

Medizinische Aspekte der Gewährsamstauglichkeit

Berücksichtigung der sächsischen Gewahrsamsordnung

Zusammenfassung

Die ärztliche Beurteilung der Gewährsamstauglichkeit stellt eine vielschichtige Problematik dar. Im vorliegenden Beitrag werden die derzeit in Sachsen bestehenden gesetzlichen Grundlagen aus medizinischer Sicht analysiert und diskutiert. Dabei wird insbesondere auf die zeitliche Befristung, die Anlässe für eine Arztkonsultation, den quantitativen und qualitativen Kontrollmodus, Festlegungen über die Hinzuziehung bestimmter Ärzte und die Notwendigkeit einer ärztlichen Dokumentation eingegangen. Für die Erarbeitung von Lösungsansätzen werden auch die praktischen Aspekte der Gewährsamstauglichkeit und die Analyse von Todesfällen im deutschen Polizeigewahrsam herangezogen.

Einleitung

Bei polizeilich festgenommenen Personen ergeben sich nicht selten Zweifel an der medizinischen Tauglichkeit für einen Verbleib im Polizeigewahrsam. Bei der praktischen Umsetzung dieser Untersuchung treten jedoch nicht nur in Deutschland mehrere überwiegend ungelöste Probleme auf. Dadurch stellt der Polizeigewahrsam weltweit einen Hochrisikobereich für relevante Gesundheits-

gefährdungen und sogar Todesfälle dar (Payne-James, JJ, 2000), die nicht selten zu einer breiten öffentlichen und kontroversen Diskussion führen. In Deutschland liegt die jährliche Rate der Todesfälle im Polizeigewahrsam gegenüber vergleichbaren Studien aus anderen Ländern überraschenderweise relativ niedrig (Heide, S; Kleiber, M; Hanke, S; Stiller, D, 2009). Im Zeitraum 1993 bis 2003 verstarben im deutschen Polizeigewahrsam insgesamt 128 Personen. Mehrere dieser Sterbefälle ereigneten sich auch in Sachsen.

Exemplarische Falldarstellung

In einer sächsischen Großstadt wurde ein 40-jähriger Mann auf einem Gehweg aufgefunden. Zunächst sei er nicht ansprechbar gewesen, wenig später gab er jedoch Kopfschmerzen an. Bei Eintreffen des Notarztes habe der Patient keine verständlichen Angaben machen können. Da keine äußeren Verletzungen ersichtlich waren, führte der Mediziner den Zustand auf eine erhebliche Alkoholisierung zurück und attestierte die Tauglichkeit für den Polizeigewahrsam. Nur wenige Stunden später wurde der Mann in der Gewahrsamszelle tot aufgefunden. Bei der Obduktion wurde als Todesursache ein Epiduralhämatom mit Schädelbruch festgestellt. Die Blutalkoholkonzentration betrug 2,29 ‰. Im Ermittlungsverfahren gegen den Notarzt war der Tatvorwurf der fahrlässigen Tötung jedoch nicht zu belegen. Aus gutachterlicher Sicht konnte nicht festgestellt werden,

dass eine sofortige Diagnostik und Behandlung den Todeseintritt mit Sicherheit verhindert hätte. Demgegenüber wurde der Tatbestand der fahrlässigen Körperverletzung als erfüllt angesehen, da sich der Gesundheitszustand durch das Unterlassen der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen weiter verschlechtert hat und etwaige Schmerzzustände verstärkt worden sind. Schließlich wurde das Verfahren gemäß § 153a StPO (Strafprozessordnung) gegen Zahlung eines Geldbetrages von 1500 Euro eingestellt. Die Angehörigen des Verstorbenen legten Beschwerde gegen die Einstellung ein. Durch die Generalstaatsanwaltschaft wurde jedoch festgestellt, dass die Entscheidung der gültigen Sach- und Rechtslage entspricht. Diese Kasuistik zeigt, dass die medizinischen, juristischen und gesellschaftlichen Aspekte der Gewährsamstauglichkeit eine vielschichtige Problematik darstellen.

Regelung der Gewährsamstauglichkeit in Deutschland und in Sachsen

Der Polizeigewahrsam wird in den Gewahrsamsordnungen und Polizeigesetzen der Bundesländer geregelt. Generelle Rechtsgrundlage des polizeilichen Gewahrsams in Sachsen ist das Polizeigesetz von 1999 (Sächs-PolG; rechtsbereinigt 2012). In § 22 des Sächsischen Polizeigesetzes ist dabei dargelegt, dass eine ärztliche Untersuchung veranlasst werden soll, wenn der Gesundheitszustand der festgenommenen Person Anlass zur

Besorgnis gibt. Aussagen zur Gewahrsamstauglichkeit finden sich auch in der Verwaltungsvorschrift des Sächsischen Staatsministeriums des Inneren von 1999 (VwV Gewahrsam).

Innerhalb von Deutschland bestehen zwischen den Polizeigesetzen und Verwaltungsvorschriften erhebliche Unterschiede, die auch die medizinischen Aspekte des Gewahrsams betreffen (Heide, S; Stiller, D; Kleiber, M; et al., 2005). Diese Abweichungen betreffen zum Beispiel die zeitliche Befristung des Gewahrsams, die Anlässe für eine Arztkonsultation, den quantitativen und qualitativen Kontrollmodus, Festlegungen über die Hinzuziehung bestimmter Ärzte und die Notwendigkeit einer ärztlichen Dokumentation. In Sachsen reicht die maximale Dauer des Gewahrsams bis zum Ende des nächsten Tages nach der Ergreifung, mit richterlicher Verfügung kann die festgenommene Person bis zu zwei Wochen in der Polizeizelle verbleiben. Während im benachbarten Brandenburg bei den Gründen für eine Arztvorstellung lediglich vier relativ unspezifische Anlässe benannt werden, sind in Sachsen zwölf detaillierte „Besorgnisgründe“ aufgeführt (Tab. 1).

In den gesetzlichen Grundlagen der einzelnen Bundesländer finden sich mitunter überhaupt keine Angaben dazu, von welchen Ärzten die Untersuchung eigentlich vorgenommen werden soll. In der sächsischen Verwaltungsvorschrift wird ausgeführt, dass niedergelassene Ärzte in An-

spruch genommen werden können. Weiterhin seien die Einrichtungen der öffentlich-rechtlichen Krankenhausträger (Universitätskliniken, Kreiskrankenhäuser und städtische Krankenhäuser) sowie die Gesundheitsämter nach den Grundsätzen der Amtshilfe verpflichtet. Die Mitwirkungspflicht der einzelnen Krankenhausärzte ergäbe sich aus ihrem Dienst- und Treueverhältnis. Ferner sei auch die Inanspruchnahme der Polizeiärzte möglich.

Hinsichtlich der Häufigkeit der vorgegebenen Kontrollen ist das Spektrum in Deutschland breit gefächert. So ist zum Beispiel in Berlin ein viertelstündlicher Kontrollmodus vorgeschrieben, während in Hessen die Kontrollen lediglich in „angemessenen Zeitabständen“ erfolgen müssen. Auch in Sachsen sind „angemessene Zeitabstände“ aufgeführt, nachfolgend findet sich jedoch eine Präzisierung. Demnach soll ein Zeitraum von einer Stunde zwischen zwei Kontrollen nicht überschritten werden. In besonderen Fällen ist die Kontrolle in kürzeren Zeiträumen oder eine ständige Bewachung durchzuführen. Unklar bleibt, ob der Arzt auch in den Nachtstunden davon ausgehen kann, dass zumindest eine stündliche Kontrolle erfolgt, da zur Nachtzeit „vermeidbare Störungen“ zu unterlassen sind. Festlegungen zum qualitativen Kontrollmodus fehlen in Sachsen (wie in den meisten anderen Bundesländern) vollständig. Auch bei der ärztlichen Dokumentation sind die Festlegungen in Deutschland ausgesprochen hetero-

gen gestaltet. In Sachsen-Anhalt muss der Mediziner ein detailliertes dreiseitiges Formblatt ausfüllen, während in Niedersachsen eine schriftliche ärztliche Dokumentation nicht zwingend vorgeschrieben ist. In Sachsen muss nach der Untersuchung eine „ärztliche Bescheinigung zur Gewahrsamstauglichkeit“ ausgestellt werden. Darin werden vom Mediziner unter anderem ein schriftlicher Krankheits- und Befundbericht, die Dokumentation zu erforderlichen Maßnahmen und eine definitive Entscheidung über die Gewahrsamstauglichkeit verlangt. Zur Verfügung stehen dabei folgende Kategorien: „gewahrsamstauglich“, „gewahrsamstauglich unter folgenden Bedingungen: ...“ und „nicht gewahrsamstauglich, Sofortmaßnahmen: ...“.

Für die Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit existieren weder internationale Standards noch nationale Leitlinien. In Deutschland reicht das Spektrum über den erforderlichen Untersuchungsumfang von einer „kurzen Einschätzung“ (Kiesecker, R, 1999) bis hin zur Notwendigkeit einer Ganzkörperuntersuchung (Pedal, W, 2001).

Praxis der Gewahrsamstauglichkeit

Die Anzahl der Gewahrsamsnahmen und die Häufigkeit einer ärztlichen Untersuchung werden in Deutschland weder auf Bundes- noch auf Landesebene erfasst. Weber (2006) konnte durch Zusammentragen von Zählungen aus einzelnen Polizeidienststellen nachweisen, dass die Frequenz einer Arztkonsultation zwischen 5,5 % (Niedersachsen) und 48,3 % (Schleswig-Holstein) liegt. In Sachsen wurde in 12,8 % aller Gewahrsamsnahmen ein Arzt hinzugezogen.

Bei Personen, die in den Polizeigewahrsam genommen werden, dominieren Männer und jüngere Altersgruppen. Bei 3674 in Bremen und Halle/S. untersuchten Personen waren über 90 % männlich und fast drei Viertel zwischen 14 und 40 Jahre alt. In nahezu einem Drittel aller Fälle erfolgte die Arztkonsultation aufgrund einer Alkoholisierung (Tab. 2), gefolgt von Drogen- und

Tabelle 1: Gründe für die Hinzuziehung eines Arztes in Sachsen

1.	äußere, offensichtlich nicht unerhebliche Verletzungen
2.	Verdacht auf innere Verletzungen
3.	offensichtliche Anzeichen auf Einwirkung von Alkohol/berauschenden Mitteln
4.	nicht ansprechbare Betrunkenen; Dämmerzustand
5.	Betrunkenen mit besonderer Aggressivität, bei pathologischem Rausch
6.	Alkohol- und Drogenentzugerscheinungen
7.	Orientierungslosigkeit, Bewusstseinstörung, mangelnde Ansprechbarkeit
8.	deutlich depressive Zustände, Suizidandrohung, Suizidversuche
9.	Äußerungen über Schmerzen, krankhafte Zustände, Medikamentenbedarf
10.	Schwangerschaft (optisch erkennbar oder nach Mitteilung)
11.	Anzeichen von Infektionskrankheiten
12.	Forderung/Wunsch nach ärztlicher Untersuchung (auch ohne Gründe)

Medikamentenentzugssyndromen (Heide, S; Stiller, D; Lessig, R; et al., 2012).

Bei den 3674 Fällen konnte nur in knapp 40 % eine uneingeschränkte Gewahrsamstauglichkeit festgestellt werden (Tab. 3).

Weitaus häufiger konnte die Gewahrsamstauglichkeit nur unter der Erteilung von verschiedenen Maßgaben attestiert werden. Zumeist handelte es sich dabei um die Verkürzung des vorgesehenen Kontrollintervalls. Weiterhin kamen Maßgaben wie erneute Arztvorstellung bei Zustandsverschlechterung, die Sicherstellung und kontrollierte Gabe der benötigten Dauermedikation oder eine spezielle fachärztliche Konsultation zur Anwendung. Knapp 10 % aller untersuchten Personen wurden als nicht gewahrsamstauglich eingestuft, da eine relevante oder sogar lebensgefährliche Gesundheitsschädigung zu befürchten war.

Todesfälle im Gewahrsam und deren strafrechtliche Konsequenzen

Von den 128 Todesfällen im deutschen Polizeigewahrsam konnte nur in 60 Fällen eine nähere Auswertung erfolgen. Bei den Todesursachen dominierte die akute Alkoholvergiftung, gefolgt von Drogen- und Medikamentenvergiftungen, Schädel-Hirn-Traumata und inneren Erkrankungen. In der retrospektiven Mängelanalyse offenbarte sich, dass in etwa 27 % der Fälle der Tod auch bei Einhaltung der notwendigen Sorgfalt sehr wahr-

Tab. 2: Indikationen für die Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit (n=3674)

Indikation	Anzahl der Fälle (Anteil in %)
akute Alkoholisierung	1188 (32,3%)
Drogen-/Medikamentenentzug	757 (20,6%)
Traumata	379 (10,3%)
internistische Krankheiten	311 (8,5%)
psychische Krankheiten	190 (5,2%)
andere spezifische Indikationen	414 (11,3%)
unspezifische Indikationen	435 (11,8%)

Tab. 3: Kategorien der Gewahrsamstauglichkeit (n=3674)

Klassifikation der Gewahrsamstauglichkeit	Anzahl der Fälle (Anteil in %)
uneingeschränkt	1462 (39,8%)
Maßgaben erforderlich	1855 (50,5%)
fehlende Gewahrsamstauglichkeit	357 (9,7%)

scheinlich nicht vermeidbar gewesen wäre. Überwiegend fanden sich jedoch erhebliche Mängel. Bei den Ärzten zeigten sich zumeist Fehler in der Diagnostik bzw. in der Veranlassung einer Krankenhausaufnahme (zum Beispiel Verbleib von bewussten oder nicht ansprechbaren Personen im Gewahrsam). Die Polizeibeamten versäumten relativ häufig die Hinzuziehung eines Arztes, obwohl es die Vorgaben der Gewahrsamsordnung eigentlich erfordert hätten. Weiterhin zeigten sich auch Organisationsmängel (zum Beispiel Ablehnung der Verbringung hochgradig alkoholisierter Personen in ein Krankenhaus durch Rettungssanitäter ohne ärztliche Rücksprache).

Bei fehlerhafter Bescheinigung der medizinischen Tauglichkeit kommt für den Arzt strafrechtlich zwar eine

fahrlässige Körperverletzung gemäß § 229 StGB (Strafgesetzbuch) oder eine fahrlässige Tötung gemäß § 222 StGB in Betracht. In der Realität muss er strafrechtliche Konsequenzen jedoch kaum befürchten, selbst wenn nachweisbar ist, dass die Untersuchung entgegen den anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführt wurde (Heide, S; Krüger, M; Kroke, S; et al., 2010). Bei den 60 deutschen Todesfällen waren insgesamt 23 Ermittlungsverfahren gegen Ärzte, Polizeibeamte, Rettungssanitäter und eine Krankenschwester eingeleitet worden. Der überwiegende Anteil dieser Fälle wurde gemäß § 170 StPO (Strafprozessordnung) eingestellt, da zumeist ein für den Todeseintritt kausales Fehlverhalten nicht mit der erforderlichen Sicherheit zu belegen war. Zweimal wurde

das Verfahren gegen Auflagen (§ 153a StPO) eingestellt. Lediglich in einem Fall wurde ein Arzt wegen fahrlässiger Körperverletzung durch Unterlassen zu einer Geldstrafe von 9.000 EUR verurteilt. Ein größeres Risiko für den Mediziner ergibt sich jedoch aus einer möglichen zivil- oder berufsrechtlichen Ahndung.

Diskussion

Die Betrachtung der derzeitigen gesetzlichen Regelung des Polizeigewahrsams in Deutschland zeigt einen erheblichen Handlungsbedarf auf. Zur Erarbeitung von Lösungsansätzen können die Analyse der Praxis der Gewahrsamstauglichkeit und die kritische Auseinandersetzung mit den Todesfällen hilfreich sein.

In der gesetzlichen Regelung der medizinischen Aspekte des Polizeigewahrsams in Sachsen sind mehrere positive Aspekte hervorzuheben. Dazu zählt die obligatorische ärztliche Dokumentation, mit der der Arzt einen Befundbericht erstellen und eine konkrete Entscheidung über die Gewahrsamstauglichkeit vornehmen muss. Besondere Bedeutung kann diese Dokumentation erlangen, wenn es trotz vorangegangener ärztlicher Untersuchung zu einer relevanten Gesundheitsgefährdung oder zu einem Todesfall im Polizeigewahrsam gekommen ist. Mit der schriftlichen Fixierung des konkreten Zustandsbildes zum Untersuchungszeitpunkt wird eine Abgrenzung von eventuell später hinzugetretenen Faktoren oder Umständen erreicht, die bei möglichen gegenseitigen Schuldvorwürfen (zum Beispiel Polizeibeamte oder Rettungssanitäter) nicht selten miteinander vermischt werden. Bei einer eventuellen Überarbeitung des Dokumentationsbogens empfiehlt es sich, eine Gegenzeichnung des verantwortlichen Polizeibeamten (wie zum Beispiel in Sachsen-Anhalt) aufzunehmen. Damit wird seitens des Polizeibeamten belegt, dass er das Resultat der Untersuchung und mögliche erteilte Maßgaben verstanden hat.

Für die praktische Umsetzung von eventuellen Auflagen, die sich aus der Untersuchung der Gewahrsamstauglichkeit ergeben, ist es von Vor-

teil, dass diese Möglichkeit ausdrücklich in der sächsischen Verwaltungsvorschrift vorgesehen ist. Vor allem bei problematischen Fällen sollte der Mediziner diese Option (zum Beispiel Überwachung, Vorgaben zu Nahrungsaufnahme und Medikamenteneinnahme, Konsultation eines Facharztes) unbedingt nutzen, um das Ausmaß der eigenen ärztlichen Verantwortung zu begrenzen.

Auch die Benennung von zwölf konkreten Anlässen für die Hinzuziehung eines Arztes ist zu den positiven Kriterien der sächsischen Verwaltungsvorschrift zu rechnen. Allerdings verbleibt für die Polizeibeamten trotz der detaillierten Vorgaben immer noch ein erheblicher Handlungsspielraum, wenn sie zum Beispiel einschätzen müssen, ob eine Verletzung als erheblich oder unerheblich einzustufen ist.

Hinsichtlich der maximalen Dauer der Gültigkeit der ärztlichen Einschätzung ist aus medizinischer Sicht zu fordern, dass hier nur der Zeitraum ohne richterliche Entscheidung abgedeckt werden kann (Heide, S; Stiller, D; Kleiber, M, 2003). Im Vordergrund sollte dabei eine symptomorientierte gutachterliche Stellungnahme stehen. Gelingt dem Mediziner bei fremdsprachigen Personen keine ausreichende Verständigung, so sollte er auf der Hinzuziehung eines Dolmetschers bestehen. Bei der Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit sind die zeitlichen, räumlichen und situativen Untersuchungsbedingungen meist alles andere als optimal (zum Beispiel begrenzte diagnostische Mittel, unzureichende Eigenanamnese bei mangelnder Compliance, spärliche fremdanamnestische Angaben). Unter diesen Bedingungen eine Prognose über einen Zeitraum von bis zu zwei Wochen zu stellen (in Sachsen mit richterlicher Entscheidung möglich), ist für einen verantwortungsvollen Arzt schlichtweg nicht möglich.

Bei einer möglichen Überarbeitung der sächsischen Verwaltungsvorschrift sollten die etwas unscharf formulierten zeitlichen Kontrollvorschriften präzisiert und Vorgaben zum quantitativen Kontrollmodus eingeführt werden. Beispielhaft sind hier die

Gewahrsamsordnungen aus Hamburg oder Bremen. Dort ist die aus ärztlicher Sicht insbesondere bei traumatisierten und deutlich intoxikierten Personen notwendige Überprüfung der Erweckbarkeit bei den Kontrollen bereits in den Verordnungen verankert. Unter den Bedingungen der derzeitigen sächsischen Regelung macht es sich erforderlich, dass in den meisten Fällen vom Arzt ein konkreter quantitativer und qualitativer Kontrollmodus vorgegeben wird.

In der sächsischen Verwaltungsvorschrift wird zwar betont, dass Einrichtungen der öffentlich-rechtlichen Krankenhausträger und Gesundheitsämter nach den Grundsätzen der Amtshilfe zur Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit verpflichtet und auch die Inanspruchnahme der Polizeiärzte möglich sei. Tatsächlich können die wenigen Polizeiärzte diesen Bedarf keinesfalls absichern. Für Ärzte der Gesundheitsämter ist eine derartige Verpflichtung aus den entsprechenden Verwaltungsvorschriften nicht ableitbar (Heide, S; Kleiber, M; Wilhelms, E; et al., 2007). Ebenso können Notärzte, angestellte Krankenhausärzte und niedergelassene Mediziner nicht zur Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit verpflichtet werden, es sei denn es handelt sich um eine Notfallbehandlung. Nach den derzeitigen gesetzlichen Rahmenbedingungen kann die Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit in Deutschland grundsätzlich von jedem approbierten Arzt vorgenommen werden. Weitaus wichtiger als die Betonung einer bestimmten ärztlichen Gruppe ist aber, dass nach Möglichkeit nur erfahrene und geschulte Ärzte herangezogen werden. Da Ärzte zur Prüfung der Gewahrsamstauglichkeit nicht verpflichtet werden können, müssen die Innenministerien und Polizeidienststellen darauf hinwirken, dass mit bestimmten Ärzten oder Einrichtungen eine Zuständigkeitsvereinbarung abgeschlossen wird. Aufgrund des Risikos einer zivil- oder berufsrechtlichen Ahndung bei fehlerhafter Bescheinigung der Gewahrsamstauglichkeit ist für diese Ärzte die Prüfung des

individuellen Versicherungsschutzes empfehlenswert. Bei Abschluss einer entsprechenden Zuständigkeitsvereinbarung sollte eine Nachfrage bei der allgemeinen Berufshaftpflichtversicherung erfolgen.

Neben den Änderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen und den Möglichkeiten der Einflussnahme durch den Arzt gibt es weitere Faktoren, die zur Prävention von Gesund-

heitsrisiken und Todesfällen im Polizeigewahrsam beitragen können. Dazu zählen geeignete Bau- und Überwachungsmaßnahmen in den Polizeizellen (zum Beispiel flache Liegen, generelle Videoüberwachung) und die Etablierung von zentralen Gewahrsamseinrichtungen, in denen spezialisierte Polizeibeamte den Fokus auf die erforderlichen Kontrollen legen können.

Ich danke dem Institut für Rechtsmedizin Dresden und der Staatsanwaltschaft Dresden für die Bereitstellung der exemplarischen Falldarstellung.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:

Priv.-Doz. Dr. med. habil. Steffen Heide
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Institut für Rechtsmedizin
Franzosenweg 1, 06112 Halle/S.
E-Mail: steffen.heide@uk-halle.de