

Der Lagebedingte Erstickungstod (LET) im Polizeialltag

Wolfgang Mallach, Thomas Feltes

Beitrag für das Handbuch *Einsatztraining: Professionelles Konfliktmanagement für Polizist*innen*, hrsg. von Mario S. Staller und Swen Körner, 2021 (Springer-Verlag)

((Start Abstract))

Mit dem Begriff des Lagebedingten Erstickungstodes (LET) wird das Phänomen von plötzlicher Atemnot, Atem- oder Herzstillstand beschrieben. Auch bei regelgerechter und rechtskonformer Anwendung unmittelbaren Zwanges im Rahmen von Fest- oder Gewahrsamsnahmen kann ein LET auftreten. Der Beitrag beschreibt anhand von Praxisbeispielen, worum es sich beim LET handelt und gibt Hinweise, wie er verhindert werden kann. Er geht dabei auch auf Faktoren ein, die LET (mit)verursachen.

((End Abstract))

1. Der lagebedingte Erstickungstod (LET)

Der lagebedingte Erstickungstod (LET) ist die Folge von Atemnot und Herzstillstand. Er kommt immer wieder vor im Zusammenhang mit Fest- oder Ingewahrsamsnahmen, und kann sich auch bei regelrechter und rechtskonformer Anwendung unmittelbaren Zwanges ereignen. LET tritt unkontrolliert und nicht unmittelbar vorhersehbar auf, wobei in aller Regel keine Verletzungs-, Schädigungs- und Tötungsabsicht der Beamt*innen vorliegt.

Der LET wurde erstmals als „Positional Asphyxia Syndrome“ (PAS) Anfang 1990er Jahre beim New York City Police Department (NYPD) thematisiert. Nach entsprechender Schulung bei der NYPD hatte *Wolfgang Mallach* das Konzept nach Deutschland gebracht und entsprechende Forschungen sowie Aus- und Fortbildungsmaßnahmen initiiert.

Auslöser für die Diskussion über den LET in Deutschland war 1987 die Festnahme eines 20-jährigen Asylbewerbers, der nach einem Ladendiebstahl in Tübingen von zwei Supermarkt-Angestellten auf dem Bauch liegend festgehalten wurde¹. Das Institut für Gerichtsmedizin der Universität Tübingen stellte damals (fachlich unvollständig und zusammenhangslos) als Todesursache „Reflextod“ fest. Die lokalen sozialen Verwerfungen führten zu Ladenplünderungen und wochenlangen Demonstrationen.

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:

((Start Example))

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 gedrungen und liegend festgehalten. Er flehte die Beamten 11 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) wegen einer Beschwerde eines örtlichen Geschäftsmannes wegen Scheckfälschung festgenommen. Die Beamten geben zunächst an, dass Floyd sich der Verhaftung widersetzt hat, aber zahlreiche Handy- und Sicherheitsvideos widerlegen die Behauptung der Beamten. Er wird er mit den Händen hinter dem Rücken verdeckt auf den Bürgersteig gelegt, und der MPD-Offizier Derek Chauvin kniet achteinhalb Minuten lang auf seinem Nacken, assistiert von drei seiner Kollegen auf Rumpfeslänge, obwohl Floyd ihn 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

((End Example))

¹ https://de.wikipedia.org/wiki/Kiomars_Javadi

² Weitere Fälle bei Grayson 2020.

Der Fall im Jahr 1987 in Deutschland führte, aus der Retrospektive 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 zuerst an der Hochschule für Polizei in Villingen-Schwenningen ab April 1994 vertiefend angeboten werden. Pedal et al. berichteten 1997 auf der 76. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin über „Tödliche Zwischenfälle bei der Festnahme höchstgradig erregter Personen“. Auch 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).

Auch in jüngster Zeit wird über entsprechende Fälle in Deutschland immer wieder in den Medien berichtet (so bspw. Joswig 2020), wobei nur selten die Diagnose „lagebedingter Erstickungstod“ auch gerichtlich festgestellt wird. Die Schilderungen lesen sich dabei oftmals wie folgt: „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“ (Zack et al. 2009) oder „aufgrund der heftigen Gegenwehr erfolgte Fixierung in Bauchlage und die Belastung des Brustkorbes“ (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 aber immer wieder ab. Als Folge der medialen Diskussion wurde darauf von der Polizeiführung 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).

((Start Example))

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).*

((End Example))

Das Phänomen LET gehört zum Standardprogramm in der Ausbildung von Polizeibeamt*innen bei der Landespolizei Baden-Württemberg 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 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.

