

Zürich, 16. August 2010/ms

Einschreiben

Staatsanwaltschaft Winterthur/Unterland
Herr lic.iur. Christian Philipp, Staatsanwalt
Hermann Götz-Strasse 24
Postfach

8401 Winterthur

**Strafuntersuchung i.S. Joseph Ndukaku Chiakwa alias Alex
Khamma sel.**

Ereignis vom 17. März 2010

I/Ref.: B-1/2010/1806

Sehr geehrter Herr Staatsanwalt

In der eingangs erwähnten Angelegenheit beziehe ich mich auf Ihr Schreiben vom 22. Juni 2010 und stelle Ihnen namens und im Auftrag meiner Mandanten bezüglich des von Ihnen geführten Verfahrens folgende

Anträge:

1. Es sei ein weiteres Obduktionsgutachten einzuholen unter Beteiligung von Ärztinnen bzw. Ärzten der Fachrichtungen Pathologie, Kardiologie, Psychiatrie und Ärztinnen bzw. Ärzten mit Praxiserfahrungen mit Bezug auf Hungerstreik, Anorexia nervosa sowie Reanimation.
2. Im Anschluss an den Abschluss des Begutachtungsverfahrens sei den Hinterbliebenen noch einmal Gelegenheit zu geben, gegen bestimmte Personen Strafanzeige einzureichen.

Begründung:

1. Das Institut für Rechtsmedizin (IRM ZH) hat am 16. Juni 2010 sein Obduktionsgutachten zu diesem Fall erstattet. Es stellt sich die Frage, ob das Obduktionsgutachten des IRM ZH den formellen und materiellen Kriterien an ein solches Gutachten genügt, sodass über das weitere Vorgehen in diesem Verfahren gestützt auf dieses Gutachten entschieden werden kann. Erforderlich ist namentlich, dass der begutachtenden Stelle genügend Unabhängigkeit zukommt, um einen derartigen Fall (Tod einer Person, die sich in staatlichem Gewahrsam befindet, im Rahmen von Zwangsmassnahmen) beurteilen zu können. Im Weiteren ist zu prüfen, ob den bei der Begutachtung involvierten Personen genügend fachliche Qualifikation zukommt, um alle relevanten Aspekte beurteilen zu können. Schliesslich stellt sich die Frage, ob das Gutachten schlüssig ist, das heisst ob es für die Beantwortung der sich stellenden Fragen umfassend ist, ob es in seinen fachlichen Darlegungen einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Behörde sie prüfen und nachvollziehen kann, und ob nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der sich stellenden Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich gemacht werden.
2. Die Umstände eines derartigen Todesfalls sind wirksam und unabhängig zu untersuchen (in Bezug auf die Praxis dazu verweise ich vorab auf meine Eingabe vom 31. Mai 2010). Dem Obduktionsgutachten kommt in diesem Zusammenhang eine überragende Stellung zu, namentlich was den Gesundheitszustand, die Todesursache und den Einfluss der in dieser Angelegenheit involvierten Personen auf den Verlauf betrifft. An die Unabhängigkeit der mit der Erstellung des Obduktionsgutachtens betrauten Fachpersonen ist deshalb ein sehr hoher Massstab anzulegen, steht und fällt doch die strafrechtliche Verantwortlichkeit mit den im Obduktionsgutachten gezogenen Schlussfolgerungen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Joseph Ndukaku Chiakwa sel. starb, als er sich in staatlichem Gewahrsam befand und staatlichen Zwangsmassnahmen ausgesetzt war. Die in diese Angelegenheit involvierten Personen handelten für Behörde, namentlich für die Kantonspolizei Zürich, für den Justizvollzug des Kantons Zürich, für das Migrationsamt des Kantons Zürich und für das Bundesamt für Migration.
3. Das IRM ZH, welches das vorliegende Obduktionsgutachten verfasst hat, weist für die Beurteilung eines solchen Falles eine zu grosse institutionelle Nähe auf bzw. ist zu oft für die involvierten Behörden tätig, um als genügend unabhängig zu gelten. Die forensische Medizin des IRM ZH ist regelmässig und in erster Linie für die Justizbehörden des Kantons Zürich tätig (vgl. die Selbstdarstellung des Instituts unter <http://www.irm.uzh.ch/fm.php>). Damit besteht namentlich eine übermässige Nähe zur Kantonspolizei Zürich. Dem IRM ZH fehlt die erforderliche Unabhängigkeit und Distanz, um die Beurteilung des vorliegenden Falles

zu übernehmen. Auf das Obduktionsgutachten des IRM ZH kann bereits aus diesem Grund nicht abgestellt werden.

4. Im Weiteren weist das Obduktionsgutachten auch deutliche fachliche und inhaltliche Mängel auf. Es leuchtet in seinen Darlegungen und Schlussfolgerungen in zentralen Punkten nicht ein, erörtert wesentliche Zusammenhänge nicht oder nicht genügend und beantwortet nicht alle sich stellenden Fragen. In diesem Zusammenhang ist auch von Relevanz, dass nicht alle Fachrichtungen, die zur Beurteilung der sich stellenden Fragen notwendig sind, im Begutachtungsverfahren involviert waren. Schliesslich dürfte auch der massgebliche Sachverhalt nicht genügend abgeklärt sein, und zwar nicht nur in Bezug auf die sich stellenden pathologisch/medizinischen Fragen, sondern auch in Bezug auf den Sachverhalt, wie er im Rahmen des Verfahrens zu eruieren ist.
5. Zentral für die Schlussfolgerungen des Gutachtens, aber auch für die vorläufige Beurteilung in Ihrem Schreiben vom 22. Juni 2010, ist der im Obduktionsgutachten dargelegte Befund, bei Joseph Ndukaku Chiakwa sel. habe mit einer hypertrophischen Kardiomyopathie eine schwerwiegende Vorerkrankung des Herzens vorgelegen (so insb. S. 58 des Gutachtens). Es handle sich hierbei um eine meist angeborene Erkrankung des Herzmuskelgewebes, die häufig asymptomatisch sei. Das Gutachten bezieht sich bei der an dieser Stelle angegebenen Einordnung der Herzerkrankung offensichtlich auf die ebenfalls im Gutachten zitierte Internetinformation Wikipedia zum Thema hypertrophe Kardiomyopathie (S. 45 f. des Gutachtens). Im entsprechenden Wikipedia-Eintrag steht, die hypertrophe Kardiomyopathie sei eine angeborene Erkrankung und gehöre zur grossen Gruppe der Kardiomyopathien. Sie sei charakterisiert durch eine meist asymmetrische Verdickung der Herzmuskulatur der linken Herzkammer. Ferner finden sich darin Angaben zum Auftreten, zur Diagnose und zur Behandlung dieser Krankheit.
6. Der konkrete Befund geht zurück auf eine vom IRM ZH bei Prof. Dr. med. Thomas Schaffner eingeholte Beurteilung. Dieser beschreibt in seinem Bericht vom 11. Juni 2010 im Rahmen der pathologischen Hauptdiagnosen tatsächlich eine Kardiopathie, welche er als todesursachenrelevant einstuft. Im epikritischen Kommentar schreibt er, ganz klar vorbestehend krankhaft sei der Herzmuskel des Verstorbenen. Die Befunde würden in ihrer Verbindung für eine hypertrophische Kardiomyopathie sprechen. Nun scheint aber erstens die Form und die Ursache der beschriebenen vorbestehenden Herzveränderungen nicht unbedingt der in Wikipedia dargelegten Charakterisierung der hypertrophen Kardiomyopathie zu entsprechen. So scheint Dr. Schaffner autoptisch keine Verdickung und Massenzunahme des Herzens bzw. der entsprechenden Herzmuskulatur vorgefunden zu haben, jedenfalls leitet er seine Schlussfolgerungen nicht von einem solchen – der Charakterisierung in Wikipedia entsprechenden – Befund ab. Ebenso wenig wird eine Erweiterung des linken Vorhofes beschrieben. Weiter beschreibt er die

entsprechenden Herzveränderungen zwar als vorbestehend, meint damit aber primär nur, dass diese Veränderungen vor den Vorgängen, die schliesslich zum Tod geführt haben, also vor dem Ausschaffungsversuch, bestanden haben. Den Zeitraum, während dem dieser Vorzustand vorgelegen hatte, vermag Prof. Schaffner allerdings nicht festzulegen. An einer Stelle führt er aus, die Befunde würden für das Vorliegen einer wahrscheinlich genetischen Herzmuskelkrankheit sprechen, wobei er in diesem Zusammenhang weitere Abklärungsmöglichkeiten aufzeigt. Weiter weist er darauf hin, dass sich als Ausdruck einer schweren Herzfunktionsstörung die Innenschicht des Herzens deutlich pathologisch verändert habe. Es ist für ihn aber unklar, ob dies direkt zum Komplex der anderen Herzveränderungen gehört oder als deren ischämische Folge zu interpretieren ist. Gleichzeitig weist er darauf hin, dass der Verstorbene als Folge des Hungerstreiks derart viel Gewicht verloren hat, dass der BMI genau an der Kachexie-Grenze lag. Dazu führt er aus, dass dies auch über Vitaminmangel und entsprechender genetischer/konstitutioneller Disposition (Mitochondrien/Carnitin-Stoffwechsel) eine Kardiomyopathie bewirken oder verstärken kann. Die beschriebene Kardiomyopathie könnte somit m.a.W. auch durch den durch den Hungerstreik bedingten Gewichtsverlust bzw. dessen Folgen bewirkt worden sein. Schliesslich schreibt er an anderer Stelle, die vorbestehenden Herzveränderungen könnten seit mehr als Wochen bis Monaten, ja vielleicht seit Jahren vorhanden gewesen sein. Zusammengefasst postuliert Prof. Schaffner also nicht etwa klar eine seit Geburt bestehende hypertrophe Kardiomyopathie, die der Charakterisierung im Wikipedia-Eintrag entsprechen würde. Er lässt vielmehr offen, ob die von ihm beschriebenen Herzveränderungen seit Wochen, Monaten oder seit Jahren bestanden haben.

Zudem sind die vorbestehenden Herzbeschwerden gemäss dem epikritischen Kommentar von Prof. Schaffner lediglich eine von mehreren möglichen Todesursachen. Als weiteren möglichen Ursachenverlauf beschreibt Prof. Schaffner, dass Stress über eine adrenergene Reaktion als Trigger für eine letale Rhythmusstörung bei Kardiomyopathie allgemein in Frage käme. Sodann liege eine weitere nicht von der Hand zu weisende Möglichkeit für eine tödliche Rhythmusstörung, im Umstand, dass Malnutrition (m.a.W. der Hungerstreik) zur tödlich arrhythmogenen Hypokaliämie führen könne, und dies auch ohne vorbestehende kardiale Veränderungen. Er verweist darauf, dass solches bei krankhafter Magersucht (Anorexia nervosa) nicht selten sei. Schliesslich schreibt er, die vorbestehenden Herzveränderungen seien eine plausible, aber letztlich *sensu strictiori* unbeweisbare Ursache.

Prof. Schaffner interpretiert die Befunde damit zusammengefasst einerseits als hypertrophe Kardiomyopathie. Andererseits diskutiert er verschiedenen mögliche Einordnungen der Befunde, was deren Ursachen, den zeitlichen Verlauf und deren Kausalität für den Todeseintritt betrifft. Nicht nachvollziehbar ist die Einordnung durch Prof. Schaffner insoweit, als er an gewis-

sen Stellen das Vorhandensein einer hypertrophen Kardiomyopathie postuliert, dies aber an anderer Stelle wieder in Frage stellt, und zudem die Interpretation als hypertrophe Kardiomyopathie aufgrund recht unspezifischer Befunde vornimmt. So beschreibt er insbesondere nicht einen Befund, der der Charakterisierung im Wikipedia-Eintrag entspricht. Dies stellt die klinische Relevanz des Befundes zusätzlich in Frage. Insgesamt ist die Einordnung der Befunde und deren Relevanz für den Todeseintritt durch Prof. Schaffner jedenfalls inkonsistent. Prof. Schaffner legt aber immerhin offen, dass er verschiedene Ursachen sowohl für die von ihm postulierte Herzschiädigung als auch für den Todeseintritt für möglich hält.

7. Im eigentlichen Obduktionsgutachten mutieren diese differenziert dargestellten Zusammenhänge zu einer hypertrophen Kardiomyopathie im Sinne der Charakterisierung des Wikipedia-Eintrags. Es wird angenommen, die von Prof. Schaffner beschriebenen Herzveränderungen hätten schon vor Beginn des Hungerstreiks bestanden. Diese Annahme lässt sich aber nicht auf den Bericht von Prof. Schaffner abstützen und wird auch sonst nirgends plausibel begründet. Im Rahmen der fallrelevanten medizinischen Gutachten (S. 38 ff.) werden verschiedene denkbare Todesursachen diskutiert. In der Beurteilung wird dann aber geschlossen, aufgrund der feingeweblichen Untersuchungsbefunde u.a. am Herzen sowie der bekannten Angaben zum Ereignishergang, müsse der Tod somit auf ein Herzversagen des schwer vorgeschädigten Herzens bei einer akuten Erregung zurückgeführt werden (Gutachten S. 59). Dieser Schluss wird aber im Obduktionsgutachten nirgends plausibel begründet. Es drängt sich im Gegenteil der Schluss auf, dass die vorgefundenen Herzveränderungen überinterpretiert worden sind, bezieht sich das Obduktionsgutachten doch im Zusammenhang mit der Frage der Todesursache auf eine angeborene, jedenfalls schon seit längerem bestehende Form einer hypertrophen Kardiomyopathie, wie sie insbesondere im Wikipedia-Eintrag beschrieben wird, was aber erstens nicht deckungsgleich mit den von Prof. Schaffner beschriebenen Befunden ist und zweitens übergeht, dass Prof. Schaffner die möglichen Todesursachen viel differenzierter ausführt und jedenfalls als Todesursache nicht eindeutig eine seit längerem (sprich: schon vor Beginn des Hungerstreiks) bestehende Herzveränderung postuliert. Damit sind die im Obduktionsgutachten gezogenen Schlüsse im Bezug auf die Todesursache nicht plausibel, in ihrer Begründung nicht nachvollziehbar und schlecht mit den autoptischen Befunden vereinbar. Damit erweist sich ein zentraler Pfeiler des Obduktionsgutachtens als nicht tragfähig.

Prof. Schaffner erwähnt die Möglichkeit, die Ursache der Herzveränderungen genetisch oder durch Rückfragen bei der Familie einzugrenzen. Beides wurde nicht vorgenommen. Meine Mandanten könnten auf eine entsprechende Rückfrage im Übrigen angeben, dass keine vergleichbaren Todesfälle in der Familie bekannt sind, geschweige denn, dass gehäuft

entsprechende Todesfälle vorkommen. Diese Information lag den Gutachtern nicht vor.

8. Weitere Fragezeichen sind – was die vorgefundenen Herzveränderungen betrifft – bei den Ausführungen im Obduktionsgutachten zur Diagnostizierbarkeit einer hypertrophischen Kardiomyopathie anzubringen. Im Zusammenhang mit der Todesursache wird im Obduktionsgutachten ausgeführt, die (angenommene) hypertrophische Kardiomyopathie sei häufig asymptomatisch. Wenn eine betroffene Person klinische Erscheinungen aufweise, dann seien diese meist nicht wegweisend. Eine derartige Herzerkrankung könne zuverlässig in der Regel erst nach dem Tod diagnostiziert werden und verursache zu Lebzeiten nur bedingt klinische Symptome wie zum Beispiel Herzrhythmusstörungen. Ohne klinische Untersuchung (u.a. mit Ableitung der Herzstromkurven, Ultraschall-Kernspintomographie-Untersuchung des Herzens) sei es praktisch unmöglich, eine derartige Herzerkrankung festzustellen.
9. Diese Ausführungen sind medizinisch fragwürdig und juristisch – also in Bezug auf ihre Relevanz für den konkreten Fall – irreführend.
10. Was die Symptome und die Diagnostizierbarkeit betrifft, dürfte sich das Obduktionsgutachten wiederum auf den Wikipedia-Eintrag zur hypertrophen Kardiomyopathie beziehen. Dazu ist im Obduktionsgutachten erwähnt, betroffene Personen würden häufig keine Symptome haben. Wenn Symptome auftreten, seien diese meist unspezifisch und nicht wegweisend. Zusätzlich wird aufgeführt, in der körperlichen Untersuchung falle im Rahmen des Abhörens des Herzens ein Herzgeräusch auf (sogenanntes Systolikum), das unter Belastung zunehme (Gutachten S. 45). Dieses Diagnosekriterium unterschlägt das Obduktionsgutachten an der Stelle, an der es um die Todesursache geht. Nirgends im Obduktionsgutachten erwähnt ist im Übrigen die Möglichkeit, nach dem Auftreten von Beschwerden und Todesfällen innerhalb der Familie zu fragen, welche Hinweise auf eine erblich bedingte hypertrophe Kardiomyopathie geben könnten.
11. Medizinisch und juristisch zentral ist im Übrigen, dass es gar nicht darauf ankommt, wie zuverlässig eine hypertrophe Kardiomyopathie diagnostiziert werden kann, bzw. welcher Mittel es dafür bedarf. Hinweise auf eine mögliche hypertrophe Kardiomyopathie können sich wie dargelegt insbesondere durch das Abhören des Herzens und im Rahmen der Erhebung der Familienanamnese ergeben. Eine hypertrophe Kardiomyopathie, die schwer genug ist, um einen plötzlichen Herztod zu verursachen, wird mit entsprechenden Herzgeräuschen beim Auskultieren auffallen. Damit kommt es nicht darauf an, dass erste Befunde möglicherweise unspezifisch sind. Entsprechende Feststellungen, namentlich ein entsprechendes Herzgeräusch, wären zwingend Anlass für weitere medizinische Abklärungen. Im Rahmen weiterer medizinischer Abklärungen wiederum wird sich eine Herzkrankheit genügend

zuverlässig feststellen lassen, um ein erhöhtes Risiko eines plötzlichen Herztodes zuverlässig genug zu erkennen. Somit kommt es nicht darauf an, ob eine hypertrophe Kardiomyopathie im konkreten Fall auf Anhieb eindeutig hätte diagnostiziert werden können. Entscheidend ist vielmehr, dass entsprechende Untersuchungen, namentlich das Abhören des Herzens, im Falle des Vorliegens einer hypertrophen Kardiomyopathie, die schwer genug war, um einen plötzlichen Herztod verursachen zu können, Hinweise bzw. Anormalitäten zu Tage gefördert hätten, die Anlass zu einer vertieften kardiologischen Abklärung gegeben hätten. Eine – mittels einfach durchzuführender medizinischer Untersuchung feststellbare – Verdachtsdiagnose auf eine schwere Herzkrankheit hätte somit letztlich genügt, um ein allfälliges Herztodrisiko im Rahmen der Ausschaffung Level 4 erkennen zu können.

12. Offenbar konnte das medizinische Personal des Gefängnisses am 9. Februar 2010 feststellen, dass Joseph Ndukaku Chiakwa sel. seit ein paar Tagen nichts mehr gegessen hatte (Obduktionsgutachten S. 4 f.; Einvernahme E.S. vom 30. April 2010). Damit dürfte er sich zum Zeitpunkt des Ausschaffungsversuches seit 40 oder mehr Tagen im Hungerstreik befunden haben. Man nahm an, dass er noch genügend trinken würde. Autoptisch wurde aber festgestellt, dass nicht nur Folgen einer längere Zeit dauernden, zu geringen Nahrungs-, sondern auch einer ungenügenden Flüssigkeitszufuhr aufgetreten waren (Obduktionsgutachten S. 56). Aus dieser Situation heraus wurde versucht, Joseph Ndukaku Chiakwa sel. auszuschaffen, und zwar Level 4, also nötigenfalls gegen seinen Willen und unter Applikation multipler Fesseln, eines Helmes und eines Netzes vor dem Gesicht. Es gilt nun zu klären, welche Risiken mit einem solchen Ablauf verbunden sind. Namentlich sind die möglichen Folgen eines derart lange dauernden Hungerstreiks zu beleuchten, aber auch das zusätzliche Risiko, dass die Durchführung einer Level-4-Ausschaffung nach einem solchen Hungerstreik darstellt.
13. Das Obduktionsgutachten geht vereinzelt auf diese Problematik ein. Insgesamt wird diese aber wenig ausgeleuchtet. Soweit Risiken und Probleme beschrieben werden, werden diese in den Schlussfolgerungen kaum aufgenommen. So wird ausgeführt, ab einem Gewichtsverlust von rund einem Fünftel des ursprünglichen Körpergewichts werde von einer kritischen Situation gesprochen. Angesichts des vorgelegenen Gewichtsverlustes von mehr als einem Drittel des Körpergewichts müsse von einer ernsthaften gesundheitlichen körperlichen Störung gesprochen werden (Obduktionsgutachten S. 56). Der Body-Mass-Index (BMI) lag an der Grenze zur Kachexie. Sowohl der Bericht von Prof. Schaffner als auch das Obduktionsgutachten gehen davon aus, dass sich der Hungerstreik manifest auf die Gesundheit ausgewirkt hat. Erwähnt werden u.a. Vitaminmangel und die Möglichkeit einer tödlich arrhythmogenen Hypokaliämie (Bericht von Prof. Schaffner, S. 3, Obduktionsgutachten S. 56). Im Weiteren wird stellenweise auf allgemeine medizinische Erkenntnisse zu den Folgen eines Hungerstreiks eingegangen. Im

Obduktionsgutachten wird ausgeführt, es sei medizinisch belegt, dass ein mehr als 14 Tage dauerndes Fasten bzw. eine ungenügende Flüssigkeitszufuhr unter Umständen sehr gefährlich sein könne. Zum einen könne es über die Verschiebung von körpereigenen Elektrolyten u.a. zu Herzrhythmusstörungen und letztlich zum Tod kommen. Zum anderen beeinflusse eine ungenügende Flüssigkeitsaufnahme die psychische Leistungsfähigkeit. Es werden verschiedene Studien zitiert, die sich mit der Problematik und den gesundheitlichen Folgen eines Hungerstreiks befasst haben, sowie ein Ausschnitt aus dem Wikipedia-Artikel zum Hungerstoffwechsel. Prof. Schaffner geht wie dargelegt davon aus, dass der Hungerstreik auch ohne zuvor bestehende Herzerkrankung genügend gravierende Auswirkungen gehabt haben kann, dass dies massgeblich zum Tod beigetragen hat.

14. Insgesamt zeigen die Gutachter also zumindest ansatzweise auf, dass ein derart langer Hungerstreik gravierende Auswirkungen auf den Gesundheitszustand haben kann, und stellen konkret auch einige Auswirkungen fest. Auch Auswirkungen eines Flüssigkeitsmangels werden erwähnt, und es wird ausgeführt, dass laut Studien damit zu rechnen ist, dass Hungerstreikende zu wenig trinken, Dehydration sei ein gefürchtetes Risiko, da die Betroffenen im Verlauf des Hungerstreiks ihr Hunger- und Durstgefühl verlieren. Erschöpfend behandelt wird die Problematik allerdings nicht. Man gewinnt kein klares Bild davon, nach welchem Zeitraum mit welchen Problemen zu rechnen ist.
15. Noch weniger angesprochen wird die Kombination eines derart langen Hungerstreiks mit einer Level-4-Ausschaffung. Zwar mit an mehreren Stellen angesprochen, dass eine solche Ausschaffung mit sehr viel Stress und mit einer ausserordentlich hohen Belastung für den Körper verbunden ist. Auch wird als Todesursache eine Kombination der Auswirkungen des geschädigten Herzens und der akuten Belastung bei der Ausschaffung postuliert (vgl. insb. Obduktionsgutachten S. 59 und Bericht Prof. Schaffner S. 3). Der Zusammenhang zwischen Hungerstreik und dieser Belastung wird jedoch nicht vertieft behandelt, dies wohl zum Einen, weil primär von einer Herzschädigung ausgegangen wird, die schon vor dem Hungerstreik bestand, – was wie dargelegt als fraglich erscheint – und zum Anderen, weil die Gutachter diesen Zusammenhang mit ihrem Fachwissen nicht abschliessend beurteilen konnten. So empfiehlt Prof. Schaffner u. a. die Beurteilung durch einen mit Anorexia nervosa erfahrenen Arzt (Bericht S. 3) und sagt, angesichts der offensichtlichen Mangelernährung hätte sich noch eine Anfrage nach entsprechenden klinischen Untersuchungen (Kalium) und Massnahmen zur Behandlung einer allfälligen Hypokaliämie aufgedrängt (Bericht S. 4). Insgesamt ist somit festzustellen, dass die Risiken, die sich aus der Kombination eines langen Hungerstreiks mit einer versuchten Level-4-Ausschaffung ergeben haben, gutachterlich nicht genügend erhoben worden sind.

16. Dasselbe gilt für die Frage, welche Behandlung in einer solchen Situation angemessen gewesen wäre. Dies wird im Obduktionsgutachten zwar angeschnitten, aber nicht vertieft. U. a. wird gesagt, dass eine Hospitalisation allenfalls hätte in Betracht gezogen werden können (Obduktionsgutachten S. 58). Diese Aussage ist aber wenig substantiell und kaum nachzuvollziehen, nachdem die Folgen, mit denen in einer solchen Situation zu rechnen sind, nicht genügend beleuchtet werden und auch wenig über die erforderliche medizinische Behandlung gesagt wird.
17. Klar ungenügend sind im Weiteren die Ausführungen zur Aufklärung. Zwar zitiert der Obduktionsgutachter mehrere Quellen, die die erforderliche Aufklärung umschreiben, und zwar sowohl in Bezug auf den Hungerstreik in der Haft als auch in Bezug auf eine anstehende Ausschaffung. Das Vorgehen des Gefängnisarztes muss auf Basis einer zureichenden Aufklärung erfolgen (informed consent). Gemäss den Richtlinien der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften bezüglich Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten Personen (SAMW-Richtlinien) muss die inhaftierte Person durch den Arzt in objektiver Art und Weise und wiederholt über die möglichen Risiken von längerem Fasten aufgeklärt werden. Worüber aufgeklärt werden muss, hängt offenkundig von der aktuellen Situation und der Perspektive ab, welche sich immer wieder verändern können. Eine wirksame Aufklärung setzt die Urteilsfähigkeit des Betroffenen voraus. Gemäss SAMW-Richtlinien ist erforderlich, dass die volle Urteilsfähigkeit der betreffenden Person von einem ausserhalb der Anstalt tätigen Arzt bestätigt wurde (vgl. insb. Obduktionsgutachten S. 39, S. 41 f.).
18. Es ist im Verfahren noch nicht im Detail untersucht worden, wie Joseph Ndukaku Chiakwa sel. genau aufgeklärt worden ist, d. h. weder über die Häufigkeit noch über den Inhalt der Aufklärung liegt eine abschliessende Untersuchung vor. Der Obduktionsgutachter kann deshalb auch keine detaillierte Feststellungen dazu treffen. Erstaunlicherweise kommt er dennoch zum Schluss, der Gefängnisarzt habe sich bezüglich der Respektierung des Entschiedes des Betroffenen für die Aufnahme eines Hungerstreiks, der notwendigen Aufklärung über die Gefahr des Hungerstreiks sowie der Absicherung, ihm regelmässig zu essen und zu trinken angeboten wurde, entsprechend den SAMW-Richtlinien verhalten. Dies erstaunt umso mehr, als ein Satz vorher gesagt wird, der Gefängnisarzt habe ihn *vermutlich* auf die Gefahren eines solchen Verhaltens aufmerksam gemacht (Obduktionsgutachten S. 60). Der Schluss des Gutachters ist jedenfalls offensichtlich nicht fundiert und damit nicht schlüssig. Was hingegen eingeräumt wird, ist der Umstand, dass es der Gefängnisarzt unterlassen hat, die Urteilsfähigkeit im Verlauf des Hungerstreiks noch einmal fachärztlich abzuklären (Obduktionsgutachten S. 61). Nicht vertieft thematisiert wird im Übrigen auch die Frage der genügenden Aufklärung im Zusammenhang mit der anstehenden Ausschaffung Level 4.
19. Unter diesen Umständen kann der Gutachter auch nicht darauf verweisen, die Untersuchung des Betroffenen sei erschwert gewesen. Erstens liess er

sich ursprünglich durchaus untersuchen (vgl. Obduktionsgutachten S. 55). Zweitens ist die Annahme, die Aufklärung sei genügend gewesen, nicht fundiert, und es fehlte die erforderliche externe fachärztliche Abklärung der Urteilsfähigkeit. Somit kann nicht gesagt werden, der Betroffene habe seine Entscheidung im Rahmen eines informed consent gefällt. Drittens konnte die Aufklärung so nicht auf Basis des im Detail erhobenen Gesundheitszustandes erfolgen, aber doch immerhin auf der Grundlage allgemeiner Informationen über die Folgen eines Hungerstreiks, für sich alleine und in Verbindung mit der geplanten Ausschaffung. Es ergeben sich bereits aus den vorliegenden medizinischen Abklärungen genügend Hinweise, dass in dieser Kombination ein erhebliches Risiko für schwerwiegende gesundheitliche Folgen bis hin zum Tod bestand. Die Pflicht zur Aufklärung war damit nicht nur auf die Frage, ob der Betroffene seinen Hungerstreik fortsetzt, zentral, sondern auch in Bezug auf die Frage, welche Untersuchung und allenfalls Behandlung für ihn angemessen gewesen wäre.

20. Im Übrigen erscheint es als äusserst fraglich, ob in der bestehenden Situation angenommen werden durfte, der Betroffene sei gesund bzw. jedenfalls gesund genug, um eine Level-4-Ausschaffung überleben zu können, womit mit nicht mit einem tödlichen Verlauf der Aktion gerechnet werden musste. Hierzu bedarf es wie dargelegt weiterer Abklärungen, wobei eben bereits jetzt Hinweise bestehen, dass allgemein ein erhebliches Risiko dafür besteht, dass ein Häftling nach einem derart langen Hungerstreik bei einer Level-4-Ausschaffung stirbt. Jedenfalls kann auf Basis der jetzigen medizinischen Abklärungen nicht geschlossen werden, ein Verlauf hin zu einem Todesfall bei einer Level-4-Ausschaffung nach einem solchen Hungerstreik sei geradezu abwegig und es müsse damit nicht gerechnet werden. Auf Basis des vorliegenden Gutachtens kann jedenfalls aus juristischer Sicht nicht gesagt werden, der Eintritt des Todes im Rahmen der Ausschaffung sei nicht vorhersehbar und nicht vermeidbar gewesen. Das Gutachten ist wie dargelegt in verschiedenen Aspekten, die zur Beurteilung dieser Frage medizinisch geklärt sein müssten, nicht stringent, zu wenig plausibel und zu wenig genau. Es beantwortet die Fragen, die sich in diesem Zusammenhang stellen, teilweise nicht überzeugend und teilweise gar nicht. Insoweit erscheint es zwingend, weitere medizinische Abklärungen zu veranlassen.
21. Im allgemeinen Kapitel «fallrelevante medizinische und juristische Informationen» wird auf einen weiteren Aspekt hingewiesen, der in den SAMW-Richtlinien geregelt ist: Soll der Arzt die zuständigen Behörden über die möglichen Risiken und Konsequenzen einer (durch die Behörden bereits beschlossenen) Zwangsüberführung (z.B. Ausweisung Wohnung, Ausschaffung) für den Gesundheitszustand einer inhaftierten Person orientieren, muss er sich bemühen, dabei äusserte Vorsicht walten zu lassen, nachdem die dazu erforderlichen Informationen über die Krankengeschichte der betroffenen Person soweit möglich eingeholt worden sind. Insbesondere muss er das vorgesehene Transportmittel, die voraussichtli-

che Dauer des Transports sowie die voraussichtlich zur Anwendung gelangenden Sicherheitsmassnahmen und Massnahmen zur Ruhigstellung in Betracht ziehen. Er fordert stets eine Medizinalperson an, wenn der physische oder psychische Gesundheitszustand des Patienten es erfordert oder wenn das Ausmass der zur Anwendung gelangenden Massnahmen zur Ruhigstellung und Sicherheitsmassnahmen an und für sich ein Gesundheitsrisiko für die betroffene Person darstellen können. Falls der Arzt zu einer inhaftierten Person gerufen wird, der eine Zwangsmassnahme bevorsteht, muss er eine neutrale und professionelle Haltung einnehmen und den Patienten darüber informieren, dass er ihm zur Verfügung steht, und dass keine medizinische Handlung ohne sein Einverständnis durchgeführt wird. Gelangt der Arzt zur Überzeugung, dass die zur Ausführung der Massnahme eingesetzten Mittel (Knebelung, enge und langfristige Fesselung, etc.) für den Patienten eine unmittelbare und erhebliche gesundheitliche Gefahr darstellen, muss er unverzüglich die zuständigen Behörden darüber informieren, dass er, falls auf die vorgesehenen Mittel nicht verzichtet wird, keine medizinische Verantwortung übernimmt und dass er jede weitere Mitwirkung verweigert.

22. Die SAMW-Richtlinien weisen dem Gefängnisarzt damit eine recht weit gehende und differenziert zu handhabende Verantwortung zu. Die Implikationen dieser Regelungen auf den konkreten Fall wären von medizinischer Seite zu vertiefen. Insbesondere wäre dabei auch die Informationspolitik des medizinischen Gefängnispersonals zu beleuchten. Diese hat anscheinend darin bestanden, keine oder nur sehr spärliche Informationen über den Gesundheitszustand der Personen, denen eine Ausschaffung bevorstand, an die durchführenden Stellen herauszugeben. Eigentümlicherweise wurde aber im konkreten Fall nicht unmissverständlich kommuniziert, dass allfällige relevante Informationen nicht weitergegeben würden und dass gegebenenfalls keine Verantwortung übernommen würde, falls die Ausschaffung für einzelne Personen eine Gefahr darstellen würde. Man ging stattdessen anscheinend einerseits davon aus, dass die involvierten Behörden wüssten, dass keine Informationen herausgegeben würden. Andererseits wurde doch ein (offenbar erstmals zum Einsatz gebrachtes) Formular ausgefüllt, wobei das, was im Formular geschrieben wurde, nicht einfach zu interpretieren war. Die Einträge (bei den meisten stand «i.O.» und «bekannt», bei einem Häftling wurden aber die von ihm benötigte Medikamente angegeben, also eindeutig Angaben über seinen Gesundheitszustand gemacht) besagen jedenfalls nicht unmissverständlich, dass keine Auskunft erteilt bzw. jede Verantwortung abgelehnt wird, sondern sind wohl naheliegenderweise eher so zu interpretieren, dass mit Ausnahme eines Häftlings, der Medikamente benötigt, der medizinische Dienst des Gefängnisses bei allen davon ausgeht, dass sie gesund sind bzw. nichts anderes bekannt ist (was objektiv in Bezug auf Joseph Ndukaku Chiakwa eindeutig nicht zutrif). Die Auskunft wurde offenbar verschieden interpretiert, teilweise auch so, dass alle Häftlinge gesund

seien (insb. durch M.C., Einvernahme von 23. April 2010). Zudem ist offenbar in einem früheren Fall darüber orientiert worden, dass ein Häftling im Hungerstreik steht (Einvernahme von S.K. vom 6. Mai 2010). Die Informationspraxis erscheint also weder als stringent noch scheint sie allen verantwortlichen Beamten bekannt gewesen zu sein. Im konkreten Fall durften die Verantwortlichen nicht damit rechnen, dass die Einträge im Formular von den massgeblichen Personen als «Nichtinformation» interpretiert würde und nicht als Information, dass abgesehen von der notwendigen Medikamentierung in einem Fall alles in Ordnung bzw. nichts bekannt sei. Die Einträge haben denn konkret auch nicht etwa bewirkt, dass Joseph Ndukaku Chiakwa vor dem Beginn des Ausschaffungsvollzugs von der durchführenden Behörde medizinisch untersucht worden wäre.

23. Nicht schlüssig erscheint das Gutachten im Weiteren in Bezug auf die Frage, ob die durchgeführten Wiederbelebungsmassnahmen genügend waren. Im Obduktionsgutachten wird dies ohne nähere Begründung bejaht; die in die Wege geleiteten Wiederbelebungsmassnahmen seien sowohl durch den Rettungssanitäter wie auch den Rettungsdienst bzw. die Notfallärztin korrekt durchgeführt worden (S. 61 f.). Dagegen schreibt Prof. Schaffner (Bericht S. 4), dass er keine Hinweise auf effektive Wiederbelebungsmassnahmen, insbesondere auf eine korrekt angewendete Herzmassage angetroffen habe.
24. Das Obduktionsgutachten zieht wie dargelegt eine ganze Reihe von Schlüssen, die eine strafrechtliche Verantwortlichkeit ausschliessen sollen, die sich als nicht plausibel erweisen. Zum Teil werden Annahmen getroffen, für die keine genügende Grundlage besteht, zum Teil werden Kriterien für die Beurteilung herangezogen, die bei näherer Betrachtung untauglich sind. So wird beispielsweise mehrfach ausgeführt, der BMI sei gerade noch normal gewesen (insb. S. 56 und 58), wohingegen Prof. Schaffner die Formulierung «*genau an der Kachexiegrenze*» verwendet. Dass dieser grenzwertige BMI insbesondere für das medizinische Gefängnispersonal wohl keine genügende Basis bildete, um anzunehmen, der Betroffene sei trotz Hungerstreik gesund, wird dabei ausgeblendet.
25. Insgesamt vermittelt das Obduktionsgutachten den Eindruck, wesentliche Aspekte, die zu einer Strafbarkeit der Beteiligten führen könnten, seien ungenügend behandelt worden. Gezogene Schlüsse, die gegen eine Strafbarkeit angeführt werden können, erweisen sich als nicht plausibel. Ob dies aufgrund mangelnder medizinischer Sachkenntnisse oder aufgrund mangelnder Unabhängigkeit so dargestellt worden ist, kann nicht beurteilt werden. So oder so wecken die dargelegten Mängel schwere Bedenken gegen den Gutachter. Eine Kompensation der Mängel dadurch, dass das IRM ZH mit einer Ergänzung des Gutachtens beauftragt wird, fällt jedenfalls ausser Betracht. Es wird notwendig sein, ein erneutes Gutachten bei einer anderen, ausserkantonalen Stelle einzuholen.

26. Fachlich wird aus den vorstehenden Darlegungen deutlich, dass neben einer erneuten pathologischen Beurteilung der Bezug von Ärztinnen bzw. Ärzten der Fachrichtungen Kardiologie, Psychiatrie und Ärztinnen bzw. Ärzten mit Praxiserfahrungen mit Bