

Aus dem Institut für Rechtsmedizin der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

(Direktor: Prof. Dr. med. habil. Rüdiger Lessig)

Medizinische Aspekte des Polizeigewahrsams

H a b i l i t a t i o n

zur Erlangung des akademischen Grades

Dr. med. habil.

vorgelegt der Medizinischen Fakultät

der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

von Dr. med. Steffen Heide

geboren am 16.11.1966 in Sebnitz

Gutachter:

1. Prof. Dr. med. Klaus Püschel
2. Prof. Dr. med. Markus Rothschild
3. Prof. Dr. med. Dr. jur. Hans-Jürgen Kaatsch

Tag der Verteidigung: 20.09.2011

Referat:

Die medizinischen Aspekte der Tauglichkeit für den Polizeigewahrsam sind in Deutschland teilweise unzureichend und unübersichtlich gesetzlich geregelt. So sind z.B. definierte Untersuchungsstandards oder die ärztliche Zuständigkeit bislang ungeklärt. Innerhalb Deutschlands gibt es aufgrund der föderalistischen Konstellation erhebliche Unterschiede zwischen den Gewahrsamsordnungen der einzelnen Bundesländer, die gerade auch medizinische Belange betreffen.

Für die Analyse der aktuellen Situation in Halle/S. (Sachsen-Anhalt) wurden 1017 im zentralen Polizeigewahrsam durchgeführte Untersuchungen aus dem Zeitraum 2006-2010 ausgewertet. Der Vergleich mit 604 Befundberichten aus den Jahren 1997-2003 offenbart, dass durch die zwischenzeitliche Einführung einer neuen Polizeigewahrsamsordnung nicht nur die Häufigkeit der Arztkonsultation, sondern auch die Indikationen und die ärztliche Entscheidung über die Gewahrsamstauglichkeit entscheidend beeinflusst wurden.

Anhand der aktuellen Untersuchung und unter Berücksichtigung einer deutschlandweiten Studie über Todesfälle im Polizeigewahrsam und deren strafprozessualen Folgen, der vergleichenden Analyse aller in Deutschland gültigen Polizeigewahrsamsordnungen sowie der medizinrechtlichen Betrachtung über die ärztliche Verpflichtung und rechtliche Verantwortung bei der Untersuchung der Gewahrsamstauglichkeit werden Lösungsansätze für die aufgezeigte Problematik erarbeitet.

So sollten in allen Bundesländern die Prüfung der Ansprechbarkeit und das Procedere bei fehlender Tauglichkeit in den Gewahrsamsordnungen verankert werden. Die Ärzte müssen die wichtigsten medizinischen Vorgaben des jeweiligen Bundeslandes kennen und die Möglichkeit nutzen, das Attest gegebenenfalls nur unter bestimmten Auflagen zu erteilen. Zentrale Gewahrsamseinrichtungen und die geeignete Ausstattung von Gewahrsamszellen können dazu beitragen, dass die Zahl relevanter Gesundheitsschädigungen und Todesfälle im polizeilichen Gewahrsam reduziert wird.

Für eine objektive Bewertung von Schuldvorwürfen und die Erarbeitung von Präventionsstrategien ist die Obduktion aller Todesfälle im Polizeigewahrsam die grundlegende Voraussetzung.

<i>Inhaltsverzeichnis:</i>	<i>Seite</i>
1. Einleitung	1
1.1 Exemplarische Falldarstellung	1
1.2 Unübersichtliche gesetzliche Regelung	2
1.3 Fehlende Untersuchungsstandards	3
1.4 Mangelnde ärztliche Zuständigkeit	3
2. Zielstellung der Arbeit	4
3. Material und Methode	5
4. Ergebnisse	7
4.1 Jährliche Verteilung	7
4.2 Geschlechtsverteilung	8
4.3 Altersverteilung	8
4.4 Indikationen für die ärztliche Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit	9
4.5 Kategorien der ärztlichen Entscheidung über die Gewahrsamstauglichkeit	13
4.6 Vergleich mit 604 Untersuchungen aus dem Zeitraum 1997-2003	19
5. Diskussion	21
6. Schlussfolgerungen und Lösungsansätze	34
7. Literaturverzeichnis	40
8. Thesen	43
9. Anlagenverzeichnis	46

1. Einleitung

Bei von der Polizei festgenommenen Personen ergeben sich nicht selten Zweifel an der medizinischen Tauglichkeit für den Verbleib im Polizeigewahrsam, so dass die Hinzuziehung eines Arztes erforderlich wird. Die praktische Umsetzung dieser Untersuchung und deren Konsequenzen offenbaren jedoch, dass die Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit sowohl aus medizinischer als auch rechtlicher Sicht eine vielschichtige Problematik und Herausforderung darstellt.

Solange eine Person die freie Willensentscheidung und Selbstbestimmung über sich ausübt, kann sie sich selbst gefährden, verletzen oder sogar suizidieren, *ohne dass sie sich strafbar macht*, obwohl sie damit gegen sittliche oder gesellschaftliche Normen verstößt. Im Augenblick der polizeilichen Festnahme wird jedoch eine Art Verantwortung vom Individuum auf den Staat übertragen. Damit sind nun aber die gleichen Handlungen *mit einer rechtlichen Ahndung bedroht*, nämlich für *denjenigen, der die Fremdbestimmung über die Person ausübt*.

1.1 Exemplarische Falldarstellung

Ein deutlich alkoholierter 40-jähriger Mann hatte seine von ihm getrennt lebende Ehefrau mehrfach geschlagen und das Mobiliar ihrer Wohnung zertrümmert. Die hinzugerufenen Polizeibeamten nahmen den Mann in Verhinderungsgewahrsam. Die Frau hatte gegenüber den Polizisten noch erwähnt, dass er an einer Zuckerstoffwechselkrankheit leide und mehrere Medikamente einnehmen müsse. Gemäß den Vorgaben der Polizeigewahrsamsordnung musste deshalb eine Arztvorstellung realisiert werden. Der Polizeiarzt war nachts nicht erreichbar und die Rettungsleitstelle sah keine Anhaltspunkte für das Vorliegen eines Notfalles. Schließlich erklärte sich der kassenärztliche Bereitschaftsdienst widerwillig bereit, zur Untersuchung ins Polizeirevier zu kommen. Dort wurde der Arzt zu einem in der Gewahrsamszelle liegenden und laut schnarchenden Mann geführt, der erst nach mehreren Versuchen erweckbar war. Danach zeigte sich der Festgenommene extrem unkooperativ und wollte sich nicht untersuchen lassen. Mit lallender Sprache erklärte er jedoch, dass er nach Hause will, da er ja zuckerkrank sei. Beim Anblick eines Polizeibeamten stieß der Mann wüste Bedrohungen aus und schlug schließlich wild um sich. Trotzdem erwarteten nun die Polizisten vom Arzt eine medizinische Entscheidung über das weitere Vorgehen. Was aber soll der Mediziner tun?

War es vertretbar, den Mann im Gewahrsam unter der Aufsicht von medizinischen Laien zu belassen? Was aber, wenn er in der Zelle eine durch die Alkoholisierung geförderte lebensgefährliche Entgleisung des Zuckerstoffwechsels erleidet und ins Koma fällt? Wäre es doch besser, den Mann im Krankenhaus

unterzubringen? Beim Anruf in der Klinik wurde der Arzt von seinem Kollegen darauf hingewiesen, dass zum jetzigen Zeitpunkt doch keineswegs eine Indikation für eine stationäre Aufnahme vorliegt! Im Übrigen habe erst letzte Woche ein Alkoholiker in der Notfallambulanz der Klinik randaliert und andere Patienten belästigt! Was nun? Sollte man vielleicht den Mann als gewahrsamsuntauglich erklären und seiner Eigenverantwortung überlassen? Schließlich hatte er ja seinen Zustand selbst verschuldet! Aber vielleicht geht er dann wieder zurück und setzt den Gewaltexzess fort?

Der vorgestellte Fall zeigt eine Reihe von Problemen auf, die nach der derzeitigen Regelung des Polizeigewahrsams in Deutschland keine befriedigende Lösung erkennen lässt. Nachfolgend sollen die wichtigsten Aspekte dieser Problematik dargestellt werden.

1.2 Unübersichtliche gesetzliche Regelung

Von Polizeibehörden wird oft beklagt, dass sich Ärzte weigern, Personen hinsichtlich der medizinischen Tauglichkeit für den Polizeigewahrsam zu untersuchen. Greiner (1999) berichtet aus Baden-Württemberg, dass es Ärzte immer wieder ablehnen, Betrunkene auf ihre Haftfähigkeit zu untersuchen und andererseits Krankenhäuser die Aufnahme dieser Personen zur Ausnüchterung verweigern. Die Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit werde von den Ärzten als außerordentlich problematisch angesehen, vor allem weil die Untersuchung ohne Verfügbarkeit der Gerätemedizin erfolgen muss und keine sichere Prognose über den weiteren Verlauf gemacht werden könne. Im Bereich der Polizeidirektion Magdeburg gelang es lediglich für 23 von insgesamt 416 Personen, bei denen berechtigte Zweifel an der Gewahrsamsfähigkeit bestanden, eine den Forderungen der Polizeigewahrsamsordnung entsprechende ärztliche Stellungnahme einzuholen. Die Gründe für eine solche Verweigerungshaltung sind vielschichtig. Es werden Unsicherheiten im Umgang mit dieser Problematik, wie Gewahrsamsdauer oder Umfang der notwendigen ärztlichen Untersuchung, aber auch rechtliche, standesrechtliche und ethische Bedenken sowie Fragen zur Liquidation genannt (Pedal 2001). Eine wesentliche Ursache dieser Unsicherheiten ist aber auch die unzureichende gesetzliche Regelung der ärztlichen Zuständigkeit bei der Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit, die in der Verantwortung der einzelnen Bundesländer liegt.

Bei einer vergleichenden Untersuchung der verschiedenen Gewahrsamsordnungen und Polizeigesetze zeigten sich innerhalb von Deutschland relevante Unterschiede, die für die Ärzte von erheblicher Bedeutung sind (Heide et al. 2005). Dazu gehören insbesondere Vorgaben zu den Kontrollen des Inhaftierten durch die Polizeibeamten, aber auch die Anlässe für eine Arztkonsultation oder das Procedere bei fehlender Gewahrsamstauglichkeit. So kann zum Beispiel der Arzt in Hamburg davon ausgehen, dass die festgenommene Person mindestens halbstündlich durch einen erfahrenen Polizisten kontrolliert und dabei auch die Erweckbarkeit geprüft wird. Im benachbarten Schleswig-Holstein hingegen sind lediglich „an-

gemessene Zeitabstände“ ohne Angaben zur Art und Weise der Kontrollen vorgesehen. Bei den Anlässen für die Hinzuziehung eines Arztes sind beispielsweise in Sachsen zwölf detaillierte Symptome bzw. Erkrankungen definiert, während in Mecklenburg-Vorpommern lediglich zwei unspezifische Gründe aufgeführt werden. Bei der ärztlichen Dokumentation der Untersuchung reicht das Spektrum von einer mündlichen Einschätzung (Heide et al. 2005) bis hin zu einem mehrseitigen Formblatt (Hofmann 2006).

1.3 Fehlende Untersuchungsstandards

Aus den Länderverordnungen und dem spärlichen Schrifttum zur Problematik der Gewahrsamstauglichkeit ergeben sich auch deutlich differierende Ansichten über den erforderlichen Umfang der Untersuchung. Die Postulate variieren von einer „kurzen Einschätzung“ (Kiesecker 1999) über eine symptomorientierte „ad hoc-Stellungnahme“ (Heide et al. 2003a) bis hin zur Notwendigkeit einer Ganzkörperuntersuchung (Pedal 2001).

Eine weitere Schwierigkeit bei der ärztlichen Einschätzung stellen die meist zeitlich und räumlich, aber auch situativ unzureichenden Untersuchungsbedingungen dar (Heide et al. 2003a). Die Prüfung des körperlichen und geistigen Zustandes der Probanden muss mitunter bei schlechten Lichtverhältnissen in einer engen Gewahrsamszelle durchgeführt werden. Für die körperliche Untersuchung stehen dem Arzt neben dem „klinischen Blick“ nur begrenzte diagnostische Mittel im Polizeirevier zur Verfügung. Nicht selten kann nur eine unzureichende Eigenanamnese erhoben werden, z.B. bei getrübler Bewusstseinslage oder, wie so häufig, mangelnder Compliance. Fremdanamnestische Angaben, z.B. von Polizeibeamten, sind oft recht spärlich oder weisen in die falsche Richtung. Trotzdem wird vom Arzt eine valide Einschätzung des psycho-physischen Zustandsbildes gefordert (auf die sich die Polizeibeamten berufen können!) und logischerweise auch die Veranlassung weiterer diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen.

Das nächste Problem ist das ausgesprochen heterogene Spektrum der Symptome und Krankheiten, die Anlass für eine ärztliche Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit sind (Elsing et al. 2001, Früchtnicht et al. 2009). Im Vordergrund stehen zwar Intoxikationen mit Alkohol, Drogen und Medikamenten, aber auch chirurgische (insbesondere Kopfverletzungen), internistische (z.B. Herzkrankheiten) oder psychiatrische (z.B. akute Psychosen) Krankheitsbilder sind häufiger vertreten.

1.4 Mangelnde ärztliche Zuständigkeit

Nach der derzeitigen Gesetzeslage ist die Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit eine ärztliche Gutachtertätigkeit, die hinsichtlich der fachlichen Eignung grundsätzlich von jedem approbierten Arzt erwartet wird und geleistet werden kann. Auch aus den landesrechtlichen Vorschriften zum Polizeigewahrsam ergeben sich keine konkreten Festlegungen darüber, welche Ärzte in Deutschland zur Beurteilung der

Gewahrsamstauglichkeit herangezogen werden sollten (Heide et al. 2010a). In anderen europäischen Ländern ist die ärztliche Zuständigkeit bei der Untersuchung von Personen im Polizeigewahrsam wesentlich klarer definiert. So erfolgt zum Beispiel in Schweden diese Begutachtung grundsätzlich durch Rechtsmediziner, in den Niederlanden durch Amtsärzte und in England und Schottland durch Polizeiarzte (Payne-James 2000).

In Deutschland wird im Schrifttum (Rundschreiben Ärztekammer Südwürttemberg 2006, Schmidt 2006) zwar zuweilen die besondere Zuständigkeit von Polizei- oder Amtsärzten postuliert. Tatsächlich steht für Polizeiarzte jedoch die betriebsärztliche Versorgung der Polizeibeamten im Vordergrund und die wenigen Polizeiarzte wären zahlenmäßig überhaupt nicht in der Lage, den Bedarf abzusichern (Kiesecker 1999, Früchtnicht et al. 2009). Auch für Ärzte der Gesundheitsämter ist aus den diesbezüglichen Verwaltungsvorschriften keine Verpflichtung ableitbar. Häufig erklären sich diese jedoch nach dem Subsidiaritätsprinzip bereit, außerhalb der Dienstzeit solche Untersuchungen vorzunehmen (Kiesecker 1999). Notärzte, angestellte Krankenhausärzte und auch niedergelassene Mediziner können nach den derzeit gültigen gesetzlichen Bestimmungen nicht zur Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit verpflichtet werden (Heide et al. 2010a), es sei denn, es handelt sich um eine Notfallbehandlung.

Nach eigenen Erfahrungen aus der täglichen Praxis sind wirkliche medizinische Notfälle bei Personen, die in Polizeigewahrsam genommen werden, keinesfalls häufig anzutreffen (Heide et al. 2003b, Früchtnicht et al. 2009). Die in Deutschland nicht hinreichend geregelte Zuständigkeit bringt für die Polizeibeamten erhebliche Probleme mit sich, da sie bei Zweifeln an der Tauglichkeit eine Arztvorstellung realisieren müssen. Deshalb ist die Polizei bemüht, mit bestimmten Ärzten eine Zuständigkeitsvereinbarung abzuschließen. Nach mehreren Todesfällen im Polizeigewahrsam wurde z.B. in Sachsen-Anhalt vor wenigen Jahren versucht, Ärzte für die Untersuchung der Gewahrsamstauglichkeit vertraglich zu binden. Insgesamt zeigte sich jedoch nur eine geringe Resonanz (Heide et al. 2007).

2. Zielstellung der Arbeit:

Für die Erarbeitung von Lösungsansätzen der aufgezeigten Problematik sollen neben der Auseinandersetzung mit dem aktuellen nationalen und internationalen Schrifttum folgende eigene Untersuchungen herangezogen werden:

1. die deutschlandweite Studie über Todesfälle im Polizeigewahrsam im Zeitraum 1993-2003 (Heide et al. 2009a)

2. die deutschlandweite Auswertung der strafprozessualen Folgen bei Todesfällen im Polizeigewahrsam (Heide et al. 2009b)
3. die vergleichende Analyse aller in Deutschland gültigen Polizeigewahrsamsordnungen (Heide et al. 2005) unter besonderer Berücksichtigung der neuen Gewahrsamsordnung von Sachsen-Anhalt (Heide et al. 2007)
4. die medizinrechtliche Betrachtung über die ärztliche Verpflichtung und rechtliche Verantwortung bei der Gewahrsamstauglichkeitsuntersuchung (Heide et al. 2010a)
5. die nachfolgende Detailanalyse der 1017 Fälle aus Halle/S. (Zeitraum 2006-2010) aus dem Gesamtkollektiv einer vergleichenden Betrachtung von 3674 Untersuchungen der Gewahrsamstauglichkeit (Heide et al. 2011).

3. Material und Methode:

In Halle/S. arbeitet seit 1997 unter rechtsmedizinischer Leitung ein nahezu konstant zusammengesetztes Ärzteteam (Fachärzte für Rechtsmedizin, Öffentliches Gesundheitswesen, Psychiatrie, Chirurgie und Innere Medizin), von dem neben polizeilich angeordneten Blutentnahmen auch Stellungnahmen zur Gewahrsamstauglichkeit durch die örtlichen Polizeibehörden abgefordert werden.

Bis Anfang des Jahres 2006 wurden die Untersuchungen der Gewahrsamstauglichkeit in den verschiedenen Polizeirevieren der Stadt Halle/S. und des umliegenden Saalkreises durchgeführt und es erfolgte keine zentrale Erfassung der Dokumentationen über die polizeilichen Gewahrsamnahmen.

Nach dem Tod eines Asylbewerbers und kurz darauf dem Tod eines Obdachlosen in polizeilichen Einrichtungen wurde im März 2006 in Sachsen-Anhalt eine neue Polizeigewahrsamsordnung eingeführt, die die medizinischen Aspekte des Gewahrsams extrem reglementiert (Heide et al. 2007). Seitdem muss nach jeder Untersuchung eine dreiseitige „Bescheinigung zur Gewahrsamsfähigkeit für den Polizeigewahrsam“ erstellt werden (Anlage 1).

Dazu sollen die anfordernden Polizeibeamten den Ärzten Angaben zur Vorgeschichte und Auffindungssituation mitteilen. Nachfolgend müssen sowohl die Polizisten als auch der Arzt eine Checkliste abarbeiten, in der vom Innenministerium elf Symptome bzw. Erkrankungen definiert wurden. Wird im Ergebnis der Untersuchung eingeschätzt, dass eines dieser Merkmale erfüllt ist, so wird dem Arzt „dringend empfohlen“, eine „Einweisung in eine ambulante oder stationäre Gesundheitseinrichtung bzw. die Vorstellung beim Rettungsdienst“ zu veranlassen. Schließlich muss der Arzt eine Einstufung der Gewahrsamstaug-

lichkeit vornehmen. Das Original des Attestes verbleibt in den polizeilichen Akten und für den Arzt wird eine Kopie gefertigt.

Seit Einführung der neuen Verordnung wurden ab April 2006 alle Gewahrsamnahmen im Bereich der Polizeidirektion Halle/S. im neu gegründeten zentralen Gewahrsam erfasst.

Für die vorliegende Studie konnten alle 1017 ärztlichen Stellungnahmen zur Gewahrsamstauglichkeit aus dem Zeitraum April 2006 bis Juni 2010 eingeschlossen werden. Dazu wurden die Originalprotokolle eingesehen. Aufgrund der Zentralisierung des Polizeigewahrsams in Halle/S. war es auch erstmals möglich, zu erfassen, wie viele Gewahrsamnahmen überhaupt erfolgten und wie häufig dabei ein Arzt hinzugezogen wurde.

Für die detaillierte Auswertung wurden aus den Attesten das Alter, das Geschlecht, der Anlass für die Zweifel an der Gewahrsamstauglichkeit und das Resultat der Untersuchung entnommen.

Hinsichtlich des Lebensalters erfolgte eine Einteilung in 10-Jahres-Altersgruppen.

Das Spektrum der Symptome und Krankheiten, die Anlass zur ärztlichen Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit waren, wurde in folgenden, gehäuft auftretenden Gruppen zusammengefasst:

1. akute Alkoholisierung
2. Drogen- und Medikamentenentzugssyndrome
3. internistische Krankheiten
4. Traumata
5. psychische Krankheiten
6. andere spezifische Indikationen
7. unspezifische Indikation

Beim Vorliegen mehrerer Anlässe für die Arzthinziehung (z.B. Trauma bei einer alkoholisierten Person) erfolgte die Einordnung bei der Indikation, die im Vordergrund der ärztlichen Begutachtung stand.

Für die ärztliche Entscheidung über die Gewahrsamstauglichkeit wurde entsprechend den Vorgaben der neuen Gewahrsamsordnung (Hoffmann 2006) die Einteilung in folgende Kategorien übernommen:

1. uneingeschränkte Gewahrsamstauglichkeit

2. eingeschränkte Gewahrsamstauglichkeit unter Erteilung von Auflagen, einschließlich einer möglichen fachärztlichen Konsultation
3. Gewahrsamstauglichkeit nicht gegeben

Die statistische Auswertung erfolgte mit SPSS 17.0. Die kategorialen Daten beim Vergleich der beiden Untersuchungszeiträume wurden in Kreuztabellen mit Hilfe des Chi-Quadrat-Tests nach Pearson analysiert. Alle Werte $p < 0,05$ wurden als statistisch signifikant betrachtet.

4. Ergebnisse:

4.1 Jährliche Verteilung

Im Untersuchungszeitraum April 2006 bis Juni 2010 sind im Bereich des zentralen Polizeigewahrsams Halle insgesamt 2580 Personen inhaftiert worden. In 1017 Fällen (39,4 %) bestanden Zweifel an der medizinischen Tauglichkeit für den Polizeigewahrsam, so dass ein Arzt hinzugerufen wurde.

Bei der jährlichen Verteilung fällt auf, dass im Jahr 2006 noch fast bei der Hälfte aller in Gewahrsam genommenen Personen eine Arztkonsultation erfolgte (Tab. 1). Danach zeigt sich ein kontinuierlicher Rückgang, so dass in den letzten beiden Jahren nur noch in weniger als einem Drittel der Fälle die Hinzuziehung eines Arztes erfolgte.

	Zahl der Gewahrsamnahmen	Gewahrsamnahmen mit Hinzuziehung Arzt	prozentualer Anteil
2006 (ab April)	393	194	49,4 %
2007	560	260	46,4 %
2008	686	262	38,2 %
2009	671	216	32,2 %
2010 (bis Juni)	270	85	31,5 %
Gesamt	2580	1017	39,4 %

Tab. 1: Jährliche Verteilung der Zahl der Gewahrsamnahmen (n=2580) mit Frequenz der Arztkonsultation

4.2 Geschlechtsverteilung

Bei den untersuchten 1017 Personen zeigte sich ein klares Überwiegen des männlichen Geschlechts (Abb. 1) mit 954 Männern (93,8 %) und 63 Frauen (6,2 %).

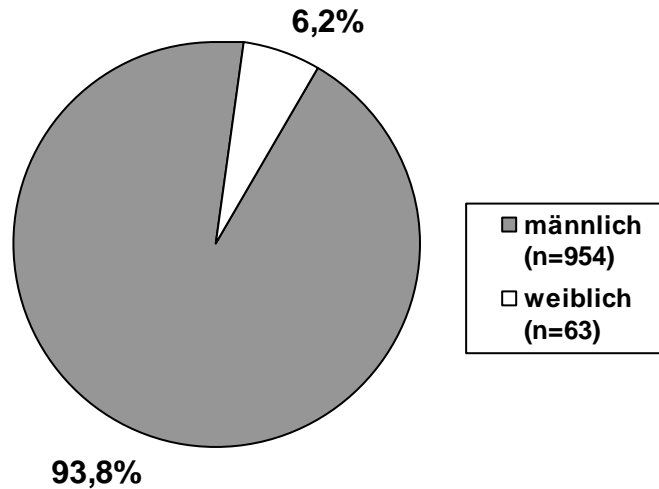


Abb. 1: Geschlechtsverteilung der Gewahrsamnahmen mit Hinzuziehung eines Arztes (n=1017)

4.3 Altersverteilung

Über drei Viertel der begutachteten Personen waren zwischen 14 und 40 Jahre alt, während ältere Altersgruppen deutlich weniger vertreten waren (Abb. 2). Am häufigsten (40,3 %) wurde eine ärztliche Untersuchung der Gewahrsamstauglichkeit bei der Altersgruppe 21-30 Jahre vorgenommen.

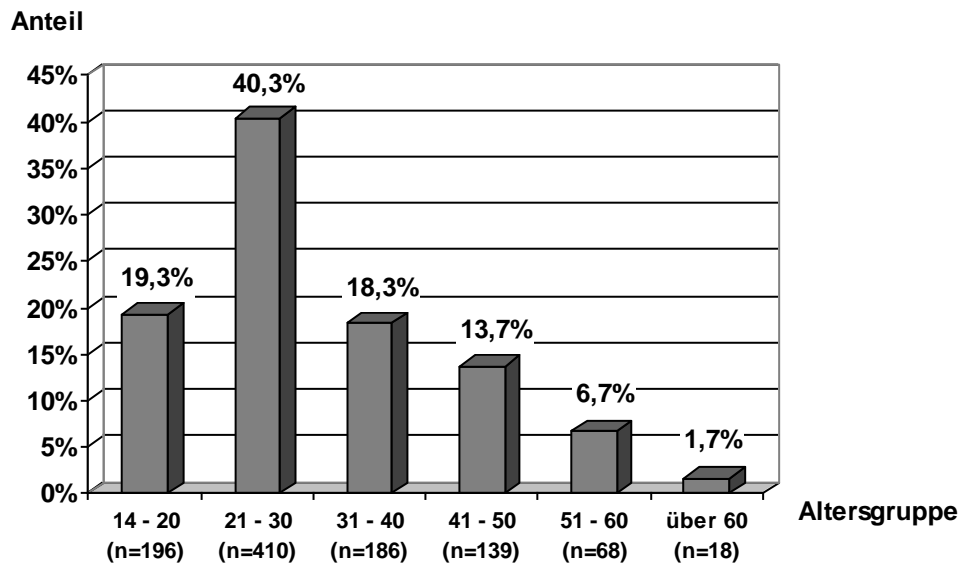


Abb. 2: Altersverteilung der Gewahrsamnahmen mit Hinzuziehung eines Arztes (n=1017)

Die Geschlechterverteilung der einzelnen Altersgruppen (Abb. 3) zeigt, dass Frauen lediglich in der Gruppe 21-30 und 51-60 Jahre etwas häufiger vertreten waren.

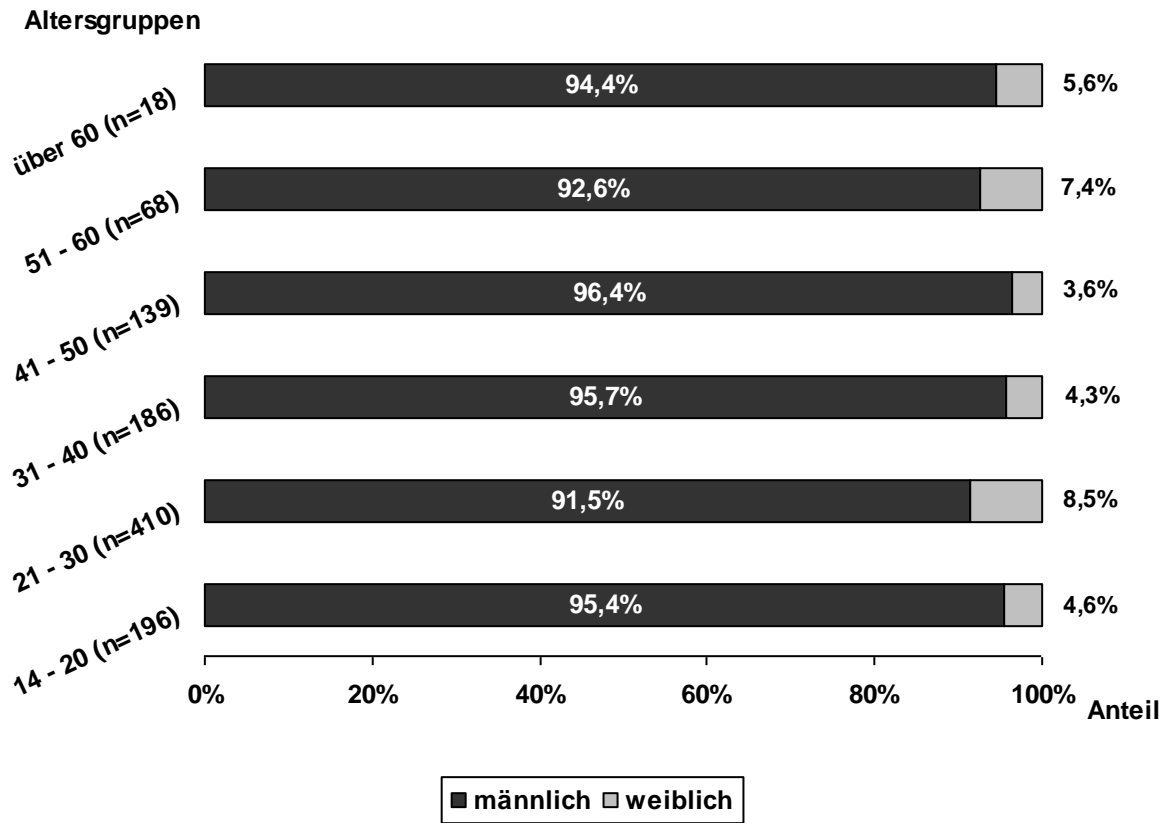


Abb. 3: Geschlechtsverteilung in den einzelnen Altersgruppen

4.4 Indikationen für die ärztliche Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit

Bei den medizinischen Indikationen zur Prüfung der Gewahrsamstauglichkeit standen Intoxikationen und Entzugssyndrome im Vordergrund (Abb. 4). In über der Hälfte aller Fälle erfolgte die Arztinzuziehung aufgrund einer Alkoholisierung. An zweiter Stelle folgten Drogen- bzw. Medikamentenentzugssyndrome mit 14,7 %.

In 87 Fällen (8,5 %) waren Verletzungen der Anlass für eine Arztkonsultation, wobei Schädel-Hirn-Traumata im Vordergrund standen. Bei 46 Personen (4,5 %) lag eine psychische Indikation vor, wobei es sich insbesondere um akute Psychosen und Eigengefährdung handelte.

In 74 Fällen (7,3 %) war bei der ärztlichen Untersuchung kein konkreter medizinischer Grund für die Arztanforderung zur Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit zu erkennen, so dass diese Fälle als „unspezifische Indikationen“ eingeordnet wurden.

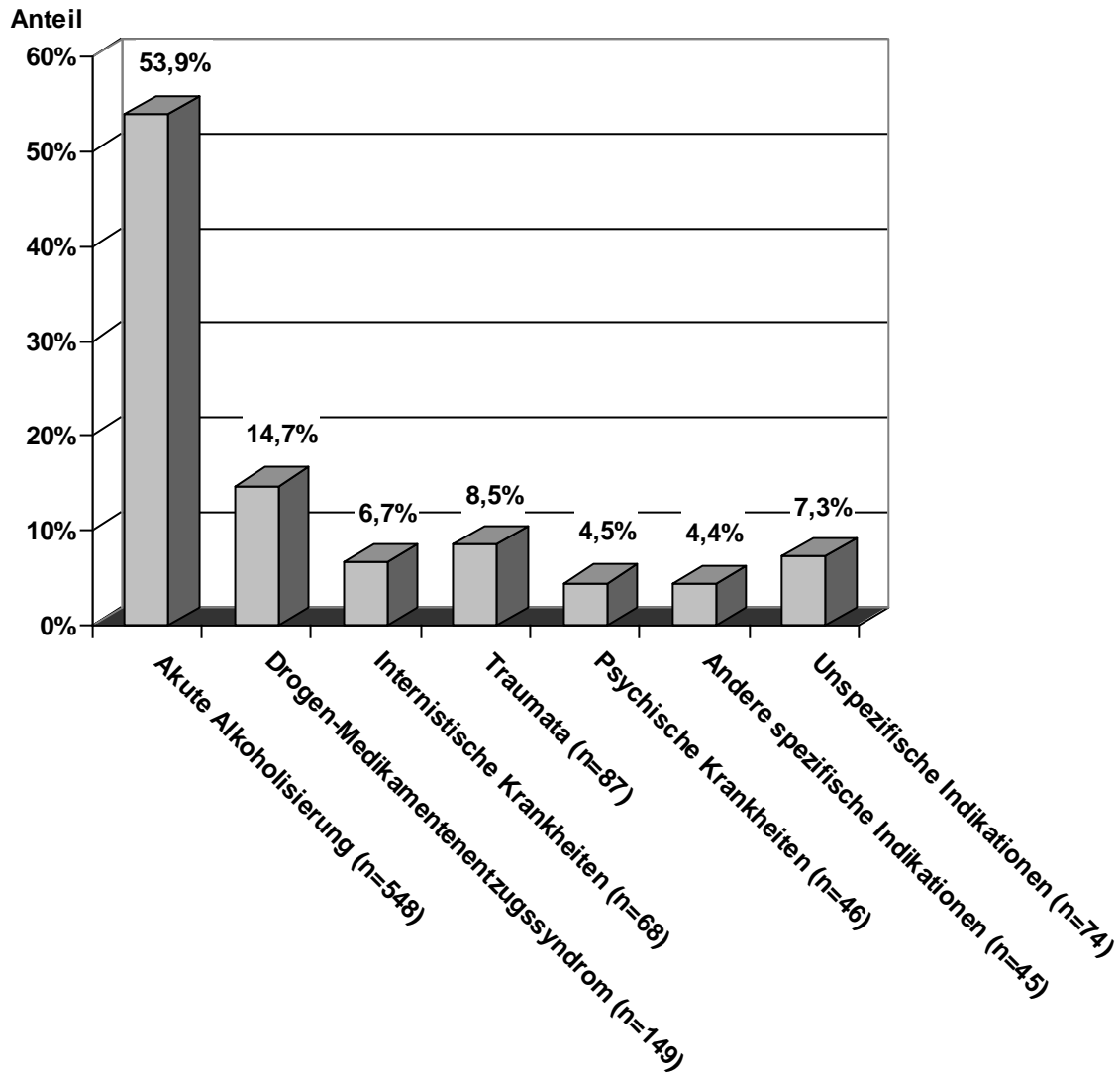


Abb. 4: Indikationen für die Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit (n=1017)

Unter den internistischen Krankheiten waren Diabetes mellitus, chronische obstruktive Lungenerkrankungen und Bluthochdruck am häufigsten vertreten (Abb. 5). Andere spezifische Indikationen betrafen vor allem Personen mit einem Alkoholentzugssyndrom oder einer Epilepsie (Abb. 6).

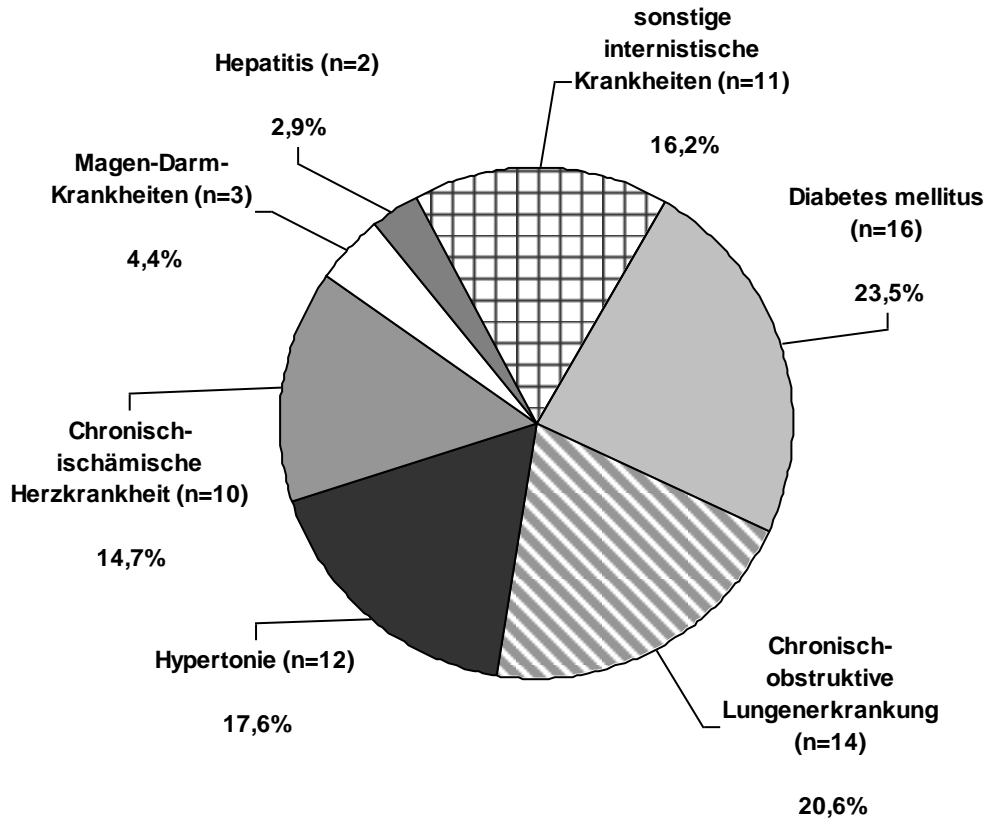


Abb. 5: internistische Indikationen (n=68)

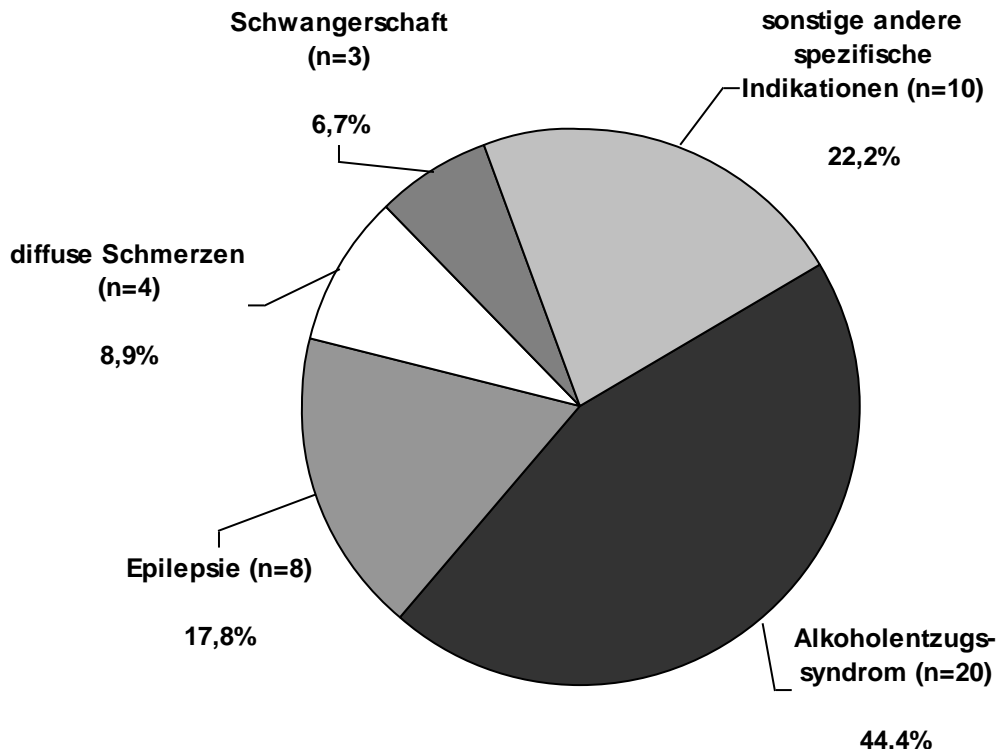


Abb. 6: andere spezifische Indikationen (n=45)

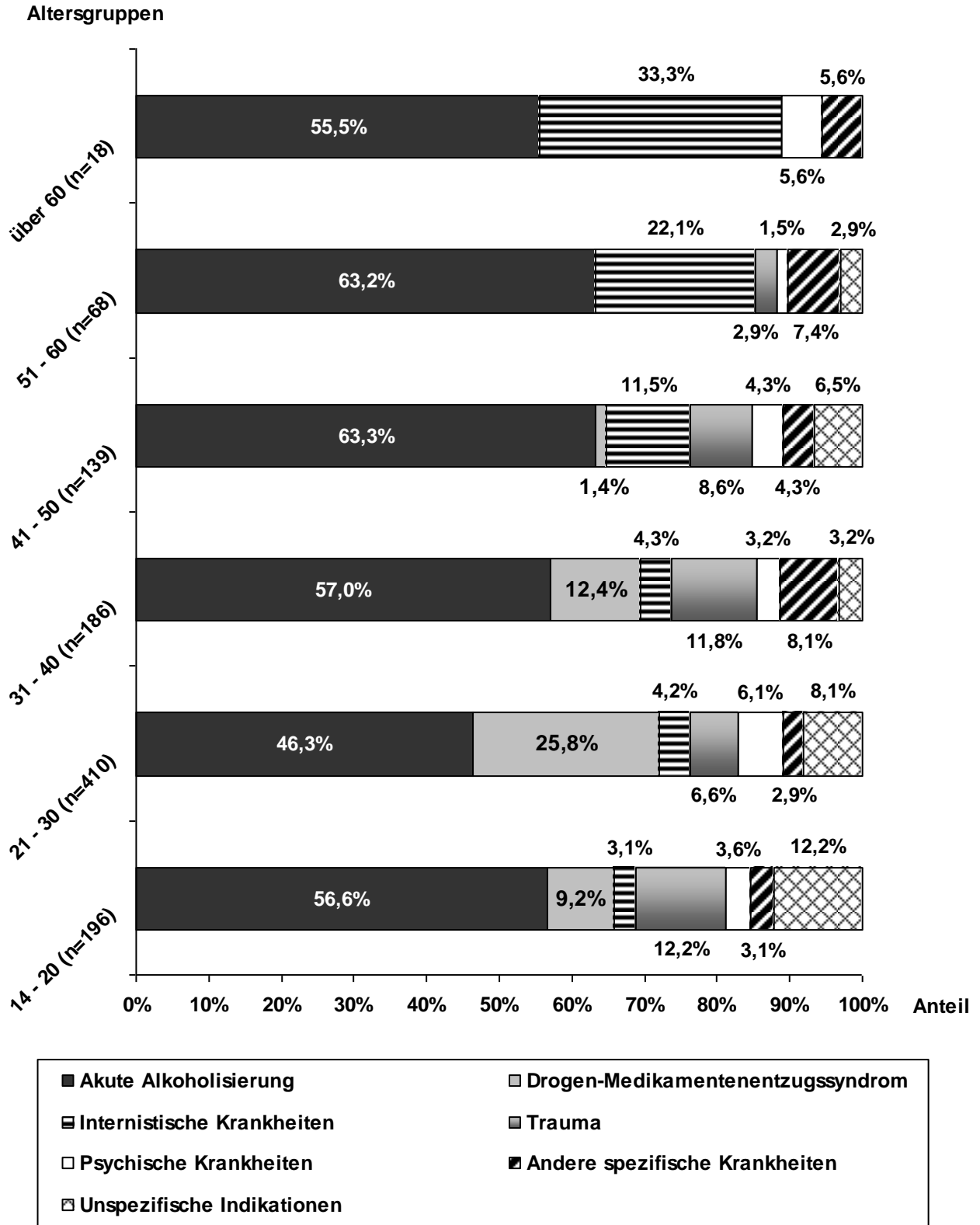


Abb. 7: Verteilung der Indikationen in den einzelnen Altersgruppen

Bei der Verteilung der Indikationen in den Altersgruppen war ersichtlich, dass eine akute Alkoholisierung in fast allen Gruppen in über der Hälfte aller Fälle der Anlass war, einen Arzt hinzuzuziehen (Abb. 7). Bei den 41-60-jährigen Personen war diese Indikation sogar in nahezu zwei Drittel der Fälle zu finden.

Drogen- und Medikamentenentzugssyndrome waren bei 21-30-jährigen Probanden am häufigsten anzutreffen. Dieser Anlass für eine Arztkonsultation zeigte sich in den benachbarten Altersgruppen schon deutlich seltener, im höheren Lebensalter spielte er überhaupt keine Rolle mehr.

Die Indikation internistische Erkrankungen nahm mit steigendem Lebensalter deutlich zu. Bei den über 61-jährigen Personen war sie in einem Drittel der Fälle der Anlass für die ärztliche Beurteilung.

Traumata, psychische Auffälligkeiten und andere spezifische Indikationen zeigten keine relevante Altersabhängigkeit. Unspezifische Indikationen waren deutlich häufiger in jüngeren als in älteren Altersgruppen zu finden.

4.5 Kategorien der ärztlichen Entscheidung über die Gewahrsamstauglichkeit:

Eine uneingeschränkte Gewahrsamstauglichkeit konnte nur in einem knappen Drittel aller Untersuchungen attestiert werden (Abb. 8).

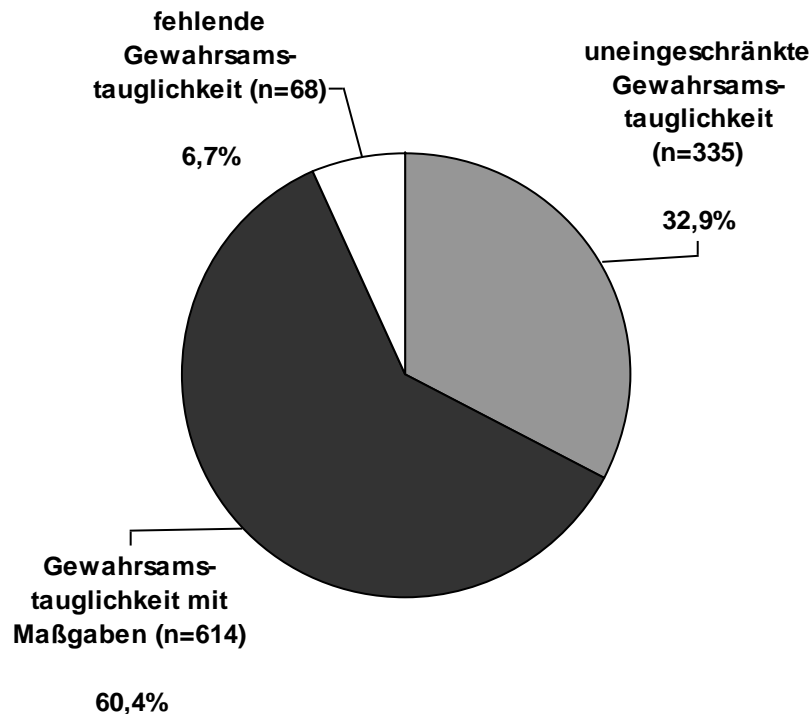


Abb. 8: Kategorien der Gewahrsamstauglichkeit (n=1017)

Bei weit über der Hälfte aller Personen (60,4 %) wurde die Gewahrsamstauglichkeit unter Auflage von verschiedenen Maßgaben bescheinigt. Häufig wurden zwei oder drei Maßnahmen gleichzeitig vorgegeben. Meistens handelte es sich dabei um ein engmaschigeres Kontrollintervall und den ausdrücklichen Hinweis auf eine erneute Arztvorstellung, wenn sich der Zustand erheblich verschlechtert (Abb. 9). Relativ häufig wurden auch die Sicherstellung und kontrollierte Gabe der benötigten Dauermedikation sowie eine fachärztliche Vorstellung vor der geplanten Gewahrsamnahme empfohlen (Heide et al. 2011).

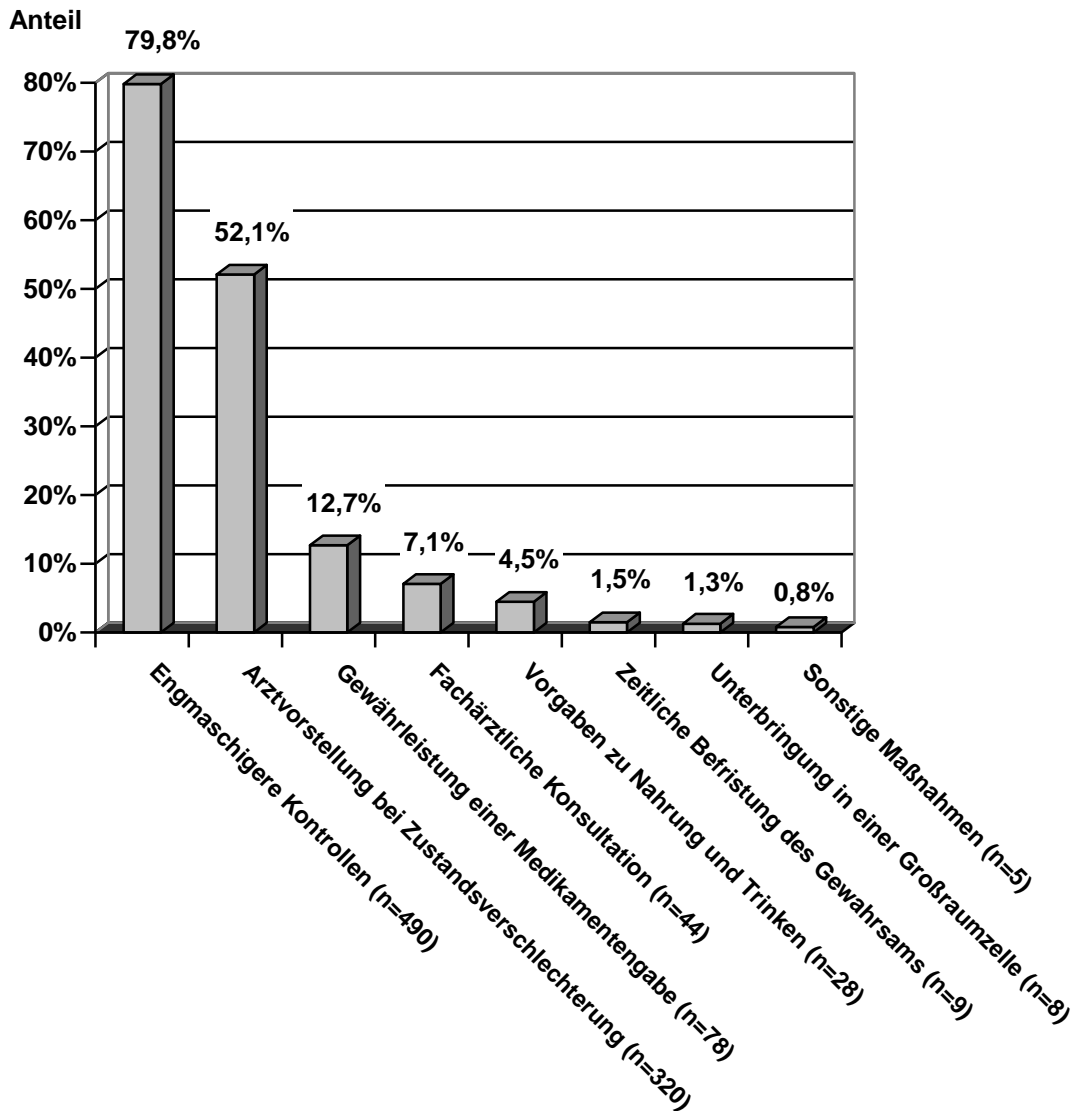


Abb. 9: Maßgaben bei eingeschränkter Gewahrsamstauglichkeit (teilweise Mehrfachnennung bei 614 Fällen, nach Heide et al. 2011)

68 Personen wurden als nicht gewahrsamstauglich eingeschätzt. In diesen Fällen bestand ein erhebliches Risiko, dass es beim Verbleib im Gewahrsam zu einer relevanten oder sogar lebensgefährlichen Gesundheitsschädigung kommen könnte (Abb. 10).

Ein Viertel dieser Fälle betraf Personen mit psychischen Krankheiten oder Störungen (z.B. Selbstverletzung, Suizidversuch oder akuter Schub einer Schizophrenie), bei denen die Verbringung in eine psychiatrische Klinik veranlasst wurde. Relativ oft war eine Klinikeinweisung auch bei fortgeschrittenen Drogen- oder Alkoholentzugssyndromen und hochgradigen Alkoholintoxikationen notwendig (Heide et al. 2011). Im Untersuchungsgut fanden sich jedoch auch zehn alkoholisierte Personen, die zwar als nicht gewahrsamstauglich eingeschätzt wurden, aber dennoch keiner klinischen Behandlung bedurften.

Eher eine Rarität waren zwei Fälle mit Überstellung in die häusliche Fürsorge, also der Übergabe an vertraute Verwandte. Dieses Verfahren ist rechtlich und arztethisch hinsichtlich des weiteren Verlaufs natürlich nicht ganz unproblematisch. In einem Fall handelte es sich um einen Mann mit einer metastisierenden Tumorerkrankung. Der andere Fall betraf eine Frau mit fortgeschrittener Risikoschwangerschaft.

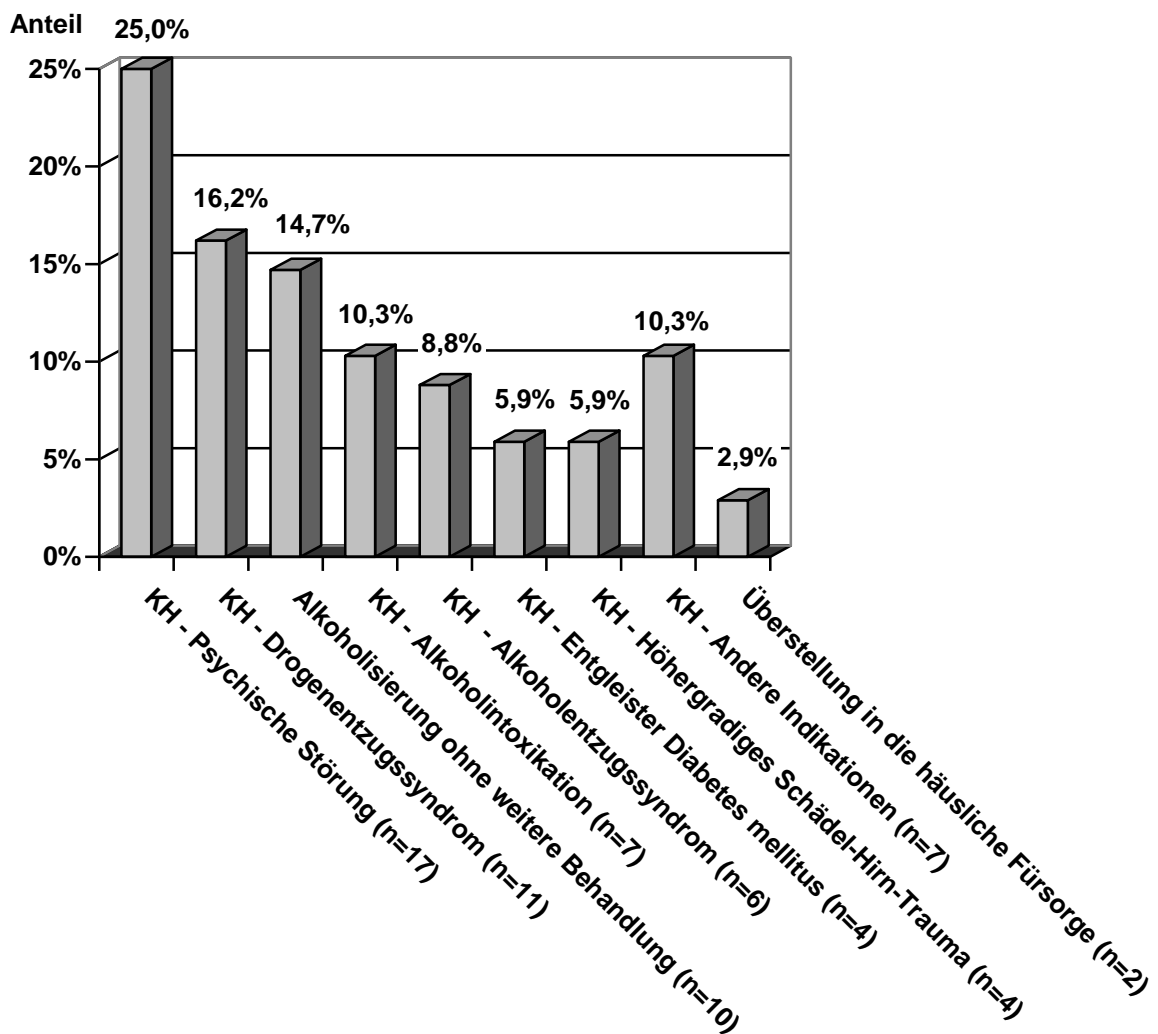


Abb. 10: Gründe für fehlende Gewahrsamstauglichkeit (n=68; KH: Krankenhausbehandlung, nach Heide et al. 2011)

Bei der jährlichen Verteilung der Fälle mit fehlender Gewahrsamstauglichkeit fiel auf, dass 2006, also im Jahr der Einführung der neuen Polizeigewahrsamsordnung, ein deutlich erhöhter Anteil (13,9 % gegenüber 5,0 % im Zeitraum 2007-2010) zu verzeichnen war (Tab. 2). Gleichzeitig wurde seltener (23,2 % gegenüber 35,2 %) eine uneingeschränkte Gewahrsamstauglichkeit bescheinigt.

	2006	2007-2010
	(n=194)	(n=823)
uneingeschränkte Gewahrsamstauglichkeit	45 (23,2 %)	290 (35,2 %)
eingeschränkte Gewahrsamstauglichkeit mit Maßgaben	122 (62,9 %)	492 (59,8 %)
fehlende Gewahrsamstauglichkeit	27 (13,9 %)	41 (5,0 %)

Tab. 2: Kategorien der Gewahrsamstauglichkeit im Vergleich zwischen 2006 und 2007-2010

Bei der Verteilung der Resultate der Untersuchungen in den einzelnen Altersgruppen zeigte sich (Abb. 11), dass bei älteren Personen wesentlich seltener als bei jüngeren Personen eine uneingeschränkte Gewahrsamstauglichkeit attestiert wurde.

Mit zunehmendem Lebensalter fanden sich auch häufiger medizinische Gründe, die gegen einen Verbleib im Polizeigewahrsam und für eine stationäre Behandlung im Krankenhaus sprachen.

Eine eingeschränkte Gewahrsamstauglichkeit, bei denen vom Arzt verschiedene Maßnahmen zur Minimierung der gesundheitlichen Risiken empfohlen wurden, kam in fast allen Altersgruppen in deutlich über der Hälfte aller Fälle zur Anwendung. Lediglich bei der jüngsten Altersgruppe (14-20 Jahre) wurden derartige Empfehlungen etwas seltener ausgesprochen.

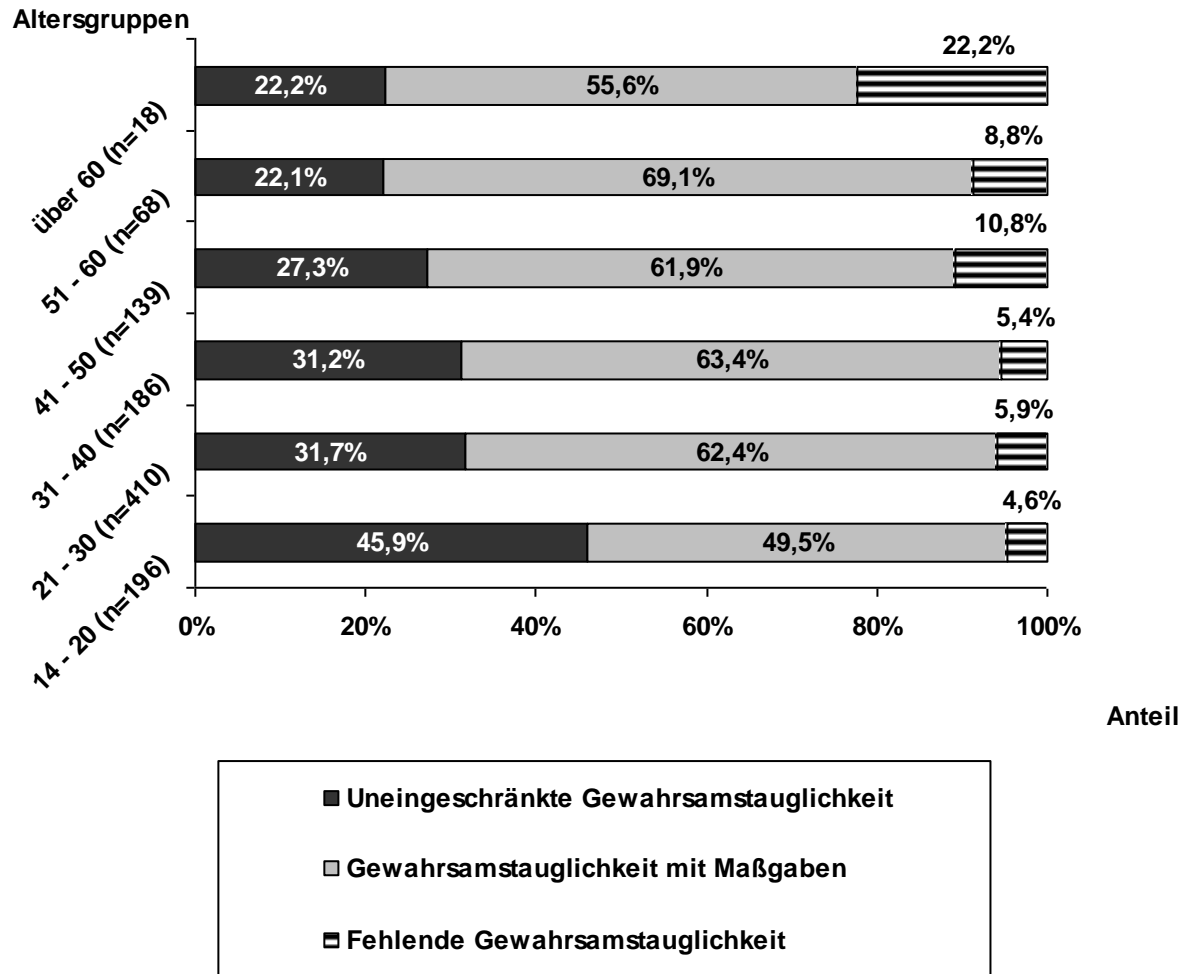


Abb. 11: Verteilung der Kategorien der Gewahrsamstauglichkeit in den einzelnen Altersgruppen

Bei der Verteilung der Kategorien der Gewahrsamstauglichkeit innerhalb der einzelnen Indikationen (Abb. 12, Heide et al. 2011) fiel auf, dass bei einer akuten Alkoholisierung nicht selten eine uneingeschränkte Gewahrsamstauglichkeit (in 224 der 548 Fälle) bescheinigt wurde. Meist konnte aber auch bei den alkoholisierten Personen die medizinische Tauglichkeit für den Gewahrsam nur unter der Erteilung von Auflagen attestiert werden (in 306 der 548 Fälle).

Noch häufiger führten jedoch die Indikationen Drogen-/Medikamentenentzugssyndrom (81,2 %), internistische Erkrankungen (76,5 %) und Traumata (67,8 %) zu ärztlichen Vorgaben.

Bei psychischen Krankheiten und Symptomen bestand nur selten eine uneingeschränkte Gewahrsamstauglichkeit (in 5 der 46 Fälle) und relativ häufig waren die untersuchten Personen überhaupt nicht gewahrsamstauglich (in 17 der 46 Fälle). Bei anderen spezifischen Indikationen wie Alkoholentzugssyndrom

oder Epilepsie wurde von den Ärzten zumeist nur eine eingeschränkte Gewahrsamstauglichkeit bescheinigt (68,9 %).

Bei fast drei Viertel aller Fälle mit unspezifischen Indikationen wurde ärztlicherseits von einer uneingeschränkten Gewahrsamstauglichkeit ausgegangen.

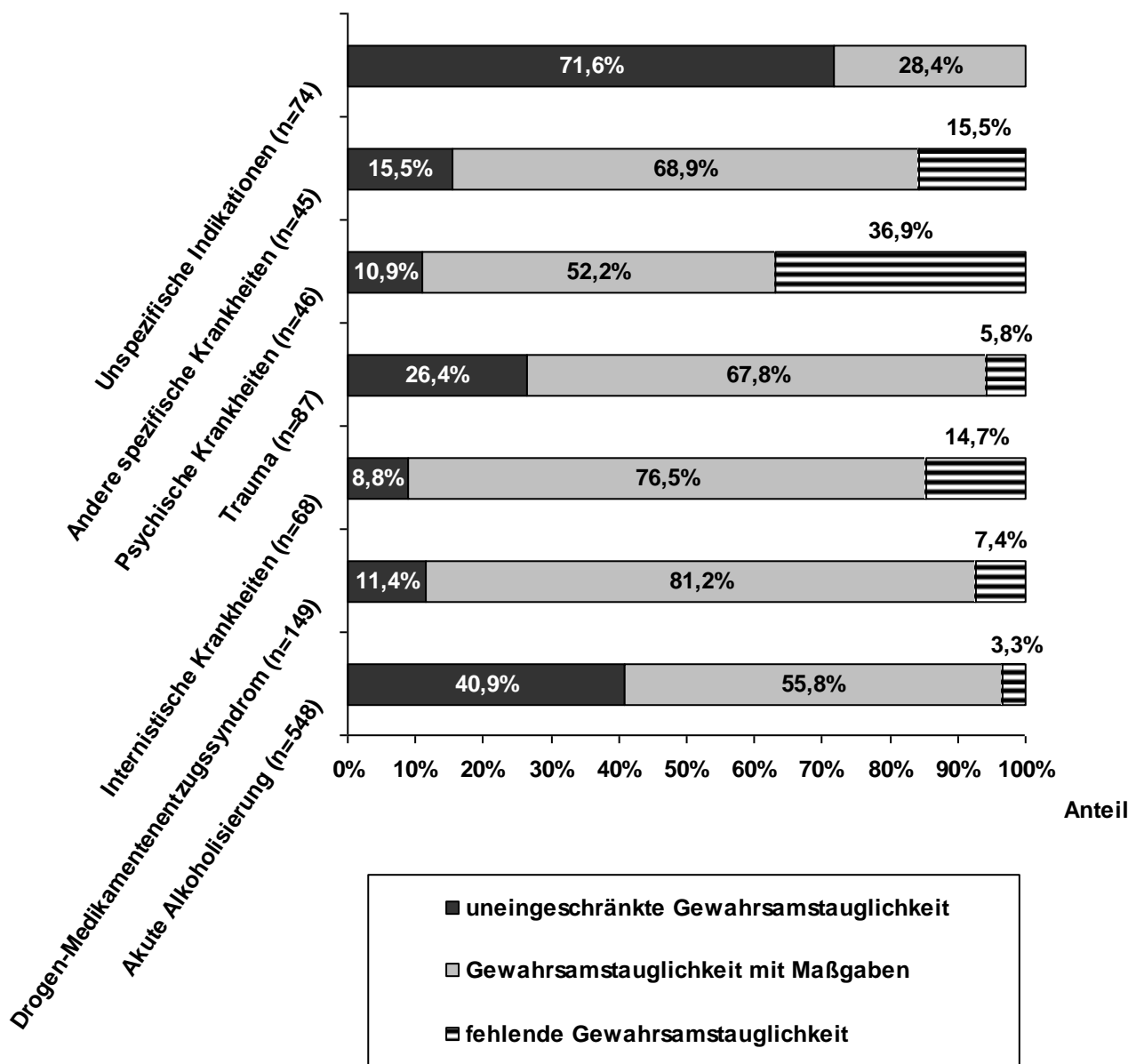


Abb. 12: Verteilung der Kategorien bei den einzelnen Indikationen (nach Heide et al. 2011)

4.6 Vergleich mit 604 Untersuchungen aus dem Zeitraum 1997-2003

Im zweiten Teil der Auswertung wurden die 1017 Fälle aus dem Zeitraum 2006-2010 mit den Ergebnissen einer früheren Studie aus Halle (Heide et al. 2003b) verglichen. Dabei waren 604 Untersuchungen der Gewahrsamstauglichkeit durch das Hallenser Ärzteteam aus dem Zeitraum 1997-2003, also vor Einführung der neuen Polizeigewahrsamsordnung, erfasst worden.

Bis März 2006 war in Sachsen-Anhalt eine schriftliche Dokumentation über das Resultat der ärztlichen Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit nicht zwingend vorgeschrieben. Aus Gründen der Qualitätssicherung und zur eigenen Absicherung war mit Gründung des Ärzteteams ein eigenes, vom Universitätsinstitut für Rechtsmedizin entworfenes, Formular über das Resultat der Untersuchung eingeführt worden. Die Ergebnisse aus dem Zeitraum 1997-2003 mussten aufgrund der fehlenden zentralen Erfassung von den einzelnen Ärzten zusammengetragen werden, so dass kein Bezug auf die Zahl der polizeilichen Gewahrsamnahmen möglich war.

Das Alter, das Geschlecht, die Indikationen und die Resultate der Untersuchungen wurden damals jedoch in gleicher Weise wie in der aktuellen Studie erfasst. Somit war es möglich zu prüfen, ob durch die neue, 2006 eingeführte, Gewahrsamsordnung mit ihren gravierenden Veränderungen der medizinischen Belange des Polizeigewahrsams die Indikationen und Ergebnisse der Untersuchungen maßgeblich beeinflusst worden sind.

Der Anteil der jüngeren Altersgruppen (14-40 Jahre) war 1997-2003 mit 80,9 % sogar noch etwas höher als 2006-2010 mit 77,9 %. Im ersten Untersuchungszeitraum waren Frauen mit 9,2 % noch etwas häufiger vertreten als in der aktuellen Studie mit 6,2 %.

Bei der Verteilung der Indikationen der Gewahrsamstauglichkeitsuntersuchungen zeigen sich hochsignifikante Unterschiede ($p < 0,0001$) zwischen den Untersuchungszeiträumen 1997-2003 und 2006-2010 (Tab. 3, Heide et al. 2011). Besonders auffällig ist ein nachdrücklicher Anstieg der Indikation akute Alkoholisierung, während der Anteil von Drogen- und Medikamentenentzugssyndromen erheblich zurückging. Auch bei der ärztlichen Entscheidung über die Gewahrsamstauglichkeit sind hochsignifikante Unterschiede ($p < 0,0001$) zwischen den beiden Untersuchungszeiträumen ersichtlich (Tab. 4). Dabei zeigt sich eine drastische Zunahme der Fälle mit eingeschränkter Tauglichkeit, einhergehend mit einem deutlichen Rückgang der uneingeschränkten Gewahrsamstauglichkeit.

	1997-2003 (n=604)	2006-2010 (n=1017)
Akute Alkoholisierung	185 (30,6 %)	548 (53,9 %)
Drogen- und Medikamenten- entzugssyndrom	149 (24,7 %)	149 (14,7 %)
Internistische Krankheiten bzw. Symptome	57 (9,4 %)	68 (6,7 %)
Traumata	37 (6,1 %)	87 (8,5 %)
Psychische Krankheiten bzw. Symptome	41 (6,8 %)	46 (4,5 %)
Andere spezifische Indikationen	75 (12,4 %)	45 (4,4 %)
Unspezifische Indikationen	60 (9,9 %)	74 (7,3 %)

Tab. 3: Vergleich der Indikationen in Halle/S. in den Untersuchungszeiträumen 1997-2003 und 2006-2010

	1997-2003 (n=604)	2006-2010 (n=1017)
uneingeschränkte Gewahrsams- tauglichkeit	459 (76,0 %)	335 (32,9 %)
eingeschränkte Gewahrsams- tauglichkeit mit Maßgaben	101 (16,7 %)	614 (60,4 %)
fehlende Gewahrsamstauglich- keit	44 (7,3 %)	68 (6,7 %)

Tab. 4: Vergleich der Kategorien in Halle/S. in den Untersuchungszeiträumen 1997-2003 und 2006-2010

5. Diskussion:

Im Untersuchungszeitraum 2006-2010 wurde im Bereich des zentralen Polizeigewahrsams Halle/S. bei insgesamt 2580 Gewahrsamnahmen in fast 40 % der Fälle ein Arzt hinzugerufen, um die medizinische Unbedenklichkeit der Maßnahme zu beurteilen. Dabei war auffällig, dass in den ersten beiden Jahren sogar nahezu bei jeder zweiten festgenommenen Person eine Arztkonsultation erfolgte. Vor Einführung der neuen Polizeigewahrsamsordnung im Jahr 2006 hatte die Frequenz der Hinzuziehung eines Arztes deutlich niedriger gelegen (Heide et al. 2007), wobei aufgrund der fehlenden zentralen Erfassung keine exakten Zahlen verfügbar sind. Die häufigere Inanspruchnahme zu Beginn des Untersuchungszeitraumes gegenüber den nachfolgenden Jahren ist auf die strikte Reglementierung der medizinischen Belange in der neuen Gewahrsamsordnung zurückzuführen und ist wohl als Ausdruck einer erheblichen Verunsicherung der Polizeibeamten zu werten.

In Deutschland werden die polizeilichen Gewahrsamnahmen und die Häufigkeit einer ärztlichen Untersuchung weder auf Bundesebene noch in den einzelnen Ländern erfasst. Nur durch aufwendiges Zusammentragen von Zählungen aus einzelnen Polizeidirektionen und Polizeirevieren konnten für sechs Bundesländer die vollständigen Daten erhoben werden (Tab. 5; Weber 2006).

	Zahl der Gewahr- samnahmen	Gewahrsamnahmen mit Hinzuziehung Arzt	prozentualer Anteil
Baden-Württemberg	24674	8207	33,3 %
Niedersachsen	20932	1153	5,5 %
Saarland	2582	838	32,4 %
Sachsen	11621	1488	12,8 %
Schleswig-Holstein	7082	3421	48,3 %
Thüringen	10394	977	9,4 %

Tab. 5: Zahl der Gewahrsamnahmen mit Frequenz der Arztkonsultation 1999 aus sechs deutschen Bundesländern (nach Weber 2006).

Dabei zeigten sich deutliche Differenzen in der Frequenz der Arztkonsultation zwischen den einzelnen Bundesländern. Während in Niedersachsen nur in 5,5 % aller Gewahrsamnahmen ein Arzt hinzugerufen wurde, erfolgte in Schleswig-Holstein bei fast jeder zweiten Person (48,3 %) eine medizinische Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit. Eine Ursache dieser enormen Schwankungen stellen sicherlich die deutlich voneinander abweichenden Regelungen bei den Anlässen für eine Arztkonsultation in den einzel-

nen Bundesländern dar. Ein weiterer Grund ist die unzureichende Regelung der gesetzlichen Zuständigkeit und die resultierende Verweigerungshaltung einiger Ärzte, die dazu führen, dass Polizeibeamte häufig eine durchaus angebrachte ärztliche Beurteilung nicht realisieren können (Greiner 1999, Pedal 2001, Fischer 2005). Für die Region Halle/S. ist seit 1997 mit Etablierung des Ärzteteams eine ständige Erreichbarkeit für derartige Untersuchungen realisiert worden.

Die Alters- und Geschlechtsverteilung der in Halle untersuchten Personen zeigte eine deutliche Dominanz des männlichen Geschlechts und jüngerer Altersgruppen. Eine ähnliche Verteilung wurde aus anderen deutschen Städten (Weber 2006, Früchticht et al. 2009, Ochmann und Berghaus 1968) und europäischen Ländern (Busuttill und Wallace 1991, Blaauw und Lulf 1999, Norfolk und Stark 2000) berichtet.

In der bundesweiten Studie über Todesfälle im Polizeigewahrsam im Zeitraum 1993-2003 (Heide et al. 2009a) lag das mittlere Lebensalter der 60 Verstorbenen nur wenig oberhalb des 40. Lebensjahres. Ähnliche Erfahrungen mit einem teilweise noch jüngeren mittleren Sterbealter liegen aus Florida (Copeland 1984), Dänemark (Segest 1987), Großbritannien (Norfolk 1998), Kanada (Giles und Sandrin 1992) und den Niederlanden (Blaauw et al. 1997) vor. Aus der Altersstruktur dieser im Polizeigewahrsam verstorbenen Personen muss geschlussfolgert werden, dass bei der Untersuchung der Gewahrsamstauglichkeit auch bei einem jüngeren Lebensalter das Attest nicht leichtfertig bescheinigt werden sollte.

In Halle war in beiden Untersuchungszeiträumen eine akute Alkoholisierung der häufigste Grund für die Hinzuziehung eines Arztes. Ab 2006 kam es jedoch zu einem sprunghaften Anstieg, so dass schließlich in über der Hälfte aller Fälle aufgrund der Alkoholisierung ein Arzt gerufen wurde. Ursächlich dafür war die Einführung einer Art „Zwei-Promille-Grenze“ in der neuen Gewahrsamsordnung (Heide et al. 2007). Dort gehört eine „Blutalkoholkonzentration von zwei oder mehr Promille zu den elf „Situationen“, bei denen dem Arzt dringend empfohlen wird, eine Einweisung in ein Krankenhaus oder die Vorstellung beim Rettungsdienst zu veranlassen. Eine solche Pauschalisierung ist realitätsfern und in der täglichen Praxis nicht umsetzbar. Schließlich ist hinlänglich bekannt, dass gerade alkoholgewöhnte Personen selbst bei einem Wert von zwei Promille kaum Ausfallerscheinungen aufweisen können und für die Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit das konkrete Zustandsbild zugrunde gelegt werden muss. Weiterhin war bei der Auswertung der Untersuchungsprotokolle ersichtlich, dass gerade 2006 rein vorsorglich und aus einer gewissen Verunsicherung heraus die Polizeibeamten häufiger auch bei Personen mit einer Atemalkoholkonzentration von unter zwei Promille einen Arzt hinzugerufen hatten.

Bei der Betrachtung der Indikationen der ärztlichen Untersuchung der Gewahrsamstauglichkeit in anderen Regionen von Deutschland ergibt sich eine heterogene Verteilung. Bei der Auswertung von 407 Fällen aus Heidelberg war die akute Alkoholisierung sogar in 62,8 % der Anlass für eine Arztkonsultation (We-

ber 2006), während bei den 2053 Fällen aus Bremen diese Indikation nur einen Anteil von 22,2 % einnahm (Heide et al. 2011).

Drogen- und Medikamentenentzugssyndrome waren in Bremen in 22,3 % der Grund für eine Arztkonsultation (Heide et al. 2011), weitaus seltener fand sich diese Indikation in Heidelberg mit 12,5 % (Weber 2006). In Halle/S. waren derartige Entzugssyndrome bis 2003 prozentual sogar noch häufiger als in Bremen vertreten, ab 2006 kam es jedoch zu einem deutlichen Rückgang um etwa 10 %.

Diese Erfahrungen aus den verschiedenen Städten zeigen, dass in Deutschland Intoxikationen und Entzugssyndrome einen hohen Anteil an den Indikationen für eine ärztliche Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit einnehmen. Ähnliche Resultate werden aus den Niederlanden (Blaauw und Lulf 1999) und England (Stark und Gregory 2005, Best et al. 2006, Mc Kinnon und Grubin 2010) berichtet.

Der Anteil von internistischen und psychischen Krankheiten sowie Traumata liegt in Untersuchungen aus europäischen Ländern meist jeweils unterhalb von 10 % (Blaauw et al. 1997, Stark und Gregory 2005), so wie es auch in Halle/S. zu beobachten war. In Heidelberg und Bremen waren internistische Indikationen in 3,9 % (Weber 2006) bzw. 9,1 % aller Fälle (Heide et al. 2011) der Anlass für eine Arztkonsultation. Zumeist handelte es sich dabei um Personen mit Diabetes mellitus, chronisch-obstruktiven Lungenerkrankungen, Hypertonie und chronisch-ischämischer Herzerkrankung. Psychische Krankheiten bzw. Symptome waren in Bremen in 5,0 % (Heide et al. 2011) und in Heidelberg in 10,8 % der Fälle (Weber 2006) der Grund für eine Arztvorstellung. Im Vordergrund stehen zumeist endogene Psychosen und Fälle mit akuter Eigengefährdung (Weber 2006). Der Anteil von Traumata lag in Bremen mit 12,4 % (Heide et al. 2011) deutlich höher als in Halle/S. oder Heidelberg mit 3,1 % (Weber 2006). In Halle/S. waren internistische und psychische Krankheiten im Zeitraum 2006-2010 gegenüber 1997-2003 leicht rückläufig, während Arztvorstellungen wegen Traumata einen geringen Anstieg aufwiesen.

Andere spezifische medizinische Indikationen wie Alkoholentzugssyndrom oder Epilepsie sind in Deutschland in maximal 15 % aller Fälle der Anlass für die Hinzuziehung eines Arztes (Heide et al. 2003b, Weber 2006, Heide et al. 2011).

Bei der ärztlichen Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit gibt es auch immer wieder Fälle, in denen weder aus den Angaben der Polizeibeamten, noch aus der Anamneseerhebung und Untersuchung ein konkreter medizinischer Grund erkennbar ist. Nicht selten betreffen diese Fälle fremdsprachige Personen, bei denen die Polizeibeamten auch aufgrund von Sprachproblemen vorsorglich einen Arzt konsultieren. In Bremen betrug der Anteil dieser unspezifischen Indikationen sogar 14,7 % (Heide et al. 2011), dagegen in Heidelberg nur 4,9 % (Weber 2006). In Halle/S. kam es nach Einführung der neuen Gewahrsamsordnung zu einem leichten Rückgang unspezifischer Anlässe (von 9,9 % auf 7,3 %), da von den Polizeibeamten

seitdem auch ein konkreter und schriftlich fixierter Grund für die Hinzuziehung eines Arztes abverlangt wird.

Die Verteilung der Indikationen in den einzelnen Altersgruppen zeigt, dass der beurteilende Arzt bei jüngeren Personen eventuellen Drogen- und Medikamentenentzugssyndromen und bei älteren Inhaftierten möglichen internistischen Krankheiten verstärkte Aufmerksamkeit schenken muss.

Auch die Analyse der Todesursachen bei Sterbefällen im Polizeigewahrsam kann zur Identifizierung des Risikoprofils bei der ärztlichen Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit beitragen. In Studien aus europäischen Ländern zeigte sich, dass etwa ein Viertel solcher Todesfälle auf eine Alkoholvergiftung zurückzuführen ist (Tiainen und Penttila 1986, Segest 1987, Johnson 1982, Heide et al. 2009a). Der Anteil von Drogen- und Medikamentenintoxikationen, Schädel-Hirn-Traumata, Suiziden und inneren Erkrankungen liegt in Europa meist jeweils zwischen 10 und 20 % (Blaauw et al. 1997, Segest 1987, Johnson 1982, Tiainen und Penttila 1986, Heide et al. 2009a). Daraus ist abzuleiten, dass bei diesen Indikationen eine besonders sorgfältige Prüfung der medizinischen Tauglichkeit für den Polizeigewahrsam vom Arzt geleistet werden muss. Auch bei scheinbar „lediglich alkoholisierten“ Personen muss die Entscheidung über die Gewahrsamstauglichkeit von den konkreten Beeinträchtigungen, wie z.B. dem Fehlen oder der Präsenz von Bewusstseins- oder Orientierungsstörungen abhängig gemacht werden.

Im internationalen Vergleich der Todesursachen im polizeilichen Gewahrsam fällt auf, dass gegenüber den europäischen Ländern (Heide et al. 2009a) im nordamerikanischen Raum Sterbefälle exzitierter Personen während polizeilicher Fixierungs- und Transportmaßnahmen häufiger anzutreffen sind (Chan 2006). Pedal (2003) führt diesen Umstand auf die größere Häufigkeit exzitierter Delirien unter Cocain-Einwirkung und unterschiedlicher polizeilicher Fixierungstechniken zurück.

In US-amerikanischen Studien (Chan 2006, Copeland 1984) zeigte sich auch, dass dort Sterbefälle im Polizeigewahrsam wesentlich häufiger durch natürliche Todesursachen (insbesondere infolge kardialer und pulmonaler Krankheiten) bedingt sind. Das Untersuchungsgut dieser Studien ist aufgrund unterschiedlicher Strukturen (z.B. unterschiedliche Dauer des Gewahrsams) jedoch nur bedingt mit dem der europäischen Länder vergleichbar (Heide et al 2011).

Die aktuelle Untersuchung aus Halle und der Vergleich mit den Erfahrungen aus anderen Regionen belegt, dass bei der Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit ein ausgesprochen breites Spektrum an Symptomen und Krankheiten anzutreffen ist. Somit kann nicht davon ausgegangen werden, dass nur Ärzte bestimmter Fachrichtungen für derartige Untersuchungen besonders geeignet seien.

Eine Umfrage bei allen deutschen rechtsmedizinischen Instituten und den Landgerichtsärzten in Bayern ergab, dass ein sehr heterogenes Spektrum von Ärzten diesen Bedarf abdeckt (Heide et al. 2010a). In einigen Regionen erfolgt die Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit durch Polizeiärzte, andernorts durch Rechtsmediziner, Ärzte des Gesundheitsamtes, Notärzte, Dienstärzte im Krankenhaus, vertraglich gebundene Truppenärzte oder durch den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst.

Einige Rechtsmediziner vertraten in der Umfrage auch die Meinung, dass derartige Begutachtungen nicht zum Aufgabengebiet des Fachs gehören. Angesichts des hohen Anteils von Traumata, Intoxikationen und Entzugssyndromen psychotroper Substanzen kommt der Rechtsmediziner dafür jedoch durchaus in Betracht, da er naturgemäß über ein vielfältiges Spektrum von Erfahrungen auf diesen Gebieten verfügt.

Einige rechtsmedizinische Institute führen diese Untersuchungen sogar sehr oft durch. So werden in Hamburg jährlich etwa 2500 und in Bremen mehr als 800 Beurteilungen der Gewahrsamstauglichkeit erstellt. Etwas weniger häufig, aber regelmäßig werden diese Untersuchungen auch von den rechtsmedizinischen Instituten Heidelberg, Essen und Magdeburg durchgeführt.

Bei der Auswertung der Kategorien der Gewahrsamstauglichkeit in Halle zeigte sich im Zeitraum 2006-2010 ein deutliches Überwiegen (60,4 %) der Fälle, in denen die Gewahrsamstauglichkeit nur unter Erteilung verschiedener Auflagen erteilt wurde. Nicht selten wurden dabei auch mehrere Maßnahmen gleichzeitig empfohlen, um das Risiko einer Gesundheitsschädigung zu minimieren. Am häufigsten kam dabei die Vorgabe eines engmaschigeren Kontrollintervalls zur Anwendung.

Laut Gewahrsamsordnung müssen in Sachsen-Anhalt kranke, betrunkene und benommene Personen alle 30 Minuten und die anderen Inhaftierten stündlich kontrolliert werden (Hoffmann 2006). Von den Ärzten wurde meist ein solches halbstündliches Kontrollintervall noch ausdrücklich vorgegeben, in einigen Fällen waren jedoch noch häufigere Überprüfungen (z.B. alle 15 oder 20 Minuten) bis hin zur Dauerbeobachtung erforderlich. Da aber auch in der neuen Gewahrsamsordnung Vorgaben zur Art und Weise der Kontrollen fehlen, wurde in problematischen Fällen oft vermerkt, dass hierbei eine Prüfung der Erweckbarkeit erfolgen muss.

Eigentlich sollte es selbstverständlich sein, dass erneut ein Arzt gerufen wird, wenn sich bei den Kontrollen eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes abzeichnet. Da aber in Sachsen-Anhalt in dem dreiseitigen Dokumentationsblatt diese Möglichkeit als eventuelle Vorgabe des Arztes explizit aufgeführt ist, wurde diese Option von den Ärzten in über der Hälfte aller Fälle mit eingeschränkter Gewahrsamstauglichkeit genutzt.

Die Umsetzung der Vorgaben „Sicherstellung einer Dauermedikation“ oder „fachärztliche Vorstellung“ erfordert meist einen erhöhten polizeilichen Aufwand, der nicht immer auf sofortiges Verständnis stößt. So muss z.B. ein Medikament von den Angehörigen besorgt werden oder es ist eine Fahrt zum Krankenhaus erforderlich. Häufig hilft dann aber der Hinweis des Arztes, dass damit auch das rechtliche Risiko für alle Beteiligten reduziert wird (Heide et al. 2011). Unter den 44 Fällen, in denen eine Facharztkonsultation vor dem Verbleib im Gewahrsam erfolgte, war am häufigsten (in etwa 70 %) eine Röntgen- bzw. CT-Untersuchung zum Ausschluss eines relevanten Schädel-Hirn-Traumas erforderlich.

Eine uneingeschränkte Gewahrsamstauglichkeit konnte in Halle im Zeitraum 2006-2010 nur in weniger als einem knappen Drittel aller Fälle attestiert werden, während der Anteil der fehlenden Gewahrsamstauglichkeit unterhalb von 10 % lag. Eine ähnliche Verteilung der ärztlichen Entscheidungen fand sich bei den 2053 Fällen aus Bremen (Heide et al. 2011). Hier wurde in 55,5 % der Fälle die Bescheinigung der medizinischen Tauglichkeit von Maßgaben abhängig gemacht. 32,5 % der Personen waren uneingeschränkt gewahrsamstauglich und in 11,9 % aller Fälle lag keine Gewahrsamstauglichkeit vor. Hingegen wurde in Heidelberg sogar in 17,2 % aller Fälle eine stationäre Behandlung für erforderlich gehalten (Weber 2006), zumeist handelte es sich dabei um Personen, die in eine psychiatrische Klinik eingewiesen wurden.

In Halle/S. zeigte sich bei der ärztlichen Entscheidung über die Gewahrsamstauglichkeit auch eine gewisse Altersabhängigkeit. So wurde bei älteren Personen seltener als bei jüngeren eine uneingeschränkte Gewahrsamstauglichkeit bescheinigt. Korrespondierend nahm der Anteil der nicht gewahrsamstauglichen Personen mit steigendem Lebensalter zu.

Die Indikation Drogen-/Medikamentenentzug führte in Halle/S. ganz überwiegend zu ärztlichen Vorgaben, die insbesondere in engmaschigen Kontrollen zur Erkennung einer fortschreitenden Entzugssymptomatik und in der kontrollierten Gabe von Substitutionsmedikamenten bestanden (Heide et al. 2011). Auch bei inneren Krankheiten wurde die Gewahrsamstauglichkeit zumeist von Maßgaben abhängig gemacht, wobei oft Vorgaben zum Kontrollmodus, eine fachärztliche Konsultation vor dem Verbleib im Polizeigewahrsam und die Sicherstellung der entsprechenden Dauermedikation zur Anwendung kamen. Auch bei akuten Verletzungen waren häufig Maßgaben erforderlich, wie z.B. der Ausschluss eines relevanten Schädel-Hirn-Traumas durch eine fachärztliche Konsultation oder engmaschigen Kontrollen zur Erkennung einer eventuellen Bewusstseinstörung. Psychische Erkrankungen und Symptome führten oft zu spezifischen Vorgaben, wie z.B. die Unterbringung in einer Großraumzelle bei mutmaßlicher Claustrophobie. Bei akuten Psychosen oder konkreter Eigengefährdung ist häufig keine Gewahrsamstauglichkeit gegeben und eine stationäre Behandlung in einem psychiatrischen Krankenhaus notwendig (Weber 2006). Bei anderen spezifischen Indikationen, wie Alkoholentzugssyndrom oder Epilepsie, konnte zumeist eine einge-

schränkte Gewahrsamstauglichkeit bei engmaschigerer Überwachung und kontrollierter Medikamentengabe attestiert werden.

Beim Vergleich der Untersuchungen aus Halle/S. zeigte sich auch hinsichtlich der ärztlichen Entscheidung über die Gewahrsamstauglichkeit eine hochsignifikante Veränderung zwischen dem Zeitraum vor (1997-2003) und nach Einführung der neuen Polizeigewahrsamsordnung (2006-2010).

Der Anteil der Fälle mit eingeschränkter Gewahrsamstauglichkeit stieg vom Zeitraum 1997-2003 zum Zeitraum 2006-2010 auf über das Vierfache an. Gleichzeitig kam es zu einem deutlichen Rückgang der Attestierung einer uneingeschränkten Tauglichkeit. Diese drastischen Veränderungen müssen auf die extreme Reglementierung der medizinischen Belange des Gewahrsams mit der neuen Verordnung zurückgeführt werden.

Besonders deutlich wirkte sich diese Entwicklung unmittelbar nach Inkrafttreten der geänderten Polizeigewahrsamsordnung aus. Der im Jahr 2006 deutlich höhere Anteil an nicht gewahrsamstauglichen Personen ist als Ausdruck einer vorübergehenden Verunsicherung der Ärzte zu interpretieren. Diese bemühten sich zunächst wortgetreu den „dringenden Empfehlungen“ der neuen Verordnung zu folgen und veranlasseten die sofortige Konsultation des ärztlichen Notdienstes oder eine Verbringung in ein Krankenhaus, obwohl es aus medizinischer Sicht nicht notwendig gewesen wäre. In der Folge kam es zu erheblichen Irritationen und Unverständnis bei allen Beteiligten. Insbesondere in den Notaufnahmen der Krankenhäuser und von den Notärzten wurde auf die eigentliche Zweckbestimmung und Beschränkung ihres Aufgabebereiches für tatsächliche Notfälle verwiesen.

In der weiteren Folge entwickelten sich verschiedene Adaptations- und Kompensationsmechanismen bei den Ärzten und Polizeibeamten (Heide et al. 2007). Alle zehn Fälle, in denen bei einer akuten Alkoholisierung trotz fehlender Gewahrsamstauglichkeit ärztlicherseits keine Indikation für eine stationäre Behandlung gesehen wurde, waren im Jahr 2006 zu verzeichnen. Manche Polizeibeamte zögerten die Arztvorstellung sogar so weit hinaus, bis schließlich die Atemalkoholkonzentration unter zwei Promille gesunken war.

Nach dieser turbulenten Phase wurde vom Hallenser Ärzteteam nach eingehender Beratung wieder dazu übergegangen, die Entscheidung über das Vorliegen oder Fehlen der medizinischen Tauglichkeit für den Polizeigewahrsam ausschließlich nach der konkreten klinischen Symptomatik zu treffen. Dafür erfolgte auch eine entsprechend umfangreiche schriftliche Dokumentation, so wie es in einer Stellungnahme der Ärztekammer Sachsen-Anhalt bei einem Abweichen von den „dringenden Empfehlungen“ der neuen Gewahrsamsordnung vorgeschlagen wurde (Heide et al 2007).

Ausdruck dieser Entwicklung ist der ab 2007 zu beobachtende Rückgang der Fälle mit fehlender Gewahrsamstauglichkeit, einhergehend mit einer moderaten Abnahme eingeschränkter und einem Anstieg uneingeschränkter Tauglichkeit. Im Unterschied zum Zeitraum vor Einführung der neuen Verordnung wurde jedoch auch weiterhin die Gewahrsamstauglichkeit größtenteils nur noch unter Auflagen festgestellt.

Damit hat in der langfristigen Entwicklung die strenge Reglementierung auch zu positiven Effekten geführt. Insbesondere bei problematischen Fällen wird nun viel öfter durch die Ärzte den Polizeibeamten die Frequenz und Art der Kontrollen vorgegeben und ausdrücklich darauf hingewiesen, was es darüber hinaus zu beachten gilt. Die Polizisten sind für die ärztlichen Maßgaben stärker sensibilisiert worden, auch wenn damit häufig eine verstärkte dienstliche Belastung verbunden ist.

Der Vergleich der Untersuchungen der Gewahrsamstauglichkeit in Halle/S. zwischen den Zeiträumen 1997-2003 und 2006-2010 hat verdeutlicht, dass die Veränderung der gesetzlichen Grundlagen die Praxis der medizinischen Belange des Gewahrsams entscheidend beeinflusst. Dies zeigte sich nicht nur in der Frequenz, sondern auch bei den Indikationen und den Resultaten der ärztlichen Untersuchung.

Aus einer vergleichenden Untersuchung zwischen Bremen und Halle/S. (Heide et al. 2011) wird ersichtlich, dass vor 2006 bei den Indikationen und den Entscheidungen über die Gewahrsamstauglichkeit deutliche Unterschiede zwischen beiden Städten zu verzeichnen waren. Wahrscheinlich waren die Abweichungen bei den Kategorien der Gewahrsamstauglichkeit darauf zurückzuführen, dass bis dahin in Bremen die medizinischen Belange stärker reglementiert waren.

Nach Einführung der neuen Gewahrsamsordnung in Sachsen-Anhalt mit ihren einschneidenden Veränderungen kam es bei weiter fortbestehenden unterschiedlichen Indikationen zu einer weitgehenden Angleichung der Kategorien der ärztlichen Entscheidung, da jetzt in beiden Städten die Gewahrsamstauglichkeit meistens von verschiedenen Maßgaben abhängig gemacht wird (Heide et al. 2011).

Seit Etablierung des Ärzteteams im Jahr 1997 sind in Halle/S. keine schwerwiegenden Gesundheitsschädigungen und keine Todesfälle im Polizeigewahrsam zu verzeichnen gewesen.

Mit Sicherheit trug dazu auch die zunehmende Erfahrung der Ärzte bei der Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit bei. Dabei waren regelmäßige Fortbildungen hilfreich, in denen auch besonders problematische Fälle diskutiert wurden. Es erwies sich als günstig, dass das Hallenser Team aus Ärzten verschiedener Fachrichtungen besteht, da häufig auch der telefonische Ratschlag des betreffenden Fachkollegen zur richtigen Entscheidung beigetragen hat.

Weltweit besteht jedoch im Polizeigewahrsam ein hohes Risiko für erhebliche Gesundheitsgefährdungen und auch Todesfälle (Payne-James 2000, Editorial in The Lancet 1993), da die festgenommenen Personen oft deutlich intoxikiert sind oder vorher in körperliche Auseinandersetzungen verwickelt waren.

Unzureichende gesetzliche Regelungen und Untersuchungsbedingungen in Deutschland tragen nicht gerade zur Reduktion dieses Risikos bei.

Bei der Studie über die Todesfälle im Polizeigewahrsam (Heide et al. 2009a) zeigte sich jedoch, dass Deutschland mit 128 Fällen innerhalb von zehn Jahren, bezogen auf die Einwohnerzahl, gegenüber vergleichbaren Studien aus anderen Ländern verhältnismäßig gut da steht (Tab. 6).

Land (Autor)	Zeitraum	Einwohnerzahl in Millionen	Todesfälle im Polizeigewahrsam	Sterberate (jährlich pro Mil- lionen Einwohner)
Deutschland (Heide et al. 2009a)	1993-2003	82,5	128	0,14
England und Wales (Johnson 1982)	1970-1979	52,4	244	0,46
Finnland (Tiainen und Penttila 1986)	1975-1984	5,2	105	2,02
Ontario (Kanada, Giles und Sandrin 1992)	1980-1990	9,7	93	0,87
Australien (Mc Donald und Thomson 1993)	1980-1989	16,0	142	0,89
Niederlande (Blaauw et al. 1997)	1983-1993	16,3	59	0,33
Ontario (Kanada, Wobeser et al. 2002)	1990-1999	9,7	58	0,60

Tab. 6: Studien über Todesfälle im Polizeigewahrsam mit Zeiträumen von 10 oder 11 Jahren (nach Heide et al. 2009a)

Zum Teil erheblich höhere Sterberaten im Polizeigewahrsam waren z.B. in Finnland (Tiainen und Penttila 1986), Ontario (Kanada; Giles und Sandrin 1992) und Australien (Mc Donald und Thomson 1993) zu verzeichnen.

Überraschenderweise muss man konstatieren, dass hierzulande längst nicht alle Todesfälle im Polizeigewahrsam obduziert werden. Ein Grund dafür könnte neben dem Kostenreduzierungsbedürfnis der Ermittlungsbehörden auch die unterschiedliche gesetzliche Regelung in den verschiedenen Bundesländern sein. So unterbleibt zum Beispiel in Mecklenburg-Vorpommern offensichtlich eine kriminalpolizeiliche Untersuchung, wenn der Verantwortliche der Meinung ist, dass ein natürlicher Tod zweifelsfrei festgestellt wurde. Es ist völlig unverständlich, dass in diesem Zusammenhang auf ein Obduktionsergebnis verzichtet wird. Gerade wegen häufig erst später erhobener Schuldvorwürfe ist die exakte Feststellung der Todesursache unabdingbar. Auch bei noch so sorgfältig durchgeführter Leichenschau ist es nicht möglich, eine letale Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenintoxikation, die in Deutschland (Heide et al. 2009a) immerhin 43,3 % aller Fälle ausmacht, auszuschließen.

Bei dieser Studie über die Todesfälle im Polizeigewahrsam in Deutschland konnte in 60 von den 128 Fällen anhand der Obduktionsunterlagen eine weitere Auswertung erfolgen. Soweit möglich, wurden auch nachfolgende medizinische Gutachten und die Ermittlungsakten der Staatsanwaltschaften hinzugezogen. Für jeden einzelnen Fall erfolgte dann ein Vergleich mit den Bestimmungen der jeweiligen Polizeigewahrsamsordnung, so dass eine fundierte Mängelanalyse durchgeführt werden konnte.

In ca. 27 % der Fälle ergab diese retrospektive Auswertung, dass der Tod auch bei Einhaltung aller Sorgfalt sehr wahrscheinlich nicht vermeidbar gewesen wäre. Dazu zählten zum Beispiel Todesfälle infolge von Herzmuskelentzündung, bei denen die Betroffenen vor und während des Gewahrsams keine typischen Beschwerden geäußert haben. Auch gab es mehrere Suizide durch Erhängen, bei denen zuvor von Zeugen und Polizeibeamten keinerlei psychische Auffälligkeiten beobachtet wurden. Schließlich gab es den Fall einer tödlichen Kokainintoxikation, bei welchem der Betroffene kurz vor der polizeilichen Festnahme ein Drogenpäckchen verschluckt hatte, welches dann während des Aufenthaltes in der Zelle im Dünndarm platzte.

In der überwiegenden Anzahl der untersuchten Fälle waren jedoch erhebliche Mängel im Handeln von Ärzten und Polizeibeamten ersichtlich und es hätten guten Chancen für die Vermeidbarkeit der Todesfälle bestanden, wenn z.B. eine frühzeitige Krankenhauseinweisung realisiert worden wäre.

In ca. zwei Drittel der Fälle, in denen eine Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit durch einen Arzt erfolgte, fanden sich Mängel in unterschiedlichen Bereichen der ärztlichen Tätigkeit. Am häufigsten traten Fehler in der Diagnostik bzw. der Veranlassung der Krankenhausaufnahme auf. So wurden allein vier

bewusstlose oder nicht ansprechbare Personen auch nach der ärztlichen Untersuchung im Gewahrsam belassen, die letztendlich alle an einer Alkoholvergiftung verstarben. Nicht selten waren auch Männer mit deutlich erkennbaren Kopfverletzungen (z.B. Kopfplatzwunde und Nasenbluten bei einem später letal ausgegangenen Subduralhämatom) als gewahrsamstauglich eingeschätzt worden. Weitere Mängel bestanden in unzureichenden Anweisungen an die Polizei (z.B. Verlängerung des Kontrollintervalls) und eklatanten Dokumentationsmängeln.

In über der Hälfte der 60 Fälle gab es Fehler auf Seiten der Polizeibeamten. Meistens handelte es sich um die ausgebliebene Hinzuziehung eines Arztes, obwohl die entsprechenden gesetzlichen Vorschriften eindeutig als erfüllt anzusehen waren. Relativ häufig waren auch Mängel im qualitativen Kontrollmodus. So wurde ein „verzögertes Ausschlafen des Rauschzustandes“, nämlich über 14 Stunden, als normal angesehen (Todesursache: Subduralhämatom) oder ein über die Sprechanlage der Zelle abgehörtes terminales Schnarchen bei einem Epiduralhämatom als „ruhiger gesunder Schlaf“ fehlinterpretiert worden. Oft wurde auch das vorgegebene Kontrollintervall nicht eingehalten, so dass z.B. ein Mann erst sechs Stunden nach dem Todeseintritt in der Zelle aufgefunden wurde. Weitere Mängel waren die ungenügende Mitteilung der Vorgeschichte durch die Polizeibeamten (z.B. Verschweigen eines beobachteten Sturztrunkes bei einer tödlichen Alkoholintoxikation) und eine ungenügende Durchsuchung bei der Aufnahme in den Gewahrsam, wodurch z.B. ein Inhaftierter mit einer Drogensubstitutionstherapie in der Zelle eine mitgeführte tödliche Methadondosis zu sich nehmen konnte.

Organisationsmängel im Ablauf der Gewahrsamsnahme und der medizinischen Vorstellung, aber auch in der Belegung und Ausstattung der Zellen waren in 16,6 % der 60 Todesfälle zu beobachten. So lehnten z.B. Rettungssanitäter ohne Arztkonsultation die Verbringung von Personen in ein Krankenhaus ab, obwohl diese z.B. hochgradig alkoholisiert bzw. nicht ansprechbar (Todesursache: Alkoholintoxikation) oder auch erkennbar verletzt (Todesursache: Schädel-Hirn-Trauma) waren. In zwei weiteren Fällen mit letalen Alkoholvergiftungen wurde die stationäre Aufnahme zuvor durch nachgeordnetes Krankenhauspersonal entschieden abgelehnt. Im Fall des einzigen Tötungsdelikts war eine Gewahrsamszelle mehrfach belegt, so dass nach einer zunächst verbalen Auseinandersetzung ein Zelleninsasse den anderen erwürgen konnte.

Im Schrifttum finden sich bei Studien über Todesfälle im Polizeigewahrsam nur selten genauere Angaben über die Häufigkeit von vorangehenden Arztkonsultationen und eventuell aufgetretenen Mängeln. In der deutschen Studie war in 38,3 % aller Fälle ein Arzt zur Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit hinzugezogen wurden (Heide et al. 2009a). In Dänemark und den Niederlanden lag dieser Anteil mit 46 % (Segest 1987) und 42 % (Blaauw 1997) etwas höher.

In den Niederlanden werden vermeintliche Übergriffe seitens der Polizei und Todesfälle im Polizeigewahrsam sogar durch eine spezielle Organisationseinheit der Polizei, die sog. Rijksrecherche, untersucht. Dabei wird unter Einbeziehung des Obduktionsergebnisses, Zeugenbefragungen und einer Besichtigung der Gewahrsamszelle die Vermeidbarkeit des fatalen Ausgangs analysiert, die dann die Grundlage für die Erarbeitung präventiver Empfehlungen bilden. Blauuw (1997) sieht im Ergebnis dieser Untersuchungen vor allem die Unterschätzung des Schweregrades bei Intoxikationen, das Übersehen von Verletzungen und Kommunikationsprobleme zwischen Arzt und Polizeibeamten als wesentliche Mängel in der Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit an.

Angesichts der erheblichen Risiken vor dem Hintergrund der unzureichenden gesetzlichen Regelung und ärztlichen Zuständigkeit in Deutschland stellt sich die Frage, welche juristischen Konsequenzen einen Arzt drohen können, wenn er einerseits die Untersuchung der Gewahrsamstauglichkeit verweigert oder andererseits fehlerhaft eine medizinische Tauglichkeit für den Polizeigewahrsam bescheinigt.

Strafrechtlich wäre im ersten Fall an eine Strafbarkeit gemäß § 323c Strafgesetzbuch wegen unterlassener Hilfeleistung in Betracht zu ziehen. Diese Norm kommt jedoch nicht zur Anwendung, wenn es lediglich um die Feststellung der Gewahrsamstauglichkeit geht. Dabei handelt es sich nicht um einen tatsächlichen Unglücksfall, der erhebliche Gefahren für Menschen hervorruft oder hervorzurufen droht und damit eine „Hilfeleistung“ überhaupt notwendig macht. Entgegen der Ansicht von Kiesecker (1999) gilt dies auch, wenn zuvor eine Notfallbehandlung erfolgt ist. Denn diese Behandlung stellt die erforderliche Hilfe dar. Eine darüber hinausgehende Feststellung der Gewahrsamsfähigkeit ist nicht auf die Abwehr weiterer, aus dem Unglücksfall herrührender Schäden gerichtet und deshalb nicht „erforderlich“ im Sinne von § 323c Strafgesetzbuch (Heide et al. 2010a).

Im zweiten Fall kommt strafrechtlich eine fahrlässige Körperverletzung gemäß § 229 oder fahrlässige Tötung gemäß § 222 des Strafgesetzbuches in Betracht, wenn der Arzt die Gewahrsamstauglichkeit fehlerhaft bejaht hat und ein gesundheitlicher Schaden entstanden ist, der z.B. bei stationärer Einweisung nicht entstanden wäre. In der Praxis sind strafrechtliche Konsequenzen für den beurteilenden Arzt jedoch eher selten zu befürchten, selbst wenn nachweisbar ist, dass seine Untersuchung mangelhaft, d. h. entgegen den anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführt wurde.

In einer nachfolgenden Studie wurden auch die strafrechtlichen Konsequenzen der Todesfälle im Polizeigewahrsam in Deutschland im Zeitraum 1993-2003 betrachtet (Heide et al. 2009b).

Bei 60 Todesfällen waren in etwa 40 % Ermittlungsverfahren gegen Ärzte, Polizeibeamte, Rettungssanitäter und eine Krankenschwester eingeleitet worden. Die Auswertung zeigte, dass bei Todesfällen im Poli-

zeigewahrsam in Deutschland die konkreten Strafaussprüche, soweit es überhaupt dazu kam, sehr maßvoll waren, nicht zuletzt aufgrund der hohen Beweiswertansprüche des deutschen Strafrechts.

Zum Beispiel verstarb in Sachsen-Anhalt ein 38-jähriger Mann 14 Stunden nach der Verbringung in eine Polizeizelle an einem Schädel-Hirn-Trauma mit Schädelbruch und epiduraler Blutung. Ein Arzt hatte bei der Aufnahme die Gewahrsamstauglichkeit attestiert, obwohl der Mann bei der Untersuchung nach Zeugenangaben kaum ansprechbar war. Die nachfolgenden Kontrollen durch die Polizeibeamten waren sowohl in quantitativer als auch qualitativer Hinsicht völlig unzureichend. Die Polizisten hatten auf eine erneute Arztvorstellung verzichtet, obwohl der Mann bei mehreren Kontrollen nicht mehr erweckbar war.

Die Ermittlungsverfahren gegen zwei Beamte wurden mangels hinreichendem Tatverdacht (§ 170 Absatz 2 Strafprozessordnung) durch die Staatsanwaltschaft eingestellt. Eine fahrlässige Tötung konnte nicht bewiesen werden, da nicht mit der für das Strafrecht notwendigen Sicherheit nachweisbar war, dass der Todeseintritt durch ärztliche Hilfe hätte verhindert werden können. Auch der Tatbestand der unterlassenen Hilfeleistung wurde von der Staatsanwaltschaft als nicht erfüllt angesehen, da die Polizisten davon ausgingen, dass der Mann seinen Rausch ausschloß.

Auch das Ermittlungsverfahren gegen den Arzt wurde letztendlich ebenfalls eingestellt, da der Mediziner für den Untersuchungszeitpunkt ein deutlich anderes Zustandsbild schilderte, als es von den Polizeibeamten angegeben worden war. Somit stand Aussage gegen Aussage und der Zweifelsgrundsatz „in dubio pro reo“ kam zum Tragen (Heide et al. 2010b).

Die deutschlandweite Untersuchung zeigte, dass drei Viertel aller derartigen Ermittlungsverfahren mangels hinreichendem Tatverdacht eingestellt werden, da meistens ein für den Todeseintritt kausales Fehlverhalten nicht mit der erforderlichen Sicherheit zu belegen ist. In einem Fall einer tödlichen Alkoholvergiftung (Blutalkoholkonzentration: 5,15 ‰) kam die Staatsanwaltschaft unter Verzicht auf ein sachverständiges Gutachten zu der Ansicht, dass das Ausmaß des getrunkenen Alkohols für den Arzt nicht erkennbar gewesen sei, obwohl bei der vier Stunden vor dem Tod durchgeführten Untersuchung der Mann bereits nicht mehr ansprechbar war.

Zweimal wurde das Verfahren gegen Auflagen (§ 153a Strafprozessordnung: vorläufige Einstellung der Klage bei geringer Schwere der Schuld mit Leistung einer Geldbuße) eingestellt. In einem Fall mit einem tödlichen Schädel-Hirn-Trauma musste der Arzt 1500 Euro zahlen, da er die Gewahrsamstauglichkeit attestiert hatte, obwohl laut Zeugenbeobachtungen der Mann zunächst nicht ansprechbar war und dann über Kopfschmerzen klagte. In dem anderen Fall mit einer letalen Alkohol- und Medikamentenvergiftung bescheinigte der Arzt die medizinische Tauglichkeit, obwohl schon zum Zeitpunkt der Untersuchung eine

schwere Rauschsymptomatik vorlag. Schließlich wurde das Verfahren gegen die Zahlung von 1000 Euro eingestellt.

Der einzige Fall mit einer rechtskräftigen Verurteilung betraf einen Arzt, der die Gewahrsamstauglichkeit als gegeben ansah, obwohl bei der Untersuchung eine Prellmarke am Kopf ersichtlich war und der Mann in die Zelle getragen werden musste. Bei der Obduktion wurde als Todesursache ein Subduralhämatom festgestellt. Im rechtsmedizinischen Gutachten wurde ausgeführt, dass bei einer chirurgischen Intervention das Leben mit hoher Wahrscheinlichkeit gerettet hätte werden können. Die Staatsanwaltschaft erteilte einen Strafbefehl mit einer Geldstrafe (9000 €) wegen fahrlässiger Körperverletzung durch Unterlassen. Demnach stellte der Verzicht auf weitere Untersuchungen oder Überwachungsmaßnahmen einen klaren Verstoß gegen die Regeln der ärztlichen Kunst dar. Der Arzt legte Einspruch gegen diesen Strafbefehl ein. Nach den nachvollziehbaren Darlegungen des Sachverständigen in der Gerichtsverhandlung wurde der Einspruch jedoch zurückgenommen.

Insgesamt ist also die Gefahr strafrechtlicher Konsequenzen bei fehlerhafter Bescheinigung der Gewahrsamstauglichkeit eher als marginal einzuschätzen. Ein größeres Risiko für den Mediziner ergibt sich jedoch aus einer möglichen zivil- oder berufsrechtlichen Ahndung. Ein eventuelles berufsgerichtliches Verfahren wird von Ärzten wegen der von vornherein ungünstigeren Beweisansprüche und aufgrund der weitreichenden Folgen ohnehin mehr als das Strafverfahren gefürchtet (Lilie 2008). Zivilrechtlich kommt eine Haftung aus Vertrag und/oder unerlaubter Handlung in Betracht (Krüger 2008). Für die Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit ist auch zu beachten, dass bereits die Übernahme einen Sorgfaltsverstoß im Sinne eines Übernahmeverschuldens darstellen kann, wenn diese Begutachtung ohne entsprechende Kenntnisse und Fertigkeiten vorgenommen wird (Heide et al. 2010a).

Wie bei jeder ärztlichen Tätigkeit ist auch bei der Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit die Prüfung des individuellen Versicherungsschutzes empfehlenswert. Schließt der Arzt eine Zuständigkeitsvereinbarung für diese Tätigkeit mit der Polizei ab, sollte eine Nachfrage bei seiner allgemeinen Berufshaftpflichtversicherung erfolgen (Heide et al. 2010a).

6. Schlussfolgerungen und Lösungsansätze:

Auf der Ebene der allgemeinen Organisation und der gesetzlichen Regelung des Polizeigewahrsams besteht in Deutschland dringender Handlungsbedarf. Dazu ist eine Überarbeitung der gesetzlichen Grundlagen, die die medizinischen Aspekte des Polizeigewahrsams betreffen, notwendig.

Nur in wenigen Bundesländern ist in den polizeilichen Gewahrsamsordnungen verankert (Heide et al. 2005), dass eine aus ärztlicher Sicht insbesondere bei traumatisierten und deutlich intoxikierten Personen notwendige Überprüfung der Erweckbarkeit bei den Kontrollen erfolgen muss. In Hamburg müssen die Personen mindestens halbstündlich durch einen erfahrenen Beamten kontrolliert werden. Sollten sie schlafen, müssen die Inhaftierten wachgerüttelt und angesprochen werden. Bei den Kontrollen ist jeweils zu prüfen, ob Umstände eingetreten sind, die eine ärztliche oder sonstige Hilfe notwendig machen. In Bremen ist bei betrunkenen oder sonstigen hilflosen Personen durch Ansprache zu prüfen, ob sie reagieren. Bei fehlender Reaktion muss versucht werden, die Person aufzuwecken. Gelingt dies nicht, muss ein Notarzt hinzugerufen werden. Solche Vorgaben zur Prüfung der Ansprechbarkeit oder Erweckbarkeit sollten in den Gewahrsamsordnungen aller Bundesländer fixiert werden, auch wenn dies von den in Gewahrsam genommenen Personen als störend empfunden wird. In der neuen Polizeigewahrsamsordnung von Sachsen-Anhalt wurde trotz umfangreicher medizinischer Reglementierung auf eine solche Festlegung wiederum verzichtet (Heide et al. 2007).

Es müsste eigentlich selbstverständlich sein, dass bewusstlose Personen als medizinischer Notfall einzustufen sind und nicht in den Polizeigewahrsam gehören. In Bayern ist vorgegeben, dass bewusstlose Personen in kürzeren Zeitabständen zu kontrollieren oder einer Dauerbeobachtung zu unterziehen sind. Solche Anordnungen, die die Aufnahme bewusstloser Personen explizit sanktionieren, müssen unbedingt geändert werden.

Auch die Vorschriften zur Häufigkeit von Kontrollen bedürfen in einigen Bundesländern einer Präzisierung. Der weit auslegbare Modus mit „regelmäßigen“ Kontrollen (z.B. in Baden-Württemberg oder Sachsen) oder „in angemessenen Zeitabständen“ (z.B. in Thüringen) muss durch konkrete zeitliche Festlegungen ersetzt werden (Heide et al. 2005).

Bei Überarbeitungen von Gewahrsamsordnungen sollte auch berücksichtigt werden, dass ausreichende Untersuchungsbedingungen und die Möglichkeit der Erteilung von Auflagen durch den Arzt festgeschrieben werden (Fischer 2005, Chariot et al. 2008., Elsing et al. 2001, Heide et al. 2011). Die Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit muss in einem ausreichend beheizten und genügend beleuchteten Raum stattfinden, in dem sich die Möglichkeit zur Untersuchung am liegenden Probanden bietet.

Änderungsbedarf in der gesetzlichen Regelung und in den Regionalstrukturen besteht insbesondere für die Fälle, in denen keine Gewahrsamstauglichkeit vorliegt. Eine Vorschrift über das Verbleiben in der Gewahrsamszelle bei polizeilicher Notwendigkeit aber fehlender medizinischer Tauglichkeit (z.B. wie in Mecklenburg-Vorpommern oder Nordrhein-Westfalen) macht die ärztliche Entscheidung über die Gewahrsamstauglichkeit eigentlich überflüssig (Heide et al. 2005).

Die Verantwortung für Gesundheit und Leben von nicht gewahrsamstauglichen Personen kann nicht an medizinische Laien, wie Polizeibeamte, übertragen werden. Auch im Zeitalter von permanenter Kostenoptimierung im Gesundheitswesen müssen für solche Fälle angemessene regionale Lösungen, wie z.B. zentrale, medizinisch überwachte Gewahrsamseinheiten oder Vereinbarungen mit den Krankenhäusern erarbeitet werden (Fischer 2005, Elsing et al. 2001, Weber 2006, Heide et al. 2011). Die in der neuen Gewahrsamsordnung von Sachsen-Anhalt seitens des Innenministeriums weit gefasste Definition von Symptomen und Zuständen, die gegen die Gewahrsamstauglichkeit sprechen, reicht dafür keinesfalls aus (Heide et al. 2007). Wenn die in manchen Fällen durchaus verständliche polizeiliche Notwendigkeit der Verwahrung besteht, muss dann eben eine Bewachung durch Polizisten im Krankenhaus erfolgen.

Auch die Ausstattung von Gewahrsamseinrichtungen kann durch geeignete Bau- und Überwachungsmaßnahmen zur Prävention von Gesundheitsrisiken und Todesfällen beitragen. So sollten die Liegen so beschaffen sein, dass keine Gefahr von gefährlichen Stürzen besteht. In der Zelle sollten keine Strukturen vorhanden sein, die den Inhaftierten eine Möglichkeit der Befestigung eines Strangwerkzeuges (z.B. Bekleidung) für einen Suizidversuch bieten. Die Belegung einer Gewahrsamszelle mit mehreren Personen ist vor allem bei Großveranstaltungen (z.B. bei Fußballspielen oder Rockkonzerten) nicht immer vermeidbar. Durch die Einführung einer generellen Videoüberwachung (Norfolk 1998) können aber u. a. mögliche Auseinandersetzungen zwischen den Zelleninsassen schneller entdeckt und beendet werden.

Im Gegensatz zur Nutzung von einzelnen Zellen im Routineablauf eines Polizeireviers ist in zentralen Gewahrsamseinrichtungen das Personal nicht in andere Dienstaufgaben involviert, wodurch sie sich auf die notwendigen Kontrollen konzentrieren können. Im zentralen Polizeigewahrsam Halle/S. sind die Beamten im Schichtsystem ausschließlich für den Gewahrsam zuständig und ein in der Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit erfahrener Arzt ist ständig erreichbar. Dadurch hat sich ein funktionierendes, gleichermaßen von Ärzten und Polizei akzeptiertes System etabliert.

Auch in anderen deutschen Großstädten wurde nach Möglichkeiten gesucht, die medizinischen Rahmenbedingungen des Polizeigewahrsams zu verbessern. So wurde nach mehreren Todesfällen im Gewahrsam in Hamburg 1974 die Zentralambulanz für Betrunkene eingerichtet, in der die Ausnüchterung unter Aufsicht von medizinisch ausgebildeten Rettungsassistenten der Berufsfeuerwehr stattfindet. Dadurch konnte die Betreuung von alkoholisierten Personen verbessert und gleichzeitig eine Entlastung für Polizei und Krankenhausambulanzen erreicht werden (Lieske und Püschel 1986). 2001 wurden jedoch aufgrund von Sparmaßnahmen die Öffnungszeiten von 24 auf 12 Stunden zurückgefahren, so dass die Zahl der aufgenommenen Personen gegenüber dem Vorjahr um fast die Hälfte zurückging (Weber 2006).

In Dortmund wird seit 1996 eine kontrollierte Ausnüchterung in drei gesonderten Krankenzimmern unter Aufsicht von Ärzten und Pflegepersonal durchgeführt. Aufgrund der fehlenden direkten Anbindung an die Polizei kam es jedoch wiederholt zu Übergriffen der betrunkenen Personen auf das Personal (Weber 2006).

In Greifswald wurden mit Fertigstellung des neuen Klinikums im Bereich der zentralen Notaufnahme auch zwei Überwachungsräume für alkoholisierte Personen eingerichtet, die mit entsprechender sanitärer und überwachender Technik ausgestattet sind (Fischer 2005).

In Stuttgart gibt es seit 2001 eine zentrale Ausnüchterungseinheit im Polizeigewahrsam. Tagsüber wird die medizinische Versorgung von Klinikärzten oder niedergelassenen Medizinern wahrgenommen. Nach 19.00 Uhr ist der Ausnüchterungstrakt mit einem Arzt und einer Pflegekraft besetzt. Dazu gibt es einen Pool von 15 Ärzten, die von der Polizei Pauschalbeträge erhalten. Die Zellen, in denen bis zu 15 Personen untergebracht werden können, sind mit Videokameras und Gegensprechanlagen ausgestattet. Mögliche Auffälligkeiten können damit auch zwischen den Kontrollgängen im zentralen Videüberwachungsraum erfasst werden. (Weber 2006).

Natürlich werden sich solche zentralen Strukturen insbesondere im ländlichen Bereich nicht überall realisieren lassen. Es muss dann eben nach spezifischen regionalen Lösungen gesucht werden, um die medizinische Betreuung von Personen im Polizeigewahrsam zu verbessern. Fischer (2005) betont, dass in Mecklenburg-Vorpommern oft letztlich unbefriedigende Kompromisslösungen zwischen Gesundheitsämtern, Polizeidirektionen und Krankenhäusern ausgehandelt wurden. In Übereinstimmung mit Fischer (2005) ist zu fordern, dass die Schaffung geeigneter Regionalstrukturen stärker durch die Innen- und Sozialministerien unterstützt werden muss. Dazu müssten jedoch auch die entsprechenden gesetzlichen Grundlagen geändert werden.

Aus medizinischer Sicht ist zum Beispiel die Sonderregelung in der Polizeigewahrsamsordnung von Bayern bedenklich. Demnach kann bei nicht durchgehend besetzten Dienststellen, wenn „nach den Umständen des Falles mit keiner Gefahr zu rechnen ist“, zwischen 21.00 und 07.00 Uhr auf Kontrollen verzichtet werden, wenn sich der „Polizeihäftling“ durch Rufen, Klopfen oder Klingeln bemerkbar machen kann (Heide et al. 2005). Es ist durchaus vorstellbar, dass der Beamte einen Festgenommenen mit Schädel-Hirn-Trauma während des symptomfreien Intervalls in die Zelle sperrt. Tritt dann eine zunehmende Bewusstseinsstrübung ein, ist dessen Chance, sich bemerkbar zu machen, wohl nicht mehr gegeben. Auf derartige risikoträchtige Regelungen in den Gewahrsamsordnungen sollte verzichtet werden, auch wenn in der Konsequenz der Polizeihäftling dann in die nächste, durchgängig besetzte Polizeistation transportiert werden muss.

Der hohe Anteil von Intoxikationen und Traumata bei Todesfällen im Gewahrsam sollte Anlass sein, Personen mit Kopfverletzungen oder deutlichen alkohol- bzw. drogenbedingten Ausfallerscheinungen grundsätzlich einem Arzt vorzustellen, der dann weiterführende Untersuchungen bzw. eine stationäre Aufnahme veranlassen kann. Die Einschätzung ob eine Verletzung „erheblich“ oder „unerheblich“ ist, kann keinesfalls allein den Polizeibeamten aufgebürdet werden, wie es z.B. in den Gewahrsamsordnungen von Rheinland-Pfalz oder Sachsen vorgesehen ist.

Ärzte, die zur Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit herangezogen werden, müssen trotz meist ungünstiger Rahmenbedingungen bei der Untersuchung die entsprechende Sorgfalt walten lassen. Gelingt auch dem Mediziner bei fremdsprachigen Personen keine ausreichende Verständigung zur Anamnese und eventuellen Beschwerden, so darf er nicht leichtfertig ein positives Votum zur Gewahrsamstauglichkeit abgeben. Schon zur eigenen Absicherung muss der Arzt dann auf die Hinzuziehung eines Dolmetschers bestehen (Heide et al. 2011).

Der Arzt sollte die wichtigsten Vorgaben der Polizeigewahrsamsordnung des jeweiligen Bundeslandes kennen, da im konkreten Fall meist eine Präzisierung notwendig ist. Zumindest die Häufigkeit und Art der Kontrollen müssen dem Mediziner bekannt sein.

Vor allem bei problematischen Fällen sollte das Attest nur unter bestimmten Auflagen erteilt werden, um das Ausmaß der eigenen ärztlichen Verantwortung zu begrenzen (Pedal 2001, Hoffmann 2006). Hier sind in erster Linie besondere Anforderungen und Hinweise für die Überwachung, aber auch Vorgaben zu Nahrungsaufnahme und Medikamenteneinnahme oder die Konsultation eines Facharztes zu nennen. Die Dokumentation über das Resultat der ärztlichen Untersuchung und eventuelle Auflagen bzw. Einschränkungen sollte schon zur eigenen Absicherung unbedingt schriftlich erfolgen, auch wenn dies nicht in allen Bundesländern ausdrücklich vorgeschrieben ist (Heide et al. 2005).

Aufgrund der unzureichenden gesetzlichen Regelung und Zuständigkeit ist die Hinzuziehung eines Arztes zur Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit nicht immer mühelos zu realisieren. Trotzdem darf insbesondere in problematischen Fällen nicht darauf verzichtet werden. Die lokalen Polizeidienststellen müssen nach Möglichkeiten suchen, die es erlauben, dass die diensthabenden Polizisten auch in der Nacht und am Wochenende zeitnah einen Arzt konsultieren können. Die Dienstvorgesetzten in den Polizeidienststellen müssen darauf achten, dass selbst bei angespannter Personalsituation durch andere Dienstverpflichtungen die vorgeschriebenen bzw. vom Arzt vorgegebenen Kontrollabstände eingehalten werden. Auch hinsichtlich der Art der Durchführung der Kontrollen besteht der Bedarf von entsprechenden Schulungen der Polizeibeamten. Bei der Aufarbeitung von Todesfällen im Polizeigewahrsam wurde nicht selten von den Polizisten angemerkt, dass sie für eine solche Überwachung gar nicht ausgebildet sind.

Es ist unbedingt notwendig, dass die Polizeibeamten dem untersuchenden Mediziner alle verfügbaren Angaben zur Vorgeschichte umfassend schildern. Insbesondere müssen Beobachtungen, wie die Einnahme von Drogen, Tabletten oder ein Sturztrunk mitgeteilt werden. Die Polizisten sollten das Attest gegenzeichnen als Bestätigung dafür, dass sie das Resultat der Untersuchung und mögliche erteilte Maßgaben verstanden haben.

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

Nach Möglichkeit sollten nur erfahrene und geschulte Ärzte für die Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit eingesetzt werden (Fischer 2005, Heide et al. 2010). Nach derzeitiger gesetzlicher Regelung können Ärzte zur Prüfung der Gewahrsamstauglichkeit jedoch nicht verpflichtet werden. Deshalb müssen die Innenministerien der Bundesländer und die Polizeidienststellen darauf hinwirken, dass mit bestimmten Ärzten oder Einrichtungen eine Zuständigkeitsvereinbarung abgeschlossen werden kann. Damit ist die ständige Verfügbarkeit eines Arztes gewährleistet und die Mediziner werden durch häufigere Auseinandersetzung mit dieser Problematik in der Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit geschult.

Auch bei Einhaltung der notwendigen Sorgfalt wird sich zukünftig nicht jeder Todesfall im Gewahrsam vermeiden lassen. Durch geeignete präventive Maßnahmen ist es aber durchaus möglich, die Anzahl von Todesfällen und relevanten Gesundheitsschädigungen im Polizeigewahrsam deutlich zu reduzieren (Blaauw et al. 1997, Elsing et al. 2001, Segest 1987). Auch in der deutschen Studie (Heide et al. 2009a) zeigte sich, dass in etwa einem Viertel aller Fälle der Tod trotz Einhaltung der entsprechenden Sorgfalt sehr wahrscheinlich nicht vermeidbar gewesen wäre. Ähnliche Erfahrungen wurden in der Hamburger Zentralambulanz für Betrunkene gemacht, wo im Zeitraum 1974-1985 bei 66.000 kontrollierten Ausnüchterungen 13 Personen verstarben (Lieske und Püschel 1986). Auch in der Stuttgarter Ausnüchterungseinheit kam es zu zwei Todesfällen, die allerdings außerhalb der ärztlichen Überwachungseinheit auftraten (Weber 2006).

In einigen deutschen Nachbarländern, wie Dänemark oder den Niederlanden, werden im Gegensatz zu Deutschland auch Statistiken über Todesfälle im Polizeigewahrsam veröffentlicht (Blaauw et al. 1997, Payne-James 2000), die konkrete Ansatzpunkte für Präventivmaßnahmen liefern können. Es erscheint eher fraglich, ob im Föderalstaat Bundesrepublik Deutschland nach dem Vorbild der Niederlande eine spezielle Untersuchungsstruktur für Todesfälle im Polizeigewahrsam durchsetzbar ist.

Es ist jedoch unbedingt zu fordern, dass zukünftig alle Todesfälle im Polizeigewahrsam obduziert werden, da nur mit einem objektiven Sektionsergebnis die Bewertung von Schuldvorwürfen und die Erarbeitung von Präventionsstrategien möglich ist.

7. Literaturverzeichnis:

- (1) Best D, Havis S, Payne-James JJ, Stark MM: Near miss incidents in police custody suites in London in 2003: a feasibility study. *J Clin Forensic Med* 13 (2006) 60-64
- (2) Blaauw E, Vermunt R, Kerkhof A: Death and medical attention in police custody. *Med Law* 16 (1997) 593-606
- (3) Blaauw E, Lulf RE: Police custody detainees and forensic medicine: use of medical resources in the cell block. *Med Law* 18 (1999) 645-651
- (4) Busuttill A, Wallace NW: Medication in police custody. *J R Soc Med* 83 (1991) 566-568
- (5) Chan TC: Medical Overview of Sudden In-Custody Deaths. In Ross DL, Chan TC (Eds): *Sudden Deaths in Custody*. Humana Press, Totowa, New Jersey, 2006, pp. 9-14
- (6) Chariot P, Martel P, Penneau M, Debout M: Guidelines for doctors attending detainees in police custody: a consensus conference in France. *Int J Legal Med* 122 (2008) 73-76
- (7) Copeland AR: Deaths in custody revisited. *Am J Forensic Med Pathol* 5 (1984) 121-124
- (8) Editorial: Three-faced practice: doctors and police custody. *The Lancet* 341 (1993) 1245-1247
- (9) Elsing C, Schlenker T, Stremmel W: Haft- und Gewahrsamsfähigkeit aus internistischer Sicht. *Dtsch Med Wochenschrift* 126 (2001) 1118-1121
- (10) Fischer L: Gewahrsamstauglichkeit und Unterbringung alkoholisierter Personen. *Ärzteblatt Mecklenburg-Vorpommern* 6 (2005) 197-200
- (11) Früchtnicht W, Birkholz M, Stiller D, Heide S: Die ärztliche Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit - Eine vergleichende Untersuchung zwischen Bremen und Halle. *Rechtsmedizin* 19 (2009) 304
- (12) Giles HG, Sandrin S: Alcohol and deaths in police custody. *Alcohol Clin Exp Res* 6 (1992) 670-672
- (13) Greiner A: Der Tod in der Polizeizelle. *Die Polizei* 90 (1999) 281-285
- (14) Heide S, Stiller D, Kleiber M: Zur Problematik der Gewahrsamstauglichkeit. *Deutsches Ärzteblatt* 12 (2003a) 791-794

- (15) Heide S, Stiller D, Henn V, Kleiber M: Attest mit Einschränkungen? – Erfahrungen aus der Praxis der Gewahrsamstauglichkeitsuntersuchung. *Rechtsmedizin* 13 (2003b) 237
- (16) Heide S, Stiller D, Kleiber M, Henn V: Ärztliche Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeits-Probleme mit dem Föderalismus. *Dtsch Med Wochenschr* 130 (2005) 1648-1652
- (17) Heide S, Kleiber M, Wilhelms E, zur Nieden K, Stiller D: Änderungsbedarf bei neuer Polizeigewahrsamsordnung. *Ärzteblatt Sachsen-Anhalt* 3 (2007) 16-18
- (18) Heide S, Kleiber M, Hanke S, Stiller D: Deaths in German police custody. *Eur J Public Health* 19 (2009a) 597-601
- (19) Heide S, Kleiber M, Stiller D: Strafprozessuale Folgen bei Todesfällen im Polizeigewahrsam. *Gesundheitswesen* 71 (2009b) 226-231
- (20) Heide S, Krüger M, Kroke S, Kleiber M, Stiller D: Gewahrsamstauglichkeitsuntersuchung – Ärztliche Pflicht und rechtliche Verantwortung. *Gesundheitswesen* (2010a) DOI 10.1055/s-0030-1254173
- (21) Heide S, Henn V, Kleiber M, Dressler J: An avoidable death in police custody? *Am J Forensic Med Pathol* 31 (2010b) 261-263
- (22) Heide S, Stiller D, Lessig R, Lautenschläger C, Birkholz M, Früchtnicht W: Medical examination of fitness for police custody in two large German towns. *Int J Legal Med* (2011) DOI 10.1007/s00414-011-0557-6
- (23) Hoffmann K: Zur Feststellung der Gewahrsamsfähigkeit. *Ärzteblatt Sachsen-Anhalt* 17 (2006) 9-12
- (24) Johnson HRM: Deaths in Custody in England and Wales. *Forensic Sci Int* 19 (1982) 231-236
- (25) Kiesecker R: Arzt und Gewahrsams-/Haftfähigkeit. *MedR* 2 (1999) 51-57
- (26) Krüger M: Überblick zum Arzthaftungsrecht. *andrologien.info* 6 (2008) 90-92
- (27) Lieske K, Püschel K: Todesfälle in der Ausnüchterungsambulanz. *Blutalkohol* 23 (1986) 289-294
- (28) Lilie H: Ärztliche Behandlungsfehler im strafrechtlichen Ermittlungsverfahren. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswesen* 9 (2008) 529-534
- (29) Mc Donald D, Thomson NJ: Australian deaths in custody, 1980-1989. *Med J Aust* 159 (1993) 581- 585
- (30) Mc Kinnon I, Grubin D: Health screening in police custody. *J Forensic Leg Med* 17 (2010) 209-212
- (31) Norfolk GA: Death in police custody during 1994: a retrospective analysis. *J Clin Forensic Med* 5 (1998) 49-54

- (32) Norfolk GA, Stark MM: Care of Detainees. In: Stark MM (Ed): A physician`s guide to clinical forensic medicine. Humana Press, Totowa, New Jersey, 2000, pp. 149-178
- (33) Ochmann A, Berghaus G: Untersuchungen über den Personenkreis von 30.000 in Gewahrsam genommenen. In: Dotzauer G, Hirschmann J: Fehldiagnose Trunkenheit. Schattauer Verlag, Stuttgart, NewYork, 1968, S. 15
- (34) Payne-James JJ: History and Development. In: Stark MM (Ed): A physician`s guide to clinical forensic medicine. Humana Press, Totowa, New Jersey, 2000, pp. 1-14
- (35) Pedal I: Todesfälle bei der Festnahme exzitierter Personen: Zum Stand der Diskussion. In: Saaternus KS, Kernbach-Wighton G (Hrsg): Fixierung erregter Personen. Todesfälle in Klinik und Gewahrsam. Schmidt-Römhild, Lübeck, 2003, S. 25-35
- (36) Pedal W: Die ärztliche Gewahrsamsfähigkeitsuntersuchung. Ärzteblatt Sachsen-Anhalt 12 (2001) 48-50
- (37) Rundschreiben Ärztekammer Südwürttemberg 2/2006
- (38) Schmidt T: Gewahrsamstauglichkeitsfeststellung. Journal KVMV 6 (2005) 6
- (39) Segest E: Police custody: deaths and medical attention. J Forensic Sci 32 (1987) 1694-1703
- (40) Stark MM, Gregory M: The clinical management of substance misusers in police custody – a survey of current practice. J Clin Forensic Med 12 (2005) 199-204
- (41) Tiainen E, Penttilä A: Sudden and unexpected deaths in police custody. Acta Med Leg Soc (Liege) 36 (1986) 281-292
- (42) Weber B: Medizinische und rechtliche Probleme des Polizeigewahrsams. Medizinische Dissertation, Heidelberg 2006
- (43) Wobeser WL, Datema J, Bechard B, Ford P: Causes of death among people in custody in Ontario, 1990-1999. CMAJ 167 (2002) 1109-1113

8. Thesen:

1.

Die Beurteilung der medizinischen Tauglichkeit für den Polizeigewahrsam ist in Deutschland teilweise unübersichtlich und nur unzureichend gesetzlich geregelt. Zwischen den Gewahrsamsordnungen der einzelnen Bundesländer gibt es teilweise gravierende Abweichungen, die auch für den Arzt von erheblicher Bedeutung sind. Eine klare ärztliche Zuständigkeit oder definierte Untersuchungsstandards lassen sich aus den Gesetzen und dem Schrifttum nicht ableiten.

2.

Die Auswertung von 1017 Untersuchungen der Gewahrsamstauglichkeit aus dem Zeitraum 2006-2010 in Halle/S. zeigte ein deutliches Überwiegen des männlichen Geschlechts und jüngerer Altersgruppen bei den Betroffenen.

3.

In über der Hälfte aller Fälle erfolgte die Arztkonsultation aufgrund akuter Alkoholisierung, gefolgt von Drogen- bzw. Medikamentenentzugssyndromen. Etwas seltener waren Traumata sowie internistische und psychische Krankheiten bzw. Symptome anzutreffen.

4.

In Halle/S. wurde in über 60 % aller Fälle die Gewahrsamstauglichkeit nur unter verschiedenen Maßgaben attestiert. Nur bei etwa einem Drittel aller untersuchten Personen konnte eine uneingeschränkte medizinische Tauglichkeit für den Gewahrsam bescheinigt werden.

5.

Der Vergleich mit 604 Untersuchungen aus dem Zeitraum 1997-2003 zeigte, dass durch die zwischenzeitliche Einführung einer neuen Gewahrsamsordnung nicht nur die Häufigkeit der ärztlichen Inanspruch-

nahme, sondern auch die Indikationen und die Entscheidung über die Gewahrsamstauglichkeit maßgeblich beeinflusst wurde.

6.

Die detaillierte Auswertung von 60 Todesfällen im Polizeigewahrsam im Rahmen einer deutschlandweiten Studie ergab, dass in der überwiegenden Zahl der Fälle gute Chancen für die Vermeidung des letalen Ausgangs bestanden hätten.

7.

Die Mängelanalyse zeigt, dass von den Polizeibeamten besonders häufig die eigentlich indizierte Hinzuziehung eines Arztes nicht realisiert wurde. Ärztlicherseits fanden sich zumeist Fehler in der Diagnostik bzw. der Veranlassung einer Krankenhausaufnahme.

8.

Außerdem waren Mängel in den Organisationstrukturen ersichtlich. In mehreren Fällen wurde z.B. die stationäre Aufnahme von traumatisierten oder hochgradig intoxikierten Personen bereits von Rettungssanitätern oder Krankenschwestern abgelehnt. In gut einem Viertel aller Fälle ergab die retrospektive Auswertung jedoch, dass der Tod trotz Einhaltung der notwendigen Sorgfalt sehr wahrscheinlich nicht vermeidbar gewesen wäre.

9.

Nicht selten wird von Ärzten die Untersuchung von festgenommenen Personen hinsichtlich der Gewahrsamstauglichkeit auch abgelehnt. Eine strafrechtliche Ahndung wegen unterlassener Hilfeleistung hat der Mediziner jedoch weniger zu befürchten, da es sich nicht um einen tatsächlichen Unglücksfall handelt. Dies gilt selbst dann, wenn er zuvor eine Notfallbehandlung durchgeführt hat. Attestiert der Arzt die medizinische Tauglichkeit fehlerhaft, käme strafrechtlich eine fahrlässige Körperverletzung oder fahrlässige Tötung in Betracht.

10.

Die deutschlandweite Analyse der strafrechtlichen Konsequenzen der Todesfälle im Polizeigewahrsam zeigt jedoch, dass diese Gefahr eher als marginal einzuordnen ist. Ein größeres Risiko für den Mediziner ergibt sich aus einer möglichen zivil- oder berufsrechtlichen Ahndung.

11.

Eine Überarbeitung der gesetzlichen Grundlagen, die die medizinischen Aspekte des Polizeigewahrsams betreffen, ist dringend notwendig. So sollten in den Gewahrsamsordnungen aller Bundesländer die Prüfung der Ansprechbarkeit und das Procedere bei fehlender Tauglichkeit festgeschrieben werden. Festlegungen in einzelnen Bundesländern, die die Aufnahme bewusstloser Personen in den Gewahrsam vorsehen, müssen unbedingt geändert werden.

12.

Ärzte, die die Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit durchführen, sollten nicht nur zur eigenen Absicherung die wichtigsten Vorgaben der Polizeigewahrsamsordnung des jeweiligen Bundeslandes kennen und die Möglichkeit nutzen, das Attest gegebenenfalls unter bestimmten Auflagen zu erteilen.

13.

Zentrale Gewahrsamseinrichtungen und die geeignete Ausstattung von Gewahrsamszellen können dazu beitragen, dass die Zahl relevanter Gesundheitsschädigungen und Todesfälle reduziert wird.

14.

Es ist erforderlich, dass alle Todesfälle im Polizeigewahrsam obduziert werden, da nur mit einem konkreten Sektionsergebnis die objektive Bewertung von Schuldvorwürfen und die Erarbeitung von Präventionsstrategien möglich ist.

9. Anlagenverzeichnis:

Anlage 1:

Ärztliche Dokumentation in der aktuellen Polizeigewahrsamsordnung von Sachsen-Anhalt (aus Hoffman K: Zur Feststellung der Gewahrsamsfähigkeit. Ärzteblatt Sachsen-Anhalt 17 (2006) 9-12)

Anlage 2:

Heide S, Stiller D, Kleiber M: Zur Problematik der Gewahrsamstauglichkeit. Deutsches Ärzteblatt 12 (2003a) 791-794

Anlage 3:

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

Anlage 4:

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

Anlage 5:

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

Anlage 6:

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

Anlage 7:

Heide S, Krüger M, Kroke S, Kleiber M, Stiller D: Gewahrsamstauglichkeitsuntersuchung – Ärztliche Pflicht und rechtliche Verantwortung. Gesundheitswesen 2010a DOI 10.1055/s-0030-1254173

Anlage 8:

Heide S, Henn V, Kleiber M, Dressler J: An avoidable death in police custody? Am J Forensic Med Pathol 31 (2010b) 261-263

Anlage 9:

Heide S, Stiller D, Lessig R, Lautenschläger C, Birkholz M, Früchticht W: Medical examination of fitness for police custody in two large German towns. Int J Legal Med (2011) DOI 10.1007/s00414-011-0557-6

Lebenslauf

- 16.11.1966 geboren in Sebnitz (Sächsische Schweiz) als Sohn von Hans Heide (Diplomchemiker) und Christiane Heide (Kindergärtnerin)
- 1973-1983 Besuch der Polytechnischen Oberschule Sebnitz mit Abschluss der 10. Klasse (Prädikat „Auszeichnung“)
- 1983-1985 Besuch der Erweiterten Oberschule Sebnitz mit Abschluss der 12. Klasse (Prädikat „sehr gut“)
- 1985 zweimonatiges Pflegepraktikum im Kreiskrankenhaus Sebnitz, Klinik für Chirurgie
- 1985-1988 Militärdienst
- 1988-1990 Medizinstudium (Vorklinik) an der Humboldt-Universität Berlin
- 1990-1994 Medizinstudium (Klinik) an der Technischen Universität Dresden
- 1993/1994 Praktisches Jahr, bestehend aus:
4 Monate Chirurgie im Diakonissenkrankenhaus Dresden
4 Monate Innere Medizin im Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt
2,5 Monate Rechtsmedizin im Universitätsklinikum Dresden
- 1994-1996 Arzt im Praktikum
1 Jahr am Institut für Rechtsmedizin, Universitätsklinikum Halle
6 Monate Klinik für Psychiatrie, Universitätsklinikum Halle
- 1996-2000 Assistenzarzt am Institut für Rechtsmedizin, Universitätsklinikum Halle
- 03.06.2000 Heirat mit Anke Heide (geb. Strobel),
Medizinisch-Technische-Assistentin
- 2000/2001 Assistenzarzt am Institut für Pathologie,
Universitätsklinikum Halle

2001	Assistenzarzt am Institut für Rechtsmedizin, Universitätsklinikum Halle
2002	Facharztanerkennung Rechtsmedizin
seit 2002	tätig als Facharzt für Rechtsmedizin am Institut für Rechtsmedizin, Universitätsklinikum Halle
2008	Ernennung zum Oberarzt
Hobbys:	Schwimmen, Bergwandern, Theater, Garten, Reisen, Schach

Danksagung

Ich möchte mich ganz herzlich bei meinen verehrten akademischen Lehrern, Herrn Prof. Dr. Manfred Kleiber, dem ehemaligen Direktor des Instituts für Rechtsmedizin Halle und seinem Amtsnachfolger, Herrn Prof. Dr. Rüdiger Lessig, für ihre umfangreiche Unterstützung bei der Erstellung der Habilitationsarbeit bedanken. Sie haben mir mit ihrer großen rechtsmedizinischen und akademischen Erfahrung immer mit Rat und Tat zur Seite gestanden und den Fortgang der Arbeit stets gefördert.

Mein Dank gilt auch meinen ärztlichen Kollegen Frau Richter und Herrn Dr. Stiller, die mich bei der Schaffung von Freiräumen zur Erstellung der Habilitationsschrift immer unterstützt haben, indem sie so manchen Fall aus der rechtsmedizinischen Routinepraxis bereitwillig übernommen haben.

Auch bei meiner lieben Ehefrau, Anke Heide, möchte ich mich von ganzen Herzen bedanken. Sie hat mich stets ermutigt, diese Arbeit fortzusetzen und großes Verständnis dafür gezeigt, dass ich zeitweise auch abends an mancher Publikation gearbeitet habe.

Mein Dank gilt auch meinen lieben Eltern und Schwiegereltern, die mich immer moralisch unterstützt haben, diese Habilitationsarbeit auch zum Abschluss bringen.

Schließlich möchte ich mich noch herzlich bei Frau Dr. Lautenschläger für die statistische Beratung und bei Frau Bothe vom Institut für Rechtsmedizin Halle für die Durchsicht der Arbeit bedanken.