2. Ursachen und medizinische Erklärungen

Fixierungen beinhalten immer psycho-physiologische Extremlastungen, wenn sich die Betroffenen wehren. Dies gilt für beide Akteure: sowohl für die Polizeivollzugsbeamt*innen (PVB), als auch für die Betroffenen. Dabei kann es sich um Fixierungsmaßnahmen durch Polizei- oder Justizbedienstete handeln, um Fixierungen in (geschlossenen) Einrichtungen der Psychiatrie, aber auch um Festhaltemaßnahmen (z.B. bei Kleinkindern) in Privathaushalten.

Der normale Atemvorgang erfordert eine (aktive) Dehnung des wenig flexiblen, knöchernen Brustkorbs nach vorne und eine Bewegung des Zwerchfells nach unten in Richtung Bauchraum zur Entstehung eines Unterdrucks im Brustkorb, der zur Einatmung führt. Die Ausatmung erfolgt passiv durch Einwirken des Luftdrucks auf den gedehnten Brustkorb sowie auf den Bauch und damit auf das Zwerchfell.

Unter „Ersticken“ ist eine Mangelversorgung der inneren Organe und des Gehirns mit Sauerstoff zu verstehen. Durch eine Schädigung der Zellen infolge des Sauerstoffmangels kommt es zu irreversiblen Zellschäden und schließlich zum Zusammenbruch der Körperfunktionen. Je nachdem, wie der Sauerstoffmangel verursacht wird, spricht man von einem „äußeren“ oder einem „inneren“ Ersticken. „Äußeres“ Ersticken liegt dann vor, wenn der Sauerstoffaustausch in den Lungen behindert wird, wobei dies durch eine Verlegung der Atemwege oder durch die Behinderung der Atemmechanik, d.h. der Atembewegung, geschehen kann.

Atmen ist lebensnotwendig, besonders in Stresssituationen. Bei trainierten Polizeibeamt*innen erhöht sich bei einer Festnahme-Situation das Atemvolumen, das in Ruhe 4-5l/min beträgt, um das 5- bis 6-fache bis auf 30l/min. Das Gleiche dürfte auch für die/den Festzunehmende/n gelten. Damit wird deutlich, dass die Verhinderung oder auch nur die Erschwerung des Atmens in einer Festnahmesituation dramatische Folgen haben kann.

((Start Important))

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 Positionasphyxie 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 Alkoholmissbrauch, Drogenkonsum, Fettleibigkeit, psychiatrische Erkrankungen, körperliche Verletzungen, das sog. „Karotissinus-Syndrom“³ oder auch Herzrhythmusstörungen.

((End Important))

Ursächlich sind folgende Komponenten, die oftmals zusammenwirken: Bauchlage; leistungsreduzierte und aus- / überbelastende Stoffwechsellagen analog Hochleistungsathlet bei Endspurt; Atemnot durch Verschluss des Mundes bzw. der Atemwege z.B. durch Handfläche, Bodenbeläge, hochflorigen Weichteppich; belastender Druck auf Rückenpartie(n) im Brust-/ Lendenwirbelbereich; höchstbelastende Druckwerte durch das Eigengewicht des Fixierungspersonals; Kompression des Thorax (Brustraum) und / oder Abdomen (Bauchraum); untrainierter, übergewichtiger Grundzustand; Einfluss erregender Stoffe wie Kokain, Ecstasy, Heroin; psychogene Angst (z.B. Furcht vor Abschiebung); psychische Gestörtheit / Krankheit. Hinzu kommt, dass durch die sich anbahnende Sauerstoff-Minderversorgung möglicherweise ein apallisches Syndrom entsteht⁴.

³ Das Karotissinus-Syndrom kann Ursache für einen akuten Kreislaufstillstand sein. Es gehört neben anderen Ursachen wie Druck auf das Herz oder vagale Reflexe zu den mechanisch-reflektorischen Faktoren eines akuten Kreislaufstillstandes. Durch Druck auf den Karotissinus (Lokalisiert an der Aufgabelung der Arteria carotis communis in die Arteria carotis interna und Arteria carotis externa, skelettal auf Höhe des Halswirbel C4) wird eine Bradykardie mit daraus resultierendem Herzstillstand ausgelöst <https://de.wikipedia.org/wiki/Karotissinus-Syndrom>.

⁴ Das apallische Syndrom ist ein Krankheitsbild in der Neurologie, das durch schwerste Schädigung des Gehirns hervorgerufen wird. Dabei kommt es zu einem funktionellen Ausfall der gesamten Großhirnfunktion oder größerer Teile, während Funktionen von Zwischenhirn, Hirnstamm und Rückenmark erhalten bleiben (sog. „Ablösen der Großhirnrinde“).

Fest steht, dass nur durch aufmerksames, professionelles Kontrollieren der Vitalfunktionen und eine Druckentlastung des Thoraxraumes (Zwerchfell-Lunge) verhindert werden kann, dass es zu einem LET kommt.

((Start Important))

Besondere Aufmerksamkeit ist bei sog. „Polytoxikomanen“ geboten, 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 unter einem Zustand leiden, der als aufgeregtes Delirium bekannt ist. Diese Störung führt zu Orientierungslosigkeit, Halluzinationen und Denkstörungen und kann die Anfälligkeit für einen plötzlichen Anstieg der Herzfrequenz erhöhen, der zum Herzstillstand führen kann. Alkohol ist ebenfalls ein bedeutender Risikofaktor, da er den Atemantrieb lähmt.

((End Important))

Ursächlich für den LET ist auch, dass die Pumpleistung des Herzens durch Beschleunigung der Schlagfolge und Blutdrucksteigerung erhöht wird. Die Muskelaktivität kann nicht aus Einsicht oder Ermüdung aufgegeben werden, daher droht eine Überlastung des Herzens bis zum Kollaps. Extreme Erregungszustände mit gesteigerter Adrenalin- und Noradrenalinfreisetzung innerhalb des Herzmuskels sowie „Stresshormone“ schädigen in sehr hoher Konzentration unmittelbar die Herzmuskulatur und bei Überlastung kann es zu lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörungen kommen. Der Herzmuskel ist oft - etwa im Falle eines übergewichtigen, chronischen Alkoholikers - untrainiert oder gar im Sinne einer sog. Alkoholischen Kardiomyopathie vorgeschädigt.

((Start Example))

Dies gilt insbesondere dann, wenn als Zwangsmaßnahme Handschellen 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. Untersuchungen haben gezeigt, dass dann, wenn die Person gebeugt oder mit Körpergewicht belastet wird, dies einen größeren Einfluss auf die Atmung hat als die alleinige Positionierung mit dem Gesicht nach unten (Druck auf den sog. „Karotissinus“, s. FN 3). Aber auch wenn die Person in sitzender Position festgehalten wird, ist das Risiko in Fällen höher, in denen die zurückgehaltene Person einen hohen Body-Mass-Index (BMI) aufweist. Ein großer Taillenumfang kann auch die Atmungsfähigkeit beeinträchtigen, wenn die Person sitzend nach vorne gedrückt wird (z.B. bei einem Abschiebeflug im Flugzeugsitz).

((End Example))

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 Beamte 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 und 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 Einsatzbeamten nicht oder nur bedingt zu erkennen sind. Darunter fallen beispielsweise bestehende Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z.B. Herzklappenfehler, Herz-Rhythmus-Störungen). Aber auch psychiatrische Erkrankungen mit akuten Erregungszuständen, Wahnvorstellungen, Schizophrenie, manisch-depressive Erkrankungen sowie Vorerkrankungen des zentralen Nervensystems sind nicht oder nur anhand von Indizien zu erkennen, ebenso wie der Einfluss / Dosis von Medikamenten, Alkohol oder erregenden Drogen oder Behinderungen der Atmung durch Übergewicht oder 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), der Einsatz von Pfefferspray mit Kontamination der Mund- und Rachenschleimhaut und des Bronchialraums, die Behinderung der Atmung durch mechanische Einschnürung des Brustkorbs, im Rahmen des Einsatzes applizierte Medikamente.

Zum LET kann es vor allem dann kommen, wenn sich die betroffene Person in Bauchlage befindet. Dabei behindert schon das eigene Körpergewicht die Dehnung des Brustkorbs; bei Übergewichtigen ist zudem die Bewegung des Zwerchfells durch das Volumen der körpereigenen Organe, welche durch die torsale Kompression das Zwerchfell nach oben Richtung Lungen und Herz pressen, behindert. 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. Wird das Gehirn als in dieser Beziehung empfindlichstes Organ mehr als drei Minuten unterversorgt, kann es zu Hirnschädigungen und im weiteren Verlauf zum Tod kommen. Da die Unterversorgung erst langsam beginnt, sich dann aber immer intensiver aufgrund der allgemeinen metabolischen Sauerstoff-Mangelversorgung ausprägt, muss unverzüglich eine Herz-Lungen-Wiederbelebung eingeleitet werden. Schon die Belastung eines Menschen in einer Erregungsphase führt zu einem Anstieg des Sauerstoffverbrauchs. Alkohol und Drogen steigern diesen Effekt schon in der relativen Ruhephase noch vor einer körperlichen Aktivitätssteigerung. Durch die Erstickungsangst kann es zur weiteren Ausschüttung von Stresshormonen und zu einer unkontrollierten und missverstandenen Verstärkung des Widerstandes kommen, was wiederum zu einer Steigerung des Sauerstoffverbrauchs und damit zur Herbeiführung eines Teufelskreises führt.

Problematisch ist dabei das Erkennen des zeitlichen Beginns der Sauerstoffunterversorgung. Auszugehen ist davon, dass der Eintritt der hirnschädigenden Sauerstoffnot schon lange vor dem Bemerkten der Bewusstlosigkeit liegt. Der Zeitpunkt, wann mit dem Eintreten einer Hirnschädigung bzw. eines lagebedingten Erstickungstodes zu rechnen ist, ist unterschiedlich und liegt im Bereich weniger Minuten.

((Start Important))

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.

((End Important))

3. Aus- und Fortbildung

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 zumindest 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).

((Start Important))

Um das Risiko einer Positionsasphyxie zu minimieren, sind folgende Aspekte zu berücksichtigen (vgl. Heiskell 2019): Wenn möglich, sollten Fixierungstechniken vermieden werden. Sobald der Verdächtige mit Handschließen gefesselt ist, ist er in eine Position zu bringen, die

Brust- und Atemwege freihält. Es sollte nach dem jüngsten Drogenkonsum gefragt werden, oder ob der Betroffene an einer Herz- oder an Atemwegserkrankung leidet. 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 der die Person inhaftiert wird.

((End Important))

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 darf max. 20 bis 30 Sekunden andauern. Zudem ist die Person dabei intensiv zu beobachten, auch nach der Fixierung bzw. Fest- oder Ingewahrsamsnahme. Aus diesen Gründen wurde das Sortiment der Techniken um die Version der „taktisch-stabilen Seitenlagerung“ erweitert.

((Start Example))

„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).

((End Example))

Wenn Kopfhauen (z.B. wegen Spucken, Infektionsgefahren HIV / Covid-19 u.a.) eingesetzt werden, ist besondere Vorsicht geboten, da dadurch das Atmen behindert werden kann und ggf. 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.

Der Bericht des österreichischen Menschenrechtsbeirates (Bundesministerium des Innern 2004) hatte mehrere der in den „Instruktionen für den Exekutivdienst in Österreich“ vorgestellten Fixierungstechniken bewertet und dabei auch auf die o. gen. Lehrunterlage Bezug genommen. Der Information der Beamt*innen 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.

((Start Important))

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 können. Vielmehr scheint das Hauptaugenmerk 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 des lagebedingten Erstickungstodes – wie in den gezeigten Fällen aber 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.

((End Important))

Von medizinischer Seite wurde dem Beirat die Schwierigkeit bzw. Unmöglichkeit der Unterscheidung, ob Abwehrreaktionen als Widerstand zu deuten sind oder im Todeskampf 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

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. Diese Überlegungen zur Verhältnismäßigkeit beziehen sich auf den gesamten Verlauf der Amtshandlung, insbesondere wenn das Recht auf Leben berührt ist.

Der Europäische Kodex für Polizeietik (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) (s. dazu den Beitrag von *Feltes* in diesem Band) mit Fällen von lagebedingtem Erstickungstod in Polizeigewahrsam auseinandergesetzt und dies in den Jahren danach immer wieder getan bzw. 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. Dazu stellt der Österreichische Menschenrechtsbeirat fest:

((Start Important))

„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).

((End Important))

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 oder ihrer zwangsweisen Durchsetzung führen. Dieser Aspekt sollte in der Schulung der Polizeibeamt*innen besonders berücksichtigt werden.

((Start Fazit))

Der seit vielen Jahre bekannte, aber noch immer unterschätzte lagebedingte Erstickungstod ist ein Ereignis, das prinzipiell in Verbindung mit jedem polizeilichem Einschreiten, bei dem Gewalt angewendet und/oder eine Festnahme erfolgte, eintreten kann. In dem Beitrag wurden die medizinischen Hintergründe des LET ebenso dargestellt wie die Gefahren bei der Anwendung polizeilicher Zwangsmaßnahmen. Trotz oder gerade wegen der besonderen Dynamik bei Festnahme- bzw. Fixierungssituationen ist es notwendig, auf die dabei bestehenden Gefahren beständig hinzuweisen, Einsatzsituationen zu beobachten und zu analysieren und lageangepasste Fortbildungsmaßnahmen anzubieten. Fälle mit Verdacht auf LET sind transparent aufzuarbeiten, auch um daraus entsprechende Konsequenzen zu ziehen. Diese sollten nicht disziplinarrechtlicher Natur sein, sondern die Polizeibeamt*innen sind durch geeignete Schulungs-, Betreuungs-, und Supervisionsmaßnahmen konstruktiv zu unterstützen.

((End Fazit))

((Start Overview))

Ableitungen/Hinweise und Handlungsempfehlungen für die polizeiliche Praxis

a) Entscheider*innen

Entscheider müssen darauf hinwirken, dass die Kenntnisse über den LET allen Polizeivollzugsbeamt*innen zugänglich sind und dass regelmäßige Schulungen dazu stattfinden, und zwar vor allem in der Praxis und auch für Polizeibeamt*innen, die schon länger im Dienst sind. 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 oder Machtverhältnisse zu klären, sondern sie sollen primär eine Gefahr für Polizeibeamt*innen, Betroffene oder Dritte reduzieren. 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.

b) Einsatzkräfte

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 Gestörte, Personen unter Alkohol- und Drogeneinfluss, Übergewichtige) oder nach dem Einsatz von Pfefferspray oder Reizgas ist dabei darauf zu achten, dass die Betroffenen in keine Lage gebracht werden, die einen LET verursachen können. Festnahme- und Fixierungssituationen sind immer einer besonderen Dynamik unterworfen, die nur bedingt im Vorfeld beeinflusst oder deren Umgang „erlernt“ werden kann. Bedingt durch medizinisch erklärbare 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.

c) Einsatztrainer*innen

Je kürzer die Gewahrsams-, Festnahme-, Eigensicherungslage, desto geringer das Auftreten von LET. Daran sollte sich das Eingriffstraining orientieren. Je besser die Handhabungssicherheiten im orthopädisch-anatomisch korrekten Bewegen von Gelenken (siehe Judo, Katame-waza / Ne-Waza), desto schneller das „Immobilisieren“. Eingenommene Fixierungen sind nach dem Schließen, das möglichst rasch erfolgen muss (sog. „Quick-Cuffing“) zu beenden (z.B. durch taktische Seitenlage, Auf-/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 Polizeivollzugsbeamten*innen ist deutlich zu machen, dass ein Arzt anzufordern ist, sobald es Hinweise auf gesundheitliche Probleme gibt oder Pfefferspray oder Reizgas eingesetzt wurde. Dies muss zur Routine werden und darf nicht als „Schwäche“ im Einsatzgeschehen gesehen werden.

((End Overview))

Literatur⁵

- 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.
- 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. In: DER SPIEGEL, Nr. 6, S.48
- Daniels, C. (2010): Tragischer Zwischenfall in Polizeigewahrsam. Erst gefesselt, dann erstickt. In: CME 7, 33.
- 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. In: EMS1.COM, 01. Juni 2020.
- Heiskell, L. (2019): How To Prevent Positional Asphyxia. In: Police Magazin. September 9, 2019.
- Joswig, G. (2020): Lagebedingtes Systemversagen. In: taz 23.05.2020.
- Lagebedingter Erstickungstod, Lehrunterlage für Einsatztrainer, Gemeinschaftsproduktion der Polizeien der Länder Baden-Württemberg und Bayern, 1999
- O'Halloran, R. L. / Lewman, L. V. (1993): Restraint Asphyxiation in Exited Delirium. In: 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. In: 76. Jahrestagung der Dt. Gesellschaft f. Rechtsmedizin, Jena 16.-20.09.1997, S.5.
- Wüstenberg, D. (2020). Auf Hals eines Jugendlichen gekniet? "Verstörende" Bilder einer Festnahme in Düsseldorf – Behörden versprechen Aufklärung. In: STERN 17.08.2020.
- Zack, F., Rummel, J., Büttner, A. Wegener, R. (2009): Plötzlicher Tod nach der Festnahme eines exzitierten Mannes. In: Rechtsmedizin 19, S. 341-344.

⁵ Ausführliche Internet-Quellenangaben sind nur dort aufgenommen, wo dies zum Auffinden des Beitrages unabdingbar ist.