

Der Lagebedingte Erstickungstod (LET) im Polizeialltag

Thomas Feltes, Wolfgang Mallach

Der lagebedingte Erstickungstod (LET) tritt auf als Folge von plötzlicher Atemnot, Atem- oder Herzstillstand und kann sich auch bei regelgerechter und rechtskonformer Anwendung unmittelbaren Zwanges im Rahmen von Fest- oder Gewahrsamsnahmen ereignen. Der Beitrag beschreibt, worum es sich beim LET handelt und wie er verhindert werden kann.

1. Der lagebedingte Erstickungstod (LET)

1.1 Ausgangslage

Todesfälle im Zusammenhang mit polizeilichen Fixierungs- und Transportmaßnahmen bei hochgradig erregten Personen treten immer wieder auf, werden aber nicht immer erkannt, obwohl sie in der Literatur diskutiert werden (Nachweise dazu bei Dettmeyer u.a. 2009). Nicht immer erfolgt dabei eine angemessene Auswertung und Aufarbeitung des Ereignisses. Auch wenn sich der LET (auch als „plötzlicher Erstickungstod“ bezeichnet, Pokojewski 1999) bei regelrechter und rechtskonformer Anwendung unmittelbaren Zwanges ereignen kann und er oftmals nicht unmittelbar vorhersehbar auftritt, ist eine intensive Beschäftigung mit diesem Phänomen sinnvoll und notwendig (vgl. Dettmeyer u.a. 2009, Mohsenian 2002, Neuman 2006, Ross 2006). Selbst wenn keine Verletzungs-, Schädigungs- und Tötungsabsicht der Beamt*innen vorliegt, müssen diese Ereignisse nicht nur transparent aufgearbeitet werden, sondern in der Aus- und Fortbildung von Polizeibeamt*innen muss alles getan werden, um Situationen, die zu einem LET führen können, möglichst zu vermeiden. Dies ist nicht nur im Interesse des Geschädigten, sondern auch im Interesse der eingesetzten Beamt*innen, für die ein Todesfall nach einem Einsatz immer eine extreme Belastung darstellt.

1.2 Historische Entwicklung

Der LET wurde erstmals als „Positional Asphyxia Syndrome“ (PAS) Anfang der 1990er Jahre beim New York City Police Department (NYPD) thematisiert (Police Academy New York 1994, s.a. US Department of Justice, 1995). Nach entsprechender Schulung bei der NYPD hatte der deutsche Polizeibeamte und Einsatztrainer *Wolfgang Mallach* das Konzept nach Deutschland gebracht und entsprechende Forschungen sowie Aus- und Fortbildungsmaßnahmen initiiert (vgl. Ritter 2009). Auslöser für die Diskussion über den LET in Deutschland war 1987 die Festnahme eines 20-jährigen Asylbewerbers, der nach einem Ladendiebstahl in Tübingen von Supermarkt-Angestellten auf dem Bauch liegend festgehalten wurde¹. Das Institut für Gerichtsmedizin der Universität Tübingen stellte damals als Todesursache „Reflextod“ fest. Die lokalen sozialen Verwerfungen führten zu Ladenplünderungen und wochenlangen Demonstrationen.

¹ s. den Bericht dazu <https://taz.de/!1845630/>

Der Fall führte aber auch, retrospektiv betrachtet, zu unvollständigen gerichtsmedizinischen und polizeilichen Schlüssen. Erst die Zusammenarbeit des Ko-Autors *Wolfgang Mallach* mit dem Physical Education Department der NYPD Police Academy brachte mehr Klarheit in das Geschehen. Durch diese Kooperation konnte das Thema in der Aus- und Fortbildung zur Anwendung polizeilichen Zwangs ab April 1994 an der Hochschule für Polizei in Villingen-Schwenningen vertiefend behandelt werden. Pedal et al. berichteten 1997 auf der 76. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin über „Tödliche Zwischenfälle bei der Festnahme höchstgradig erregter Personen“ (Pedal u.a. 1999; s.a. Zack u.a. 2009). Bereits damals lautete die Empfehlung, die Fixierungsmaßnahmen bei solchen Personen auf das Notwendigste zu beschränken und Behinderungen der Atmung durch Rumpfkompensation oder Einwirkungen auf den Hals unbedingt zu vermeiden. Der SPIEGEL (Dahlkamp 1999) berichtete am Beispiel eines weiteren Falles unter dem Titel „Lebende Leiche“, und in den USA wurden schon früh LET-Fälle zusammengestellt und bewertet (O'Halloran / Lewman 1993).

1.3 Aktuelle Fälle

Ungeachtet der danach entwickelten Handlungs- und Interventionsstrategien gab es in den vergangenen Jahren sowohl in Deutschland, als auch in den USA immer wieder entsprechende Fälle des LET. Zwei der bekanntesten Fälle:

Beispiel

17. Juli 2014 - *Eric Garner* wird in New York City von NYPD-Beamten wegen Verkauf loser Zigaretten festgenommen und verhaftet. Er wird in einen Würgegriff gesteckt, zu Boden gerungen und liegend festgehalten. Er flehte die Beamt*innen elf Mal an, "I cant't breath" („Ich kann nicht atmen"), bevor er das Bewusstsein verlor. Danach lag er weitere sieben Minuten auf der Seite, bevor ein Rettungswagen eintraf. Eine Stunde später wurde er im Richmond University Medical Center für tot erklärt.

25. Mai 2020 - *George Floyd* wird von Polizeibeamten des Minneapolis Police Departments (MPD) nach der Beschwerde eines örtlichen Geschäftsmannes wegen Scheckfälschung festgenommen. Die Beamt*innen geben zunächst an, dass *Floyd* sich der Verhaftung widersetzt hat, aber zahlreiche Handy- und Sicherheitsvideos widerlegen die Behauptung der Beamt*innen. Er wird er mit den Händen hinter dem Rücken verdeckt auf den Bürgersteig gelegt, und ein Beamter kniet achteinhalb Minuten lang auf seinem Nacken, assistiert von drei seiner Kollegen, obwohl *Floyd* darauf hinweist, dass er nicht atmen kann. Zahlreiche Zeugen, darunter ein Feuerwehrmann, bitten die Beamten, den Mann loszulassen und seinen Puls zu überprüfen, ohne Erfolg.²

Auch in jüngster Zeit wird über entsprechende Fälle in Deutschland immer wieder in den Medien berichtet (so bspw. Joswig 2020), wobei aus verschiedenen Gründen nur selten die Diagnose „lagebedingter Erstickungstod“ gerichtlich festgestellt wird. Die Schilderungen lesen sich dabei oftmals wie folgt: „Der Festgenommene wurde darauf-

² Weitere Fälle bei Grayson 2020.

hin in Bauchlage zum Krankenhaus transportiert, doch noch im Rettungswagen bewegte er sich plötzlich nicht mehr und musste aufgrund eines diagnostizierten Herzstillstandes sofort reanimiert werden“ (Daniels 2010 unter Bezugnahme auf Zack et al. 2009).

Beispiel:

„Das Verhalten der Polizei könnte eine Rolle beim Tod eines 37-Jährigen während eines Einsatzes ... gespielt haben. Der Mann sei nach dem vorläufigen Obduktionsergebnis offenbar erstickt Es könne derzeit nicht ausgeschlossen werden, dass die „Ursache oder zumindest Mitursache“ die Bauchlage gewesen sei, in die die Beamten den Mann bei dem Einsatz in der vergangenen Woche gebracht hätten. Die Obduktionsbefunde sprechen für einen „lagebedingten Erstickungstod“, erklärte ... der Sprecher der Staatsanwaltschaft Marburg. ... Es sei nicht auszuschließen, dass die „aufgrund der heftigen Gegenwehr erfolgte Fixierung in Bauchlage und die Belastung des Brustkorbes“ dazu geführt habe“ (FAZ 2014).

Nicht nur in den Medien wurde 2020 die Festnahme eines Jugendlichen in Düsseldorf heftig diskutiert. Hier hatte ein Polizeibeamter, der auch als Ausbilder fungierte, dem am Boden liegenden Jugendlichen sein Knie auf den Kopf gedrückt. Dabei rutschte er immer wieder ab. Als Folge der bundesweiten medialen Diskussion wurde darauf von der Polizeiführung des Landes NRW darauf hingewiesen, dass erlaubte und verbotene Fixierungstechniken in einem Trainingshandbuch der Landespolizei sowie in einem Merkblatt "Lagebedingter Erstickungstod" beschrieben seien. Danach seien Einwirkungen auf die Halswirbelsäule ausdrücklich untersagt. Die Dokumente seien jedoch als "Verschlussache – Nur für den Dienstgebrauch" (VS-NfD) klassifiziert und somit nicht öffentlich einsehbar (Wüstenberg 2020).

Beispiel

In einem Interview mit dem STERN antwortete danach ein Einsatztrainer aus Schleswig-Holstein auf die Frage, ob es erlaubt sei, einen Mann mit dem Knie auf Kopf und Hals zu fixieren: „Wir lehren bei der Landespolizei Schleswig-Holstein, dass das Knie nicht auf den Hals gehört. Das ist zwar eine effektive Methode, jemanden festzuhalten. Aber sie kann tödlich enden. Deswegen leiten wir unsere Leute an, dass das Knie an der Seite des Körpers bleibt. Und dass es nicht auf den Körper gehört“. Und auf die Frage, ob das Knie auf den Rücken darf, antwortet er: „Nein, nicht dauerhaft. Wir sprechen das beim Training sofort an: „Hey, du hast das Knie auf dem Rücken. Nimm das wieder zur Seite.“ Wir weisen die Polizeischüler auch darauf hin, dass so die Gefahr auf einen lagebedingten Erstickungstod steigt. Bei solchen Einsätzen wird Adrenalin im Körper freigesetzt. Das setzt die Schmerzempfindlichkeit herab. Beim Training sagen wir den Leuten: „Ihr könnt euer Knie nicht mehr kontrollieren“. Ihr merkt gar nicht mehr, wie groß der Druck auf den Hals ist“ (zitiert nach Herrnkind 2020).

2. Ursachen und Erklärungen

2.1 Abgrenzung

Die Abgrenzung des LET zum sog. „excited delirium syndrome“ (ExDS) und „agitated delirium“ (AgDS) ist umstritten, ebenso die genaue medizinische Erklärung der jeweiligen Abläufe. Dies kann aber für den vorliegenden Beitrag unbeachtet bleiben, denn die Tatsache, dass es den LET gibt ist ebenso unstrittig wie die Zusammenhänge mit bestimmten polizeilichen (Fixierungs-)Maßnahmen. Die deutschen Übersetzungen der beiden Begriffe ExDS und AgDS sind zudem schwierig, vor allem auch, weil beides von der Weltgesundheitsorganisation (WHO), der American Psychiatric Association und der American Medical Association nicht anerkannt wird und daher im diagnostischen und statistischen Handbuch für psychische Störungen nicht als Krankheit aufgeführt wird (vgl. Sullivan 2007, Zeller 2007).

Deborah Mash, Professorin für Neurologie an der Universität von Miami, beschreibt die Symptome wie folgt: "Jemand, der unverhältnismäßig groß, extrem aufgeregt, gewalttätig ist, inkohärent spricht, sich Kleidung vom Körper reißt und vier oder fünf Beamte nötig sind, um mit dieser Person fertig zu werden - das ist aufgeregtes Delirium."³

In einem aktuellen Beitrag in der Zeitschrift „Forensic Science, Medicine and Pathology“ wird das Excited Delirium Syndrom (ExDS) dennoch als ein „diagnostischer Begriff“ bezeichnet, der seit 1985 verwendet werde, um einen potenziell tödlichen Zustand extremer Erregung und Delir zu charakterisieren. Er sei häufig kombiniert mit aggressivem Verhalten, hoher Schmerztoleranz, extremer körperlicher Stärke und Ausdauer sowie Hyperthermie. Die typische Darstellung einer mit ExDS diagnostizierten Person sei, so die Autoren, „ein Mann in den Dreißigern, der 1) in einem Zustand der Unruhe und des Delirs starb, 2) in der Vergangenheit Drogenmissbrauch oder psychische Erkrankungen hatte, 3) kürzlich ein Stimulans wie Methamphetamin oder Kokain genommen hat und 4) zum Zeitpunkt des Todes körperlich zurückgehalten wurde (also fixiert, TF und WM), am häufigsten durch Strafverfolgungspersonal“ (Strömmer u.a. 2020). Da es oft keine Autopsiebefunde gäbe, die auf ExDS hinweisen, und die Rauschmittelwerte in der Regel eher im Bereich der „üblichen“ Dosis liegen, als eine tödliche Dosis erreichen, ist es oftmals eine Ausschluss-Diagnose.

Eine Auswertung von 61 wissenschaftlichen Beiträgen mit 168 Fällen durch Strömmer u.a. (2020) deute, so die Autoren, darauf hin, dass Fixierung und Tod mit deutlich höherer Wahrscheinlichkeit in einem Zusammenhang mit ExDS stehen als mit AgDS. Dabei liege ein nicht direkt erkennbarer pathophysiologischer Prozess dem Tod im Zusammenhang mit ExDs zugrunde.

Im Falle des Todes einer fixierten Person, muss aber nicht nur dann, wenn die Beschreibung ExDS oder AgDS entspricht, eine Erstickung im Rahmen einer Fixierung als Todesursache in Erwägung gezogen werden, wie Strömmer u.a. (2020, S. 680) schreiben. Vielmehr ist immer nach dem Tod einer fixierten oder unter Anwendung von polizeilichen Zwangsmaßnahmen in Gewahrsam genommenen Person eine entsprechende Todesursache medizinisch durch eine Obduktion zu klären.

³ Quelle: Zeller 2007; Übersetzung durch die Autoren.

2.2 Geschehensabläufe und Risikofaktoren

Letztlich kann es für die hier zu behandelnde Frage, wie ein LET verhindert werden kann, dahinstehen, welcher Definition man folgt. Entscheidend ist, dass Autoren, die sich mit dem Thema beschäftigen (z.B. Gonin u.a. 2017, Strömmer u.a. 2020, sowie die Nachweise bei Dettmeyer u.a. 2009), die immer gleichen Geschehensabläufe beschreiben, die tödlich enden. Übereinstimmung besteht darin, dass es spezifische Mechanismen und Risikofaktoren gibt, aber auch ungelöste Fragen in diesem Kontext. Es geht aber in allen diesen Fällen immer um Fixierungen, um psycho-physiologische Extrembelastungen, vor allem, wenn sich die Betroffenen wehren und/oder unter zusätzlichen Belastungen (Stress, Drogen, Alkohol) stehen. Dabei kann es sich um Fixierungsmaßnahmen durch Polizei- oder Justizbedienstete handeln, um Fixierungen in (geschlossenen) Einrichtungen der Psychiatrie oder in Altenheimen, aber auch um Festhaltemaßnahmen (z.B. bei Kleinkindern) in Privathaushalten. Das Thema LET ist also keines, was ausschließlich auf Polizeivollzugsbeamt*innen beschränkt ist.

LET wird verursacht durch starke körperliche Anstrengung der betroffenen Person, die mit einem Sauerstoffmangel einhergeht, verbunden mit einer Einschränkung der Atemmöglichkeit. Trotz des Namens geht es bei der Positionsasphyxie nicht nur um die Position des Körpers, obwohl diese eine wichtige Rolle spielt, wie die Beispiele von *Eric Garner* und *George Floyd* gezeigt haben. Es gibt weitere Faktoren, die eine positionelle Asphyxie tödlich machen. Zu diesen Faktoren gehören individuelle Faktoren bei der von der Fixierung betroffenen Person wie Alkoholmissbrauch, Drogenkonsum, Übergewicht, psychiatrische Erkrankungen, körperliche Verletzungen oder Herzrhythmusstörungen.

Besondere Aufmerksamkeit ist bei polytoxikomanen Personen, also bei Personen, bei denen bekannt ist oder vermutet werden kann, dass sie einen Mix aus Alkohol, Drogen und Medikamenten zu sich genommen haben. Personen, die unter dem Einfluss von Kokain oder Methamphetamin stehen, können bereits vor der Fixierung unter einem Zustand leiden, der als aufgeregtes Delirium („exited delirium“, s.o.) bekannt ist (Burnett/Roldan/Adler 2020). Dies führt zu Orientierungslosigkeit, Halluzinationen und Denkstörungen, die in der konkreten Einsatzsituation u.U. nicht erkannt werden. Da dadurch aber die Anfälligkeit für einen plötzlichen Anstieg der Herzfrequenz, der zum Herzstillstand führen kann, erhöht ist, ist hier besondere Vorsicht angebracht, auch und besonders, wenn sich diese Personen „unkooperativ“ verhalten. Auch Alkohol ist ein bedeutender Risikofaktor, da er den Atemantrieb lähmt.

Besondere Gefahr besteht, wenn als Zwangsmaßnahme Handschließen hinter dem Rücken in Kombination mit der Platzierung der Person in einer Bauchlage angewendet werden. Auch das Auflegen eines Knies oder Gewichts auf die zu fixierende Person und insbesondere jede Art von Druck auf den Hals kann problematisch sein, und dazu kann auch ein abrutschendes Knie bei einer Fixierung des Kopfes gehören. Wenn die Person gebeugt oder mit Körpergewicht belastet wird, hat dies einen größeren Einfluss auf die Atmung als die alleinige Positionierung mit dem Gesicht nach unten. Aber auch wenn die Person in sitzender Position festgehalten wird, ist das Risiko höher, wenn die Person einen hohen Body-Mass-Index (BMI) aufweist, denn ein großer Taillenumfang

kann die Atmungsfähigkeit beeinträchtigen, z.B. wenn die Person sitzend nach vorne gedrückt wird (z.B. bei einem Abschiebeflug im Flugzeugsitz).

Bei Personen, die drohen, einen LET zu erleiden, lassen sich zudem oftmals starke motorische Aktivitäten unter erstaunlicher Kraftentfaltung feststellen. So waren in einem Fall in Berlin teilweise bis zu zehn Beamt*innen nötig, um die Person zu fixieren. Auch bizarre Verhaltensweisen in offensichtlicher Situationsverkenntung sind möglich, sowie abnorm gesteigerte und aus der Situation nicht erklärbare Affekte wie Wut oder Angst. Oft werden zusätzlich sehr starkes Schwitzen und Schaum vor dem Mund beschrieben. Die Personen reagieren auf verbale Einwirkungsversuche nicht, und auch die ansonsten schmerzhaften Polizeigriffe verfehlen ihre Wirkung.

Oftmals besteht das Problem darin, dass sog. primäre Risikofaktoren von den Einsatzbeamt*innen nicht oder nur bedingt zu erkennen sind. Darunter fallen beispielsweise bestehende Herz-Kreislauf-Erkrankungen, aber auch psychiatrische Erkrankungen mit akuten Erregungszuständen und Wahnvorstellungen sowie Vorerkrankungen des zentralen Nervensystems. Diese sind nicht oder nur anhand von Indizien zu erkennen, ebenso wie Behinderungen der Atmung durch Asthma.

Hinzukommen können sog. sekundäre Gefährdungen, die sich aus dem Verlauf oder einer Eskalation der Amtshandlung ergeben. Dazu gehören die Erschöpfung nach großer Anstrengung (z.B. nach einem Fluchtversuch oder nach einer körperlichen Auseinandersetzung mit den Beamt*innen) oder der Einsatz von Pfefferspray.

2.3 Fixierung in Bauchlage

Zum LET kann es vor allem dann kommen, wenn sich die betroffene Person in Bauchlage befindet. Dabei behindert schon das eigene Körpergewicht des/der Fixierten die Dehnung des Brustkorbs. Sitzen oder knien zusätzlich ein oder zwei Personen auf dem Rücken (insbesondere auf Schulterblatt und Niere) des/der Betroffenen, ist die Atmung nahezu vollständig unterbunden. Das kommt einem Atemstillstand gleich, sodass die Sauerstoffversorgung des Körpers zum Erliegen kommt. Es wird Panik ausgelöst, was wiederum dazu führt, dass die Person sich noch stärker wehrt. Wird das Gehirn aber unterversorgt, kann es zu Hirnschädigungen und im weiteren Verlauf zum Tod kommen. Stoppt die Blutversorgung des Gehirns, stellt es schon nach Sekunden seine Aktivität ein. Kurz vor dem Tod eines Menschen feigt dann eine elektrochemische Entladungswelle durch das Gehirn, die den Sterbeprozess des Gehirns einleitet (vgl. Dreier u.a. 2018).

Da die Unterversorgung erst langsam beginnt, sich dann aber immer intensiver aufgrund der allgemeinen Sauerstoff-Mangelversorgung ausprägt, muss unverzüglich eine Wiederbelebung eingeleitet werden. Schon die Belastung eines Menschen in einer Erregungsphase führt zu einem Anstieg des Sauerstoffverbrauchs. Durch die Erstickungsangst kann es zur weiteren Ausschüttung von Stresshormonen und zu der bereits erwähnten unkontrollierten und missverstandenen Verstärkung des Widerstandes kommen, was wiederum zu einer Steigerung des Sauerstoffverbrauchs und damit zur Herbeiführung eines Teufelskreises führt.

Indizien für das Vorliegen einer Gefährdung können sein: Hochgradiger Erregungszustand, Verwirrtheit, massives Schwitzen/ überhöhte Körpertemperatur, lautes Schreien, Klagen über Luftnot, heftige Atmung mit weit aufgerissenem Mund, ungewöhnliche Atemgeräusche, eine nicht nur zielgerichtete Gegenwehr. Zeichen eines akuten medizinischen Notfalls sind bspw. Schnappatmung, Bewusstseinsstörung, Atem- oder Kreislaufstillstand, Blässe bzw. bläuliche Verfärbung der Haut, Krampfen, Kot und Urinabgang. Aber auch das plötzliche Nachlassen der Gegenwehr oder eine Erschlaffung der Muskulatur sind Zeichen dafür, dass die Gefahr für einen LET besteht.

3. Aus- und Fortbildung

3.1 Ausbildung und „Leitfaden Eigensicherung“

Das Phänomen LET gehört zum Standardprogramm in der Ausbildung von Polizeibeamt*innen - bei der Landespolizei Baden-Württemberg bspw. seit 1999. Im Oktober 2002 fanden die LET-Erkenntnisse Aufnahme in den „Leitfaden Eigensicherung“ (LF371 LET Ziff.3.5.4 S.37 / NfD), und inzwischen sind auch im Internet entsprechende Schulungsvideos verfügbar (ARD 2020). Somit sollte man davon ausgehen, dass das Phänomen und die damit verbundenen Gefahren bundes- und polizeiweit bekannt sind. Dennoch gibt es, wie dargestellt, immer wieder Fälle, bei denen Festgenommene versterben und der Verdacht eines LET besteht. Die psychologischen Folgen solcher Einsätze sind auch für die eingesetzten Beamt*innen erheblich und durchaus mit denen eines tödlichen Schusswaffeneinsatzes vergleichbar (vgl. dazu Heuft u.a. 2008, Latscha 2005). Für jede/r Polizeibeamtin, die/der in einen LET verwickelt war, besteht die erhebliche Gefahr eines posttraumatischen Belastungssymptoms (PTSD), und zwar durch eine dreifache Belastung: (1) das Gefühl der (Mit-)Verantwortung für den Tod eines Menschen bzw. das Gefühl, nicht helfen zu können; (2) gerät er/sie in die Rolle eines Täters/einer Täterin, der/die in der Regel erst einmal suspendiert und zum/zur Beschuldigten wird, und damit von Ermittlungsergebnissen und Informationen abgeschnitten; (3) zusätzlich wird er/sie ggf. von den eigenen Kolleg*innen als Straftäter gesehen. Bislang kaum thematisiert wurden und werden die sich aus dem PTBS ergebenden ambulanten und stationären Therapiekosten, die Belastungen für die Familie und die langfristigen Auswirkungen für die betroffenen Beamt*innen. Ursachen-Wirkungs- und Kostenanalysen dazu gibt es bislang keine.

1999 wurde als Gemeinschaftsproduktion der Polizeien der Länder Baden-Württemberg und Bayern eine Lehrunterlage für Einsatztrainer zum Thema „Lagebedingter Erstickungstod“ (1999) erstellt. Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf diese Unterlage, die in den Jahren 2007 und 2008 in Bayern überprüft und unter Einbeziehung des Ärztlichen Dienstes der Bayerischen Polizei auf den aktuellen medizinischen Stand gebracht wurde. In den Jahren 2012 und 2013 wurde die Fortbildung im polizeilichen Einsatzverhalten den modernen Inhalten der Ausbildung im Rahmen des sog. „epSVE neu“ (einsatzbezogene polizeiliche Selbstverteidigung und Eigensicherung) bayernweit einheitlich angeglichen (Bayerischer Landtag 2014).

Um das Risiko eines LET zu minimieren, sind folgende Aspekte zu berücksichtigen (vgl. Heiskell 2019): Wenn möglich, sollten Fixierungstechniken vermieden werden. Sobald der Verdächtige mit Handschließen gefesselt ist, sollte er in eine Position gebracht werden, die Brust- und Atemwege freihält. Es sollte nach dem jüngsten Drogenkonsum gefragt werden, oder ob der Betroffene an einer Herz- oder an Atemwegserkrankung leidet. Werden psychologische Auffälligkeiten bemerkt, ist auch danach zu fragen, und ggf. sind psychologische oder psychiatrische Fachkräfte hinzuzuziehen. Der Betroffenen muss permanent von einer eigens dafür bestimmten Person überwacht werden und ist bei Bedarf ärztlich zu untersuchen. Alle Informationen über den Drogen- oder Alkoholkonsum und die medizinischen Bedingungen sind an das Personal in der Einrichtung weiterzugeben, in die die Person eingeliefert wird.

3.2 Fehler bei der Fixierung; besondere Risiken

Wenn es unabdingbar notwendig ist, eine Person mit dem Gesicht nach unten zu fixieren, dann muss diese Fixierung auf das unbedingt notwendige Maß beschränkt werden, d.h. diese Fixierung sollte nur kurz andauern. Zudem ist die Person intensiv zu beobachten, auch nach der Fixierung bzw. nach Abschluss der Fest- oder Inge-wahrsamsnahme. Dettmeyer u.a. (2009, S. 165) weisen darauf hin, dass jede Atembehinderung, „sei es durch Kompression des Rumpfes bzw. Brustkorbes, durch Halskompression, einen Integralhelm, eine Knebelung oder ein Klebeband und auch jeder nur teilweise Verschluss der Atemöffnungen“, entweder vermieden oder nur äußerst kurzfristig durchgeführt werden sollte. Die Autor*innen weisen zudem darauf hin, dass während und nach der Festnahme bestimmte Warnzeichen unbedingt zu beachten sind. Dazu gehören plötzlicher Tonusverlust mit erschlaffender Muskulatur, Hilferufe des Betroffenen oder auch warnende Zurufe von Zeugen, Schwitzen, verstärkter Speichelfluss, röchelnde Atmung. Eine kontinuierliche Überwachung von Atem, Puls sei ebenso erforderlich wie die Überprüfung der Ansprechbarkeit. Und selbstverständlich sind Fixierungen abubrechen, wenn es zu Bewusstseinsverlust und Atemstillstand gekommen ist. Dann sind Reanimationsmaßnahmen erforderlich und der Notarzt ist zu verständigen (Dettmeyer u.a. aaO.).

Beispiel:

„Nach massivem Widerstand des hochgradig Erregten setzten die Polizisten Pfefferspray gegen den Randalierer ein, fixierten ihn und zogen ihm wegen wiederholter Spuckattacken einen Spuck- und Beißschutz über den Kopf. Außerdem forderten sie einen Rettungswagen an, der den Betrunkenen wegen Augenproblemen in eine Augenklinik bringen sollte. Der Festgenommene wurde daraufhin in Bauchlage zum Krankenhaus transportiert, doch noch im Rettungswagen bewegte er sich plötzlich nicht mehr und musste aufgrund eines diagnostizierten Herzstillstandes sofort reanimiert werden. Die Wiederbelebung schlug zunächst an, konnte jedoch einen hypoxischen Hirnschaden nicht verhindern. Acht Tage später war der Mann hirntod“ (Daniels 2010 unter Verweis auf Zack 2009).

Wenn Kopfhauben (z.B. wegen Spucken, Infektionsgefahren HIV / Covid 19 u.a.) eingesetzt werden, ist besondere Vorsicht geboten, da dadurch das Atmen behindert werden kann und auch die Physiognomie des/der Betroffenen nicht mehr beobachtet werden kann. Die individuelle Ansprechbarkeit und Kontrolle der Vitalfunktionen ist nicht nur in diesen Fällen permanent durch eine klar benannte Person zu überwachen.

3.3 Der Bericht des österreichischen Menschenrechtsbeirates: Es geht um Haltung und Einstellung

Bereits 2004 hat ein Bericht des österreichischen Menschenrechtsbeirates (Bundesministerium des Innern 2004) mehrere der in den „Instruktionen für den Exekutivdienst in Österreich“ vorgestellten Fixierungstechniken bewertet und dabei auch auf die o. gen. Lehrunterlage aus Deutschland Bezug genommen. Der Information über das Phänomen des lagebedingten Erstickungstodes sowie der Aus- und Fortbildung der Beamt*innen im Hinblick auf den Umgang mit psychisch auffälligen Menschen komme, so der Menschenrechtsbeirat, ganz entscheidende Bedeutung zu. Er ist der Auffassung, dass der Aspekt des Umgangs mit psychisch auffälligen Personen verstärkt in die Ausbildung der Beamt*Innen einfließen sollte. Dabei könne es allerdings nicht um eine Schulung in Form bestimmter festgelegter Handlungsmuster gehen. Vielmehr handele es sich in diesem Zusammenhang um Fragen, grundlegende Einstellungen und Haltungen, die schon zu Beginn der Ausbildung ausführlich zu erörtern seien. Eigene ethische und philosophische Grundlagen, demokratische und menschenrechtliche Aspekte, die Fähigkeit zur Selbstreflexion sowie das Bemühen um das Verstehen von Hintergründen stellen Elemente der Grundausbildung jedes Beamten und jeder Beamtin dar, auf die verstärkt Wert zu legen sei. Der Menschenrechtsbeirat hat in diesem Zusammenhang auch auf die immer noch bestehende Kluft zwischen der in Seminaren und Broschüren gelehrt Theorie und der Praxis hingewiesen und festgestellt, dass die tödlich verlaufenen Fälle recht deutlich widerspiegeln, dass heftige Gegenreaktionen der in Bauchlage fixierten Betroffenen von den Einsatzkräften oft nicht rechtzeitig als Alarmzeichen, sondern vielmehr als Fortsetzung des Widerstands gegen die Amtshandlung gedeutet werden. Das Nachlassen des Widerstands wird häufig als „plötzlich“ und „überraschend“ beschrieben (Bundesministerium des Innern 2004, S. 50).

Die genannten Beispiele deuten darauf hin, dass im Zuge von Fixierungen viel zu wenig darauf geachtet wird, dass sich Abwehrreaktionen nicht gezielt gegen die Amtshandlung als solche richten, sondern viel mehr unkontrolliert aufgrund der mit dem Mangel an Sauerstoff einhergehenden Erstickungsangst erfolgen. Das Hauptaugenmerk scheint auf der völligen Immobilisierung und Ruhigstellung sich wehrender Betroffener zu liegen. Ist der Widerstand letztendlich gebrochen, so kann es vor allem bei Zusammentreffen mehrerer Risikofaktoren schon zu spät sein. Die Erstickungsangst führt zu starken unkontrollierten körperlichen Abwehrreaktionen, welche nur allzu leicht als weiterer Widerstand der betroffenen Person gegen die Amtshandlung missverstanden werden können.

Von medizinischer Seite wurde dem Beirat die Schwierigkeit bzw. Unmöglichkeit der Unterscheidung, ob Abwehrreaktionen als Widerstand zu deuten sind oder im Totenkampf erfolgen, erläutert. Auch das plötzliche Aufhören des Widerstandes ist ein Alarmzeichen, das bei Unaufmerksamkeit als „Ruhepause“ oder „Simulieren“ der betroffenen Person fehlgedeutet werden kann. Der Menschenrechtsbeirat erachtet daher die verstärkte Sensibilisierung der Beamt*innen dafür, dass heftiger unkontrollierter Widerstand ein Gefährdungszeichen für den lagebedingten Erstickungstod sein kann, als unbedingt notwendig.

4. Rechtliche Probleme

4.1 Verhältnismäßigkeit der Maßnahmen

Zwischenfälle gibt es in unterschiedlichen Gewahrsams-, Festnahme-, Eigensicherungs- und Fixierungssituationen. Dabei spielt immer die Fixierung einer festgenommenen oder angehaltenen Person, die erregt oder aggressiv ist und Widerstand leistet, eine Rolle. Unstrittig müssen Eingriffe in die Rechte der von polizeilichen Maßnahmen betroffenen Personen immer verhältnismäßig sein. Die Überlegungen zur Verhältnismäßigkeit beziehen sich auf den gesamten Verlauf der Amtshandlung, insbesondere wenn das Recht auf Leben berührt ist. Verschiedene Gerichtsentscheidungen haben auch in Deutschland deutlich gemacht, dass Polizeibeamt*innen eine besondere Fürsorgepflicht haben, wenn es zu solchen besonderen Fixierungsmaßnahmen kommt (eine Übersicht der Rechtsprechung findet sich bei Dettmeyer u.a. 2009). Es kann dann durchaus in einem Gerichtsverfahren zu einer Verurteilung wegen Körperverletzung mit Todesfolge kommen, und zwar nicht wegen der Art und Weise der Fixierung, sondern wegen Missachtung entsprechender Warnzeichen beim Fixierten.

Der Bundesgerichtshof (BGH) betonte in einer Entscheidung, dass Mittel und Festnahmezweck in angemessenem Verhältnis stehen müssen und stellt in dem Leitsatz fest: „Allerdings gestattet das Recht zur Festnahme nicht die Anwendung eines jeden Mittels, das zur Erreichung dieses Zieles erforderlich ist, selbst wenn die Ausführung oder Aufrechterhaltung der Festnahme sonst nicht möglich wäre. Das angewendete Mittel muss vielmehr zum Festnahmezweck in einem angemessenen Verhältnis stehen. Unzulässig ist es daher regelmäßig, die Flucht eines Straftäters durch Handlungen zu verhindern, die zu einer ernsthaften Beschädigung seiner Gesundheit oder zu, einer unmittelbaren Gefährdung seines Lebens führen (vgl. BGH NStZ-RR 1998, 50)“ (BGH 4 StR 558/99 - Urteil v. 10. Februar 2000 (LG Arnsberg)). Zwar bezog sich dieses Urteil auf die Festnahme durch einen Ladendetektiv nach § 127 StPO; die Grundsätze sind aber auf Festnahmen durch Polizeibeamt*innen übertragbar.

4.2 Der Europäische Kodex für Polizeiethik und das CPT

Auch der Europäische Kodex für Polizeiethik (Council of Europe 2001) betont in seinen Leitlinien als ersten allgemeinen Grundsatz die Pflicht zur Beachtung des Rechts des

Einzelnen auf Leben bei allen Polizeieinsätzen. Im Sinne des Verhältnismäßigkeitsprinzips darf Gewalt nur dann eingesetzt werden, wenn dies absolut notwendig ist und nur in dem Maße, wie dies erforderlich ist, um ein gerechtfertigtes Ziel zu erreichen. Die Polizei muss stets die Rechtmäßigkeit der von ihr beabsichtigten Handlungen überprüfen. Die Entziehung der Freiheit ist so weit wie möglich zu begrenzen und unter Beachtung der Würde, Verletzlichkeit und der persönlichen Bedürfnisse eines jeden Festgenommenen durchzuführen.

Bereits 1997 hat sich das European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) (siehe dazu den Beitrag von *Feltes* in diesem Band) mit Fällen von lagebedingtem Erstickungstod in Polizeigewahrsam auseinandergesetzt und dies in den Jahren danach immer wieder aufgrund aktueller Fälle tun müssen. Das CPT fordert die Vermeidung des Einsatzes von Zwangsmitteln, welche geeignet sind, eine lagebedingte Erstickung zu verursachen, wann immer dies möglich ist. Der Gebrauch derartiger Maßnahmen in Ausnahmefällen müsse Gegenstand von Richtlinien zur Reduzierung des Risikos für die Gesundheit der betroffenen Personen auf ein Minimum sein. Ein Abbruch einer Zwangsmaßnahme bzw. Amtshandlung muss dabei nicht notwendigerweise den vollständigen Verzicht auf die Rechtsdurchsetzung bedeuten, sondern u.U. bloß einen vorläufigen Aufschub.

Eine Umsetzung dieser Vorgaben in der Praxis sollte relativ problemlos möglich sein. Lediglich in Fällen, in denen eine unmittelbare Lebensgefahr für die Einsatzbeamt*innen oder Dritte besteht, müssen möglicherweise auch Zwangsmittel eingesetzt werden, bei denen die unmittelbare Gefahr eines LET besteht. Umso wichtiger ist in solchen Fällen aber die bereits oben beschriebene Beobachtung des Fixierten. Dazu stellt der Österreichische Menschenrechtsbeirat fest:

„Ist die Rechtsordnung zwar auf Durchsetzung angelegt und wird die staatliche Autorität durch die im Gesetz vorgesehenen Eskalationsstufen gestärkt, so bedeutet dies ... aber nicht, dass eine Amtshandlung in jedem Fall und um jeden Preis ihren Abschluss in etwas „Handfestem“ wie einer sofortigen Anzeige oder Festnahme finden muss. Den Beamt*innen muss ein derartiger „Schritt zurück“ ohne Gesichtsverlust vor dem Vorgesetzten und den Kolleg*innen erlaubt sein“ (Bundesministerium des Innern 2004).

4.3 keine Durchsetzung des staatlichen Strafanspruchs „unter allen Umständen“

Auch unter dem Gesichtspunkt des Verhältnismäßigkeitsprinzips empfahl der österreichische Menschenrechtsbeirat, der Abwägung zwischen der Bedeutung der Durchsetzung einer Amtshandlung insbesondere unter Anwendung von Zwangsgewalt und den damit verbundenen Risiken in der konkreten Situation mehr Beachtung zu schenken. Diese Abwägung kann im Einzelfall zu einer Innehaltung, einer Verschiebung auf einen späteren Zeitpunkt oder auch zu einem Abbruch der Amtshandlung führen. Letztlich bedeutet dies, dass die Durchsetzung des staatlichen Strafanspruchs durchaus auch einmal zurückgestellt werden muss, wenn Gefahr für Leib und Leben eines (potentiellen) Straftäters besteht. Dieser Aspekt sollte in der Schulung der Polizeibeamt*innen

besonders berücksichtigt werden, auch um deutlich zu machen, dass der Schutz von Leib und Leben immer der Durchsetzung polizeilicher Maßnahmen vorgeht. Es besteht weder eine Gefahr für die persönliche Autorität eines/r Beamt*in, noch für die Autorität der Polizei oder des Staates, wenn Maßnahmen auch einmal zurückgestellt oder nicht durchgesetzt werden, sofern dies ohne unmittelbare Gefährdung für Beamt*innen, die Betroffenen oder Dritte möglich ist.

5. Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen

Der seit vielen Jahre bekannte, aber noch immer unterschätzte lagebedingte Erstickungstod (LET) ist ein Ereignis, das prinzipiell in Verbindung mit jedem polizeilichem Einschreiten, bei dem Gewalt angewendet und/oder eine Festnahme erfolgt, eintreten kann. In dem Beitrag wurden die Hintergründe des LET sowie die Gefahren bei der Anwendung polizeilicher Zwangsmaßnahmen dargestellt. Trotz oder gerade wegen der besonderen Dynamik bei Festnahme- bzw. Fixierungssituationen ist es notwendig, auf die dabei immer bestehenden Gefahren beständig zu achten und hinzuweisen, Einsatzsituationen zu beobachten und zu analysieren und lageangepasste Fortbildungsmaßnahmen anzubieten. Fälle mit Verdacht auf LET sind transparent aufzuarbeiten, auch um daraus entsprechende Konsequenzen für die zukünftige Einsatzpraxis zu ziehen. Maßnahmen gegen Beamt*innen, die einen LET verursacht haben, sollten nicht disziplinarrechtlicher Natur sein, sondern die Polizeibeamt*innen sind durch geeignete Schulungs-, Betreuungs-, und Supervisionsmaßnahmen konstruktiv zu unterstützen (vgl. dazu den Beitrag von *Feltes* zur individuellen Perspektive von Polizeigewalt in diesem Band).

Insgesamt muss darauf hingewirkt werden, dass die Kenntnisse über den LET allen Polizeivollzugsbeamt*innen zugänglich sind und dass regelmäßige Schulungen dazu stattfinden. Diese Schulungsangebote sollten vor allem in der Praxis für die Praxis erfolgen, weil dort konkret Bezug genommen werden kann auf Erfahrungen und Fälle im Einsatz. Sie sollten auch besonders für Polizeibeamt*innen verpflichtend angeboten werden, die schon länger im Dienst sind, weil sie häufig Vorbildfunktion haben, ihre Ausbildung aber oftmals lange zurückliegt. Es sollte aber auch darauf hingewiesen und durch geeignete Verordnungen und Richtlinien deutlich gemacht werden, dass Festnahmesituationen nicht dazu da sind, das staatliche Gewaltmonopol zu statuieren und unter allen Umständen durchzusetzen, oder gar „Machtverhältnisse“ zu klären. Durch eine Gewahrsamnahme sollen primär Gefahren für Polizeibeamt*innen, Betroffene oder Dritte reduziert werden. Erst wenn dies sichergestellt ist, können die Voraussetzungen zur Durchsetzung des staatlichen Strafanspruchs oder der Gefahrenvermeidung geschaffen werden. Dabei kann es innerhalb von Sekunden zu einem (dann notwendigen und rechtlich gebotenen) Rollenwechsel von dem/der Polizeivollzugsbeamt*in zur „Ersthelfer*in“ kommen. Die Einsicht, dass der staatliche Strafanspruch nicht immer und unter allen Umständen durchgesetzt werden darf, muss von Führungskräften offensiv vermittelt und vertreten werden.

Jede/r Polizeibeamt*in muss sich darüber im Klaren sein, dass prinzipiell jedes Einschreiten, und vor allem jede Fixierung, mit Widerstandshandlungen einhergehen kann und daher die Gefahr der Eskalation und damit von Verletzungen des Festzunehmenden beinhaltet. Besonders bei bestimmten Personengruppen (psychisch Kranke, Personen unter Alkohol- und Drogeneinfluss, Personen mit körperlichen Einschränkungen) oder nach dem Einsatz von Pfefferspray oder Reizgas ist dabei darauf zu achten, dass die Betroffenen in keine Lage gebracht und nicht so fixiert werden, dass ein LET verursacht werden kann. Festnahme- und Fixierungssituationen sind immer einer besonderen Dynamik unterworfen, die nur bedingt im Vorfeld beeinflusst oder deren Umgang „erlernt“ werden kann. Bedingt durch Stresskaskaden und aufgrund von autonomer und nicht zu umgehenden Überlebenstriebe können Reaktionen, die als Widerstand gegen polizeiliche Maßnahmen empfunden werden, auch ganz andere und von den Betroffenen nicht zu beeinflussende Ursachen haben.

Je kürzer die Gewahrsams-, Festnahme-, Eigensicherungslage anhält, desto geringer ist die Gefahr eines LET. Daran sollte sich das Eingriffstraining orientieren. Fixierungen sind nach dem Schließen, das möglichst rasch erfolgen muss, zu beenden (z.B. durch taktische Seitenlage, Auf- oder Hinsetzen). Das teammäßige, arbeitsteilige Festnehmen bzw. Herandrücken einer stehenden Person an eine Wand oder einen PKW sollte eingeübt werden, da so Atembehinderungen verhindert werden können. Den Polizeivollzugsbeamt*innen ist deutlich zu machen, dass ein Arzt anzufordern ist, sobald es Hinweise auf gesundheitliche Probleme gibt oder Pfefferspray oder Reizgas eingesetzt wurde (vgl. Feltes 2016; Wissenschaftlicher Dienst 2010). Letzteres sollte in den einschlägigen Vorschriften zum Einsatz dieser Hilfsmittel geregelt werden. Dies muss zur Routine werden und darf nicht als Schwäche im Einsatzgeschehen gesehen werden. Die Rolle und Bedeutung des/der Beobachter*in bei Fixierungen ist zu thematisieren. Wer nicht unmittelbar an der Fixierungsmaßnahme beteiligt ist, sollte aufgefordert werden, den Zustand des Fixierten zu beobachten und Auffälligkeiten den Beamt*innen zu melden, die die Fixierung durchführen.

Literatur⁴

ARD (2020). Die Polizeiklasse. BR Fernsehen. Fahndungskontrollen & Lagebedingter Erstickungstod, Folge 9 vom 01.07.2020.

Bayerischer Landtag (2014). Schriftliche Anfrage des Abgeordneten Dr. Sepp Dürr, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vom 10.06.2014. Fixierungen durch Justiz und Polizei.

Bundesministerium für Inneres (2004). Bericht des Menschenrechtsbeirates. Einsatz polizeilicher Zwangsgewalt – Risikominimierung in Problemsituationen. Fixierungsmethoden – Lagebedingter Erstickungstod. Wien.

⁴ Ausführliche Internet-Quellenangaben sind nur dort aufgenommen, wo dies zum Auffinden des Beitrages unabdingbar ist.

- Burnett, L. B., Roldan, C. J., Adler, J. (2020). What is the pathophysiology of delirium in cocaine toxicity? Medscape 13.02.2021, <https://www.medscape.com/answers/813959-120685/what-is-the-pathophysiology-of-delirium-in-cocaine-toxicity> Zugegriffen am 11.02.2021.
- Council of Europe, Committee of Ministers (2001). Recommendations Rec (2001)10 of the Committee of Ministers to Member States on the European Code of Police Ethics.
- Dahlkamp, J. (1999). Lebende Leiche. DER SPIEGEL, Nr. 6, 48.
- Daniels, C. (2010). Tragischer Zwischenfall in Polizeigewahrsam. Erst gefesselt, dann erstickt. CME 7, 33.
- Dettmeyer R, Preuß J, Madea B (2009). Lagebedingter Erstickungstod – Positionale Asphyxie – bei polizeilichen Maßnahmen. Kriminalistik 3,161–167.
- Dreier, J. P., Major, S. Foreman, B., Winkler, M. K. L., Kang, E.-J., Milakara, D., Lemale, C. L., DiNapoli, V., Hinzman, J. M., Woitzik, J., Andaluz, N., Carlson, A., Hartings, J. A. (2018). Terminal spreading depolarization and electrical silence in death of human cerebral cortex. Annals of Neurology, 38, 2, S. 295-310.
- Feltes, T. (2016). Begrenztes Risiko“? Polizeilicher Einsatz von Pfefferspray bei Fußballspielen. Bürgerrechte und Polizei (CILIP), S. 56-64.
- Frankfurter Allgemeine Zeitung (FAZ) (2014). Mann bei Polizeieinsatz gestorben. Beamte unter Verdacht der fahrlässigen Tötung. 23.04.2014.
- Grayson, K. (2020). Stand up, and speak out. EMS providers know positional asphyxiation can kill, and have a professional and moral obligation to object to it. EMS1.COM, 01. Juni 2020.
- Heiskell, L. (2019). How To Prevent Positional Asphyxia. Police Magazin. September 9, 2019.
- Heuft, G., Weiss, U., Schütte, N., Reinecke, St., Bär, O., Runde, B., Bastians, F. (2008). Psychische Belastung durch traumatisierende Ereignisse im Beruf – Prävention im Polizeidienst. Dortmund, Berlin, Dresden. <https://dnb.info/992451523/34>. Zugegriffen 08.02.2021.
- Joswig, G. (2020). Lagebedingtes Systemversagen. taz 23.05.2020.
- Zeller, T. (2007). Deaths in Custody: Excited Delirium or Excessive Force? <https://criminaljusticeforum.com/news-and-announcements/deaths-in-custody-excited-delirium-or-excessive-force-3/> Zugegriffen am 11.02.2021.
- Lagebedingter Erstickungstod, Lehrunterlage für Einsatztrainer, Gemeinschaftsproduktion der Polizeien der Länder Baden-Württemberg und Bayern, 1999.
- Latscha, K. (2005). Belastungen von Polizeivollzugsbeamten Empirische Untersuchung zur Posttraumatischen Belastungsstörung bei bayerischen Polizeivollzugsbeamten/-innen. Dissertation München. https://edoc.ub.uni-muenchen.de/3250/1/Latscha_Knut.pdf. Zugegriffen 08.02.2021.

- Mohsenian, Ch., Heinemann, A., Verhoff, M., Riße, M., Karger, B., Püschel, K. (2002). Todesfälle nach Fixierungsmaßnahmen. In: Saternus, K. S., Kernbach-Wighton, G. (Hrsg.). Fixierung erregter Personen: Todesfälle in Klinik und Gewahrsam. Research in Legal Medicine. Vol. 28. Lübeck: Schmidt-Römhild, S. 37-46.
- Neuman, T. (2006). Positional and Restraint Asphyxia. In: Ross, D.L., Chan, T. C. (Hrsg.). *Sudden Deaths in Custody* (S. 39-57). Totowa: Humana Press.
- O'Halloran, R. L., Lewman, L. V. (1993). Restraint Asphyxiation in Exited Delirium. *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 14 (4), 289-295.
- Pedal, I., Zimmer G., Mattern R., Mittmeyer H.-J., Oehmichen M. (1997). Tödliche Zwischenfälle bei der Festnahme höchstgradig erregter Personen. 76. Jahrestagung der Dt. Gesellschaft f. Rechtsmedizin, Jena 16.-20.09.1997, 5.
- Police Academy New York (1994). Positional Asphyxia Prevention Guidelines, Uniformed In-Service Training Unit Lesson. Precinct Level Training Instructor's Guide. New York. Plan Cycle 94-12.
- Pokojewski, B. (1999). Ist der „plötzliche Erstickungstod“ ein unerklärliches Phänomen? *Polizei-heute*. 5, S.178-181.
- Ritter, A. (2009). Der Lagebedingte Erstickungstod-Geschichte und Entwicklung in der Polizei Baden-Württemberg. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Hochschule für Polizei Villingen-Schwenningen.
- Ross, D.L. (2006). Case Analysis of Restraint Deaths in Law Enforcement and Corrections. In D. L. Ross, T. C. Chan, T. C. (Hrsg.), *Sudden Deaths in Custody* (S. 139-165). Totowa: Humana Press.
- Sullivan, L. (2007). Death by Excited Delirium: Diagnosis or Coverup? <https://www.npr.org/templates/story/story.php?storyId=7608386&t=1613058379819>. Zugegriffen 10.02.2021.
- Strömmer, E. M. F., Leith, W., Zeegers, M. P., Freeman, M. D. (2020). The role of restraint in fatal excited delirium: a research synthesis and pooled analysis. *Forensic Science, Medicine and Pathology* 16, S. 680-692.
- US Department of Justice, National Law Enforcement Technology Center (1995). Positional Asphyxia—Sudden Death. <https://www.ojp.gov/pdffiles/posasph.pdf>. Zugegriffen 08.02.2021.
- Wissenschaftlicher Dienst des Bundestages (2010). Information Nr. 83/10. „Pfefferspray“ – Wirkungen und gesundheitliche Gefahren. Berlin.
- Wüstenberg, D. (2020). Auf Hals eines Jugendlichen gekniet? "Verstörende" Bilder einer Festnahme in Düsseldorf – Behörden versprechen Aufklärung. *STERN* 17.08.2020.
- Zack, F., Rummel, J., Büttner, A. Wegener, R. (2009). Plötzlicher Tod nach der Festnahme eines exzitierten Mannes. *Rechtsmedizin* 19, S. 341-344.