und die Bewertung eventueller Schuldvorwürfe möglich ist (Heide et al., 2011).

Ein Beispiel solch erfolgreicher Präventionsarbeit zeigt eine aktuelle Studie aus Norwegen (Aasebø et al., 2016). Hier konnte die Zahl der Todesfälle im Polizeigewahrsam von 36 Vorfällen im Zeitraum von 1993 bis 2001 auf 11 Todesfälle zwischen 2003 und 2012 gesenkt werden. In der Auswertung der Todesursachenanalyse aus der ersten Periode wurden dabei Empfehlungen erarbeitet. Da in diesem Zeitraum die Alkoholintoxikation die häufigste Todesursache darstellte, wurden künftig Personen mit offensichtlich starkem Alkohol- oder Drogeneinfluss zunächst von einem Arzt/einer Ärztin untersucht. Gegebenenfalls wurden diese Personen dann in einem Krankenhaus oder einer dafür vorgesehen Spezial Einrichtung untergebracht. Dadurch konnte die Anzahl der Todesfälle aufgrund einer Alkoholintoxikation im Folgezeitraum von 11 auf 1 reduziert werden. In der zweiten Studienperiode, im Zeitraum 2000-2012, wurde zudem von der Videoüberwachung häufiger Gebrauch gemacht als im vorangegangenen Zeitraum. Natürlich muss bei solchen Studien und Präventionsprogrammen auch das länderspezifische Todesursachenspektrum berücksichtigt werden. Bei den Todesursachen dominieren in europäischen Ländern Intoxikationen mit Alkohol, Drogen und Medikamenten, die teilweise auch als Mischintoxikationen vorliegen. In Australien, Nordamerika und Südafrika sind demgegenüber eher natürliche Todesursachen (z. B.: Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Lungenerkrankungen, Alkoholfolgekrankheiten), Homizide sowie plötzliche Sterbefälle exzitierter Personen während polizeilicher Fixierungs- und Transportmaßnahmen öfter anzutreffen (Wobeser et al., 2002; Bhana, 2003; Lyneham et al., 2008; Heide und Chan, 2016).

Eine systematische Erfassung und Analyse solcher Fälle ist essentielle Voraussetzung für die Erarbeitung gezielter Präventionsmaßnahmen. Diese Daten sollten demzufolge auch länderübergreifend transparent gemacht und frei veröffentlicht werden. Daran müssten sich jedoch auch die Länder beteiligen, in denen solche Erfassungen bislang nicht durchgeführt werden. Langfristig könnte diesbezüglich eine europäische Datenbank angestrebt werden, die natürlich unbedingt den entsprechenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen Rechnung tragen muss. Bei einer solchen Erfassung sollten auch explizit die Ursachen schwerwiegender Gesundheitsschädigungen durch äußere Einwirkungen (z. B.: „Taser“, Pfefferspray oder Reizgas) einbezogen werden. Durch die Auswertung und Umsetzung korrespondierender Präventionsmaßnahmen könnte das Risiko für schwere Gesundheitsschädigungen und Todesfälle im Polizeigewahrsam erheblich und nachhaltig reduziert werden.

## **6 Zusammenfassung**

Zu den medizinischen Aspekten des Polizeigewahrsams liegen derzeit nur vereinzelte länderübergreifende Studien vor. Diese Untersuchungen deuten bereits auf erhebliche Unterschiede in der gesetzlichen Regelung und praktischen Umsetzung dieser Thematik hin, die auch innerhalb Europas bestehen. Verbindliche Regelungen hinsichtlich medizinischer Aspekte im Umgang mit

festgenommenen Personen im Polizeigewahrsam werden derzeit immer noch vermisst. Lediglich ein Komitee des Europarates, das sogenannte CPT („*European Committee for Prevention of Torture and Inhumane or Degrading Treatment or Punishment*“), hat zu dieser Thematik bereits Empfehlungen formuliert.

Vor diesem Hintergrund erfolgte erstmals eine umfassende und vergleichende Betrachtung der medizinischen Aspekte des Polizeigewahrsams in den europäischen Ländern. Für diese Erfassung wurde durch eine Forschungsgruppe aus England, Frankreich und Deutschland ein Fragebogen mit 22 Rubriken konzipiert. Dabei konnten einige Fragepunkte aus vorangegangenen internationalen Umfragen entnommen und modifiziert werden. Weitere Fragen ergaben sich aus den aktuellen Empfehlungen des CPT und den praktischen Erfahrungen der Studiengruppe bei der Beurteilung der medizinischen Aspekte des Polizeigewahrsams. Der Fragebogen wurde danach an geeignete Ansprechpartner in alle europäischen Länder verschickt. Durch teilweise mehrmalige Kontaktierungen, Wechsel des primären Ansprechpartners und die Nutzung persönlicher Kontakte konnten schließlich vollständige Daten aus 25 europäischen Ländern ausgewertet werden. Dabei konnten die Daten aus dem west- und mitteleuropäischen Raum weitgehend vollständig (Belgien, Deutschland, England und Wales, Frankreich, Irland, Italien, Liechtenstein, Luxemburg, Malta, Niederlande, Nordirland, Österreich, Portugal, Schottland, Schweiz und Spanien) und die Angaben aus Nordeuropa (Norwegen und Schweden) zumindest teilweise erfasst werden. Demgegenüber konnten aus Osteuropa und Südosteuropa nur einige Länder (Albanien, Bulgarien, Litauen, Moldawien, Montenegro, Polen und Rumänien) in die Studie eingeschlossen werden.

Bei der Betrachtung des Systems der medizinischen Versorgung im Polizeigewahrsam zeigte sich, dass zwischen den Regelungen in den einzelnen Ländern und auch innerhalb einzelner Staaten beträchtliche Unterschiede vorliegen. Dabei sind in einigen Ländern die Vorgaben allgemein gehalten und kommen eher einer Empfehlung gleich. Demgegenüber gibt es in mehreren Ländern jedoch auch ausgesprochen detaillierte Regelungen mit gesetzlichem Charakter. Deutliche Unterschiede waren zudem bei der Auswahl und Qualifikation der Personengruppen, die die Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit durchführen, festzustellen. In einigen Ländern ist diese Aufgabe nur auf Ärztinnen/Ärzte beschränkt, während anderswo auch nichtärztliches medizinisches Personal zum Einsatz kommt. Derzeit werden bei der Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit auch Personengruppen mit einer stärkeren staatlichen Bindung herangezogen. Im Gegensatz dazu wird in anderen Ländern versucht, die entsprechende CPT-Empfehlung (Untersuchung durch einen unabhängige/-n Ärztin/Arzt der eigenen Wahl) umzusetzen. Eine standardisierte und verpflichtende Qualifikation, als Voraussetzung die Gewahrsamstauglichkeitsuntersuchung durchführen zu können, fehlt jedoch derzeit in den meisten Ländern. Deutlich unterschiedliche Festlegungen zeigten sich ebenfalls beim qualitativen und quantitativen Kontrollmodus der festgenommenen Personen und in der maximalen Dauer des Gewahrsams, wobei die Spanne in der Regel zwischen 24 und 96 Stunden liegt.

Hinsichtlich der wenigen Gemeinsamkeiten war zu vermerken, dass in fast allen Staaten eine schriftliche Dokumentation der Untersuchung angefertigt werden muss und die ausdrückliche Option besteht, die Gewahrsamstauglichkeit nur unter bestimmten medizinischen Bedingungen (z. B.: Medikamentengabe, Nahrungsaufnahme und Überwachung) zu attestieren. Einheitlich ist auch, dass im Fall der Feststellung einer fehlenden Gewahrsamstauglichkeit in allen Ländern die Verbringung in ein Krankenhaus oder die Entlassung (z. B. in die Obhut der Angehörigen) erfolgt. Des Weiteren

haben die meisten Länder bereits Richtlinien für den Umgang mit besonderen Risikogruppen erarbeitet, derzeit mangelt es jedoch mitunter noch an der konsequenten Umsetzung dieser Festlegungen. Erhebliche Defizite in der Umsetzung der Empfehlungen des CPT waren bei der Ausstattung der Räumlichkeiten festzustellen.

Deutliche Unterschiede zwischen den Ländern bestehen wiederum bei der Abklärung von Misshandlungsvorwürfen. Hier erfolgt die Untersuchung derzeit nur in etwa der Hälfte aller Länder durch einen Rechtsmediziner oder eine Rechtsmedizinerin. Die vom CPT empfohlene Etablierung einer unabhängigen Einrichtung für die Untersuchung von Beschwerden über die Behandlung im Polizeigewahrsam ist derzeit nur in etwa zwei Dritteln der Länder umgesetzt. Insbesondere für die sachliche und objektive Bewertung von Todesfällen im Polizeigewahrsam sollten derartige Organisationen aber in allen Ländern verfügbar sein. Derzeit werden solche Sterbefälle auch längst nicht in allen Ländern systematisch erfasst und publiziert.

Insgesamt ist festzustellen, dass die derzeitige Situation der medizinischen Versorgung im Polizeigewahrsam von einem europäischen Standard sehr weit entfernt ist. Die bislang vorliegenden Standards des CPT bilden zwar eine wichtige Basis, für mehrere wichtige Aspekte erscheint jedoch eine Ergänzung und Präzisierung notwendig. Eine Lösungsmöglichkeit könnte die Erarbeitung einer europaweit verbindlichen Basisregelung durch eine multinationale Expertenkommission sein, die dann durch die nationalen Rahmenbedingungen entsprechend modifiziert werden kann. Langfristig sollte ebenfalls die Etablierung einer europäischen Datenbank über schwere Gesundheitsschädigungen und Todesfälle im Polizeigewahrsam angestrebt werden. Durch eine systematische Auswertung und die Umsetzung korrespondierender Präventionsmaßnahmen könnte das Risiko für das Eintreten solcher Vorfälle erheblich und nachhaltig reduziert werden.

## **7 Literaturverzeichnis**

ACPO Guidance on the Safer Detention and Handling of Persons in Police Custody (2012). Second Edition.

Banaschak S, Gerlach K, Seifert D, Bockholdt B, Graß H (2014) Forensisch-medizinische Untersuchung von Gewaltopfern. Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin. Rechtsmedizin 24:405-411.

Bhana BD (2003) Custody-related deaths in Durban, South Africa 1998-2000. Am J Forensic Med Pathol 24(2):202-207. Epub 2003/05/30.

Best D, Havis S, Payne-James JJ, Stark MM (2006) Near miss incidents in police custody suites in London in 2003: a feasibility study. J Clin Forensic Med 13:60-64.

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

Blauuw E, Lulf RE (1999) Police custody detainees and forensic medicine: use of medical resources in the cell block. Med Law 18:645-646.

CC-by-SA-3.0. by Alexrk2 (2010) Positionskarte Europa. <http://www.europe-blank-laea-location-map.svg> (letzter Aufruf 03.08.2017), bearbeitet von Jana Fabian 2016.

Chariot P, Martel P, Penneau M, Debout M (2008) Guidelines for doctors attending detainees in police custody: a consensus conference in France. *Int J Legal Med* 122:73-76.

Coroners Act, 1962 (Amendment 2005).

<http://www.irishstatutebook.ie/eli/1962/act/9/section/33/enacted/en/html#sec33> (letzter Aufruf 07.08.2017).

Editorial *Lancet* (1993) Three-faced practice: doctors and police custody. *Lancet* 341:1245-1247.

European Council of Legal Medicine (2012) Register of National Authorities, ECLM Delegates, Deputies and Observers. Coimbra 1-19.

Fritzheimer A (2005) Is there a European minimum standard regarding custody procedures and detention facilities. Master thesis, University of Lund.

Gahide S, Lepresle A, Boraud C, Mahindhoratep TS, Chariot P (2012) Reported assaults and observed injuries in detainees held in police custody. *For Sci Int* 223:184-188.

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

Heide S, Kleiber M, Wilhelms E, zur Nieden K, Stiller D (2007) Änderungsbedarf bei neuer Polizeigewahrsamsordnung. *Ärzteblatt Sachsen-Anhalt* 3:16-18.

Heide S, Kleiber M, Hanke S, Stiller D (2009) Deaths in German police custody. *Eur J Public Health* 19:597-601.

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

Heide S, Stiller D, Lessig R, Lautenschläger C, Birkholz M, Früchtnicht W (2012) Medical examination of fitness for police custody in two large German towns. *Int J Legal Med* 126(1):27-35.

Heide S, Böhm M, Stiller D, Lessig R (2014) Die Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit - ein vielfältiges Spektrum in Deutschland und Europa. In: Riepert T (Hrsg.) *Klinische Rechtsmedizin*. Schmidt, Römhild, Lübeck, 2014, S. 273-280.

Heide S, Chan T (2016) Deaths in police custody. *J For Leg Med* doi: 10.1016/j.jflm.2016.01.026.

Heide S, Chariot P, Green P, Fabian J, Payne-James J (2016) Healthcare and forensic medical aspects of police detainees, suspects and complainants in Europe. *J For Leg Med* doi: 10.1016/j.jflm.2016.01.022.

HIV/AIDS prevention and care among injecting drug users and in prison settings in Estonia, Latvia and Lithuania. <https://www.unodc.org/balticstates/en/news/2011/llq/finalconference/article.html> (letzter Aufruf 28.07.2017).

<https://www.ipcc.gov.uk> (letzter Aufruf 03.08.2017).

<http://www.nationalarchives.gov.uk/help-with-your-research/research-guides/coroners-inquests> (letzter Aufruf 03.08.2017).

Istanbul-Protokoll: Untersuchung und Dokumentation von Folter und Menschenrechtsverletzungen. V&R unipress, Göttingen, 2015.

Johnson HRM (1982) Deaths in custody in England and Wales. *For Sci Int* 19:231–236.

Kubat B, Duijst W, van de Langkruis R, Thoonen E (2013) Dying in the arms of Dutch governmental authorities. *J For Leg Med* 20:308-311.

Lyneham M, Larsen JJ, Beacroft L (2010) Deaths in custody in Australia: national deaths custody program 2008. *AIC Mon Rep* 10:1–84.

Mc Kinnon I, Grubin D (2010) Health screening in police custody. *J For Leg Med* 17:209-212.

Official Polish Journal of Law of 2012, pos. 1102, § 1 of the Internal Affairs Minister Ordinance of 13 September 2012 on medical examinations of persons apprehended by the Police.

Okoye CN, Okoye MI, Lynch DT (2012) An analysis and report of custodial deaths in Nebraska, USA: part II. *J For Leg Med* 19:465-469.

Payne-James JJ, Anderson WR, Green PG, Johnson (2009) Provision of forensic medical services to police custody suites in England and Wales: Current practice. *J For Leg Med* 16:189-195.

Payne-James JJ, Stark MM. *Clinical Forensic Medicine: History and Development*. In: Stark MM, editor (Ed). *Clinical Forensic Medicine: A Physician's Guide*. 3rd Edition, Humana Press, Totowa, New Jersey, 2011, pp 11-50.

Petschel K, Gall JA (2000) A profile of deaths in custody in Victoria, 1991-96. *J Clin For Med* 7:82-87.

PACE codes of practice. <https://www.justice-ni.gov.uk/articles/pace-codes-practice> und <https://www.gov.uk/guidance/police-and-criminal-evidence-act-1984-pace-codes-of-practice> (letzter Aufruf 04.08.2017).

Police and Criminal Evidence Act 1984. Printed in the UK by The Stationery Office Limited under the authority and superintendence of Carol Tullo, Controller of Her Majesty's Stationary Office and Queen's Printer of Acts of Parliament; 1<sup>st</sup> Impression November 1984, 13<sup>th</sup> Impression October 2005.

Public statement concerning Bulgaria. *CPT/Inf* 2015;17:1-6.

Report to the Russian Government on the visit to the Russian Federation carried out by the CPT from 21 May to 4 June 2012. *CPT/Inf* 2013;41:1-96.

Report to the Turkish Government on the visit to Turkey carried out by the CPT from 9 to 21 June 2013. *CPT/Inf* 2015;6:1-64.

Report to the Ukrainian Government on the visit to Ukraine carried out by the CPT from 9 to 16 September 2014. *CPT/Inf* 2015;21:1-26.

Richtlijn Forensische Geneeskunde - Behandeling drugsgebruik in de politiecel m.u.v. opiaten en alcohol. Vastgesteld door het FMG; versie juni 2011, geldig tot juni 2013.

Richtlijn Forensische Geneeskunde - Behandeling van opiaatverslaafden in politiecellen. Vastgesteld door het FMG; 1e versie april 2007, herziening in maart 2009 en sept. 2012, geldig tot september 2015.

Richtlijn Forensische Geneeskunde - Beoordeling intoxicaties bij ingesloten personen. Vastgesteld door het FMG; 1e versie april 2007, herziening in september 2009, geldig tot september 2011.

- Schiemann, A (2015) Polizeiliche Handlungspflichten bei Ingewahrsamnahme - Der Fall Oury Jalloh. NJW 20:20-23.
- Segest, E (1987) Police custody: death and medical attention. J For Sci 32:1694-1703.
- Secretariat of the CPT, Council of Europe: CTP standards 2015. CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2015 English.
- Southall P, Grant J, Fowler D, Scott S (2008) Police custody deaths in Maryland, USA: an examination of 45 cases. J For Leg Med 15:227-230.
- Stark MM, Gregory M (2005) The clinical management of substance misusers in police custody – a survey of current practice. J Clin For Med 12:199-204.
- Tiainen E, Penttilä A (1986) Sudden and unexpected deaths in police custody. Acta Med Leg Soc Liege 36:281-292.
- Treatment of Persons in Custody in Garda Síochána Stations, Criminal Justice Act 1984, Regulations 1987, S.I. No. 119/1987. <http://www.irishstatutebook.ie/eli/1987/si/119/made/en/print> (letzter Aufruf 04.08.2017).
- Ünal V, Ünal EÖ, Çetinkaya Z, İmalı M, Gürler S, Koç S (2016) Custody and prison deaths autopsied in Istanbul between 2010 and 2012. J For Leg Med 39:16-21.
- Wells D, Corder S (1998) Postgraduate education in clinical forensic medicine: a graduate diploma. J For Leg Med 5:187-190.
- Wobeser WL, Datema J, Bechard B, Ford P (2002) Causes of death among people in custody in Ontario, 1990-1999. Can Med Assoc J 167(10):1109-1113. Epub 2002/11/13.

## 8 Thesen

1. Bei den Personen, die in Polizeigewahrsam genommen werden, handelt es sich nicht selten um eine vulnerable Gruppe von Menschen, die häufig intoxikiert sind und nicht selten Verletzungen erlitten haben. Zum Umgang mit diesen Personen in einem solchen Hochrisikobereich bestehen derzeit in Europa ausgesprochen heterogene Regelungen.
2. Statistiken über schwere Gesundheitsschädigungen und Todesfälle im Polizeigewahrsam sollten länderübergreifend geführt, analysiert und publiziert werden. Diese Erfassungen sind Voraussetzung für die Erarbeitung effektiver Präventionsmaßnahmen.
3. Eine zeitliche Begrenzung des Gewahrsamsaufenthaltes ist zwingend erforderlich, da auch bei erfolgter Untersuchung durch eine/-n entsprechend ausgebildete/-n Ärztin bzw. Arzt auf Gewahrsamstauglichkeit nur der aktuelle Gesundheitszustand erfasst werden kann. Im Hinblick auf die schwierige Prognoseentscheidung sollte die grundsätzliche Dauer des Polizeigewahrsams auf 48 Stunden begrenzt werden.
4. Bei Verdachtsfällen auf polizeiliche Gewaltanwendungen sollten Verletzungen gerichtsmedizinisch dokumentiert werden, damit bei entsprechenden Vorwürfen eine möglichst objektive Aufarbeitung und Untersuchung der Vorfälle erfolgen kann.
5. Vorwürfe gegen die Polizei sollten von einer unabhängigen Organisation untersucht werden. Dabei ist zu fordern, dass alle Todesfälle im Polizeigewahrsam obduziert werden, da nur mit einem Obduktionsergebnis eine objektive Auswertung hinsichtlich präventiver Maßnahmen und die Bewertung eventueller Schuldvorwürfe möglich sind.
6. Beim quantitativen und qualitativen Kontrollmodus der festgenommenen Personen in den Polizeizellen bestehen derzeit noch deutliche Unterschiede hinsichtlich der Regelungen in den europäischen Ländern. In einigen Staaten gibt es bereits detaillierte Vorgaben zur Quantität und Qualität solcher Kontrollen. Diese Regelungen sollten wegweisend für andere Länder sein, in denen bislang eher vage Vorschriften gelten.
7. Ärztliche Empfehlungen und gestellte Bedingungen zur Gewahrsamstauglichkeit sollten verständlich, verpflichtend und umsetzbar sein, um schwere Gesundheitsschädigungen oder Todesfälle von Personen in Polizeigewahrsam zu reduzieren.
8. Für die Erarbeitung effizienter Präventionsmaßnahmen zur Vermeidung schwerwiegender Gesundheitsgefährdungen im Gewahrsam bedürfen die medizinischen Aspekte des Polizeigewahrsams einer Harmonisierung auf nationaler und europäischer Ebene.

## 9 Anlagen

- Originalfragebogen
- Originalanschreiben an die Verantwortlichen der jeweiligen Länder

Medical aspects of police custody in Europe

1	Is there any established system in your country for providing medical care for detainees (prisoners) in police custody?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No  If yes, how is it organized?
2	For what reasons (e.g. visible injury, illness?) are detainees in your country medically assessed for fitness for police custody (e.g. are there specific codes, regulations or laws that define when medical assessment is required)?	
3	What doctors or medical personnel carry out such examinations (e.g. are they employed by the police, are they employed by government, are they part of the state health service)?	
4	Can the detainee choose the doctor, or is it the police who choose the doctor?	
5	Do doctors a) have any form of special qualification in custodial medicine and b) is it compulsory for them to have it?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No  If yes, what is the qualification?

Medical aspects of police custody in Europe

6	Does the doctor have the power to determine whether the detainees remains in custody only under certain conditions (e.g. if certain medication is taken or certain eating arrangements are made etc.)?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
7	Are there any special guidelines for detainees who are visibly under the influence, or believed to be under the influence of any substances (legal and illegal drugs and alcohol)?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
8	Are there any special guidelines for detainees who are visibly suffering from, or believed to be suffering from some mental disorder/illness?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
9	Is the result of the medical examination to be documented? And, if Yes, where are the confidential medical records stored?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
10	How frequently and in what way are detainees in custody checked even after they have been medically examined (e.g. are they visited in the cell every 60 minutes, are they visited in the cell and roused every 30 minutes)?	

Medical aspects of police custody in Europe

11	Are there any rules or regulations on the standards of, and what facilities are required in custody medical examination rooms (e.g. size, automatic defibrillator, CCTV, wound dressings, medication)?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
12	a) What is the maximum time allowed for holding a detainee in police custody? b) What is the legal basis for this?	
13	What happens to detainees who as a result of the medical examination are found to be unfit for custody on medical grounds?	
14	Does your country have any central facilities for police custody providing permanent medical care?	
15	In cases of alleged assault by police who examines <u>the police personnel</u> ?	
16	In cases of alleged assault by police who examines <u>the complainant</u> ?	
17	In your country/state – is there a person, a body or an organization that investigates complaints against the police?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No  If yes, how is it organized?

Medical aspects of police custody in Europe

18	If your country has a person, a body or an organization that investigates complaints against the police,	<input type="checkbox"/> a) is it completely independent of the police? <input type="checkbox"/> b) who funds it?
19	In your country/state, is there a person, a body or an organization that investigates deaths of individuals whilst in police custody?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, how is it organized?
20	If the answer to Question 19 is yes – is that person, body or organization independent of the police?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, who funds that organization?
21	In your country/state are statistics published about all deaths that have taken place in police custody?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
22	If the answer to Question 21 is yes – where, when and how often are those statistics published and do they include an analysis of cause of death (e.g. self-harm, drugs, other violence)?	

University of Halle-Wittenberg  
Institute of Legal Medicine  
Franzosenweg 1,  
D-06112 Halle/S.  
Germany



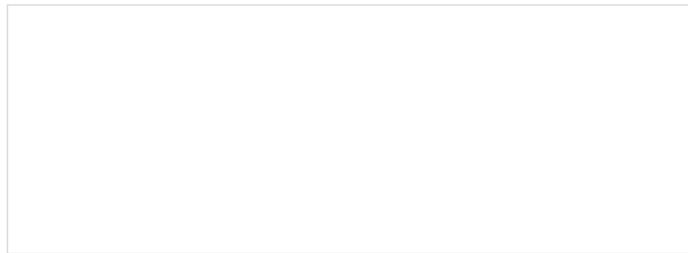
**European Study Group of medical aspects of care in police custody**

PD Dr. med. habil. Steffen Heide (Germany)

Jason Payne-James, LL.M MSc FRCS FFFLM (United Kingdom)

Prof. Patrick Chariot (France)

Dr. Peter Green (United Kingdom)



***“Study on medical aspects of care in  
police custody in Europe”***

Dear Sir or Madam,

It is well recognised all over the world that detainees (prisoners) in police custody are at risk of harm or death. These risks may relate to physical and mental health issues, and the circumstances of their arrest including restraint techniques. Such events inevitably attract wide public attention and may mean that the police officers or doctors or other healthcare professionals may be subject to criminal, professional, regulatory and other legal proceedings. Surveys by the European Committee for the Prevention of Torture have repeatedly identified deficiencies in police custody in a number of European countries.

Despite these widespread problems, literature on these issues is rather scarce and the little there is reveals some extreme variety in the regulations and practical procedures applied to the medical assessment of fitness for police custody. Such huge variety is found even within Europe itself as there are wide variations in practice, for example, when a doctor is required, whether a doctor is the only healthcare professional who can assess detainees, what determines the competencies of doctors doing such work and regarding the permitted length of custody.. For some European countries, there are no published data.. Neither the Convention on Human Rights nor the EU Charter of Fundamental Rights contains any binding provisions. Only the CPT (*European Committee for the Prevention of Torture*) formulates some first minimum requirements (e.g. examination by a physician of choice, generally short length of police custody, size and equipment of cells, written documentation of medical examination result). It must therefore be said that, in contrast to all efforts toward European harmonization, we are still lacking uniform regulations or recommendations on the medical aspects of police custody.

We have established a small working and research team made up of European scientists who already have a comprehensive record of covering the issue of police custody in national and international publications. The questionnaire enclosed will help us capture the currently applicable legal regulations and practical medical procedures applied in the field of police custody in European countries. The responses will provide a basis for looking at the feasibility of reaching a consensus of minimum standards. What we are aiming for in the long run is a better structure and harmonization of the medical assessment as applied within Europe.

Our project intends to make an important contribution towards reducing death and serious health risks in police custody for the vulnerable population we treat. Therefore, we kindly ask you to complete this questionnaire and to assist us in addressing these issues at the interface between medicine, police and the judiciary.



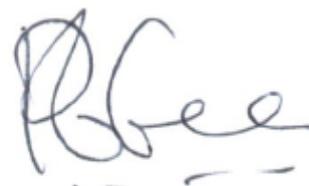
PD Dr. med. habil. Steffen Heide



Prof. Patrick Chariot



Jason Payne-James, LL.M MSc FRCS FFFLM



Dr. Peter Green

Enclosed:

Questionnaire – “Medical aspects of police custody in Europe”

**Contacts:**

PD Dr. med. habil. Steffen Heide

Leading senior physician

Institute of Legal Medicine, University of Halle-Wittenberg, Germany

Franzosenweg 1,

D-06112 Halle/S.

Germany

phone: +49 345 557 1588

fax: +49 345 557 1587

E-mail: [steffen.heide@uk-halle.de](mailto:steffen.heide@uk-halle.de)

Jason Payne-James LL.M MSc FRCS FFFLM,

Consultant in Forensic & Legal Medicine,

Honorary Senior Lecturer, Barts & the London School of Medicine & Dentistry, Charterhouse Square,  
London EC1M 6BQ

United Kingdom

phone: +44 7956960304

fax: +44 1702711153

E-mail: [Jasonpaynejames@aol.com](mailto:Jasonpaynejames@aol.com)

Prof. Patrick Chariot

Department of Forensic Medicine, Hôpital Jean-Verdier (AP-HP)

F-93140 Bondy,

France

phone: + 33 1 48026325

fax: + 33 1 48026557

E-mail: [patrick.chariot@jvr.aphp.fr](mailto:patrick.chariot@jvr.aphp.fr)

Dr. Peter Green

Vice-President, Forensic Medicine

Faculty of Forensic and Legal Medicine of the Royal College of Physicians

1 White Horse Yard

78 Liverpool Road

London N1 0QD

United Kingdom

phone: +44 0207 704 9290

E-Mail: [drpetergreen@doctors.org.uk](mailto:drpetergreen@doctors.org.uk)

### III Erklärungen

Ich erkläre, dass ich mich an keiner anderen Hochschule einem Promotionsverfahren unterzogen bzw. eine Promotion begonnen habe.

Halle, 6. Dezember 2018

Jana Fabian

Ich erkläre, die Angaben wahrheitsgemäß gemacht und die wissenschaftliche Arbeit an keiner anderen wissenschaftlichen Einrichtung zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht zu haben.

Halle, 6. Dezember 2018

Jana Fabian

Ich erkläre an Eides statt, dass ich die Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe. Alle Regeln der guten wissenschaftlichen Praxis wurden eingehalten; es wurden keine anderen als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und die den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht.

Halle, 6. Dezember 2018

Jana Fabian

Auf die Veröffentlichung des Lebenslaufes wird aus datenschutzrechtlichen Gründen verzichtet.

## **IV Danksagung**

Ich möchte mich recht herzlich bei den Mitgliedern meiner Forschungsgruppe, im Besonderen bei meinem Doktorvater Prof. Dr. med. habil. Steffen Heide sowie bei Prof. Patrick Chariot, Dr. Peter Green und LL.M. MSc. FRCS FFFLM Jason Payne-James bedanken, dass ich an diesem bedeutsamen Projekt mitarbeiten durfte.

Weiterhin konnte die Studie nur durch die Zuarbeit in Form von Zusendung der beantworteten Fragebögen der Verantwortlichen aller beteiligten Staaten verwirklicht werden.

Deshalb nochmals ausdrücklichen Dank an: das Justizministerium in Tirana (Albanien), Prof. Tom Vander Beken (Gent, Belgien), Dr. Viliam Dokov (Burgas, Bulgarien), Prof. Denis Cusack (Dublin, Irland), Prof. Cristina Cattaneo und Prof. Riccardo Zoja (Mailand, Italien), Polizeivorsitzender Jules Hoch (Vaduz, Liechtenstein), Dr. Romas Raudys (Vilnius, Litauen), Commissioner Alain Soisson (Luxemburg), Dr. Bridget Ellul (Msida, Malta), Dr. Olga Moroz (Chişinău, Moldawien), Dr. Nemanja Radojević (Podgorica, Montenegro), Dr. Wilma Duijst und Eveline Thoonen (Zwolle, Niederlande), Prof. John Farnan (Belfast, Nordirland), Dr. Arne Stray-Pedersen (Oslo, Norwegen), Oberst Hermann Zwanzinger (Wien, Österreich), Prof. Jaroslaw Berent und Ryszard Garbarz (Łódź und Warschau, Polen), Prof. Duarte Nuno Vieira (Coimbra, Portugal), Prof. Dan Dermengiu (Bukarest, Rumänien), Dr. George Fernie (Edinburgh, Schottland), Prof. Anders Eriksson, (Umeå, Schweden), Dr. Saskia Gauthier und Willy Koch (Zürich, Schweiz), Prof. Jordi Medallo (Barcelona, Spanien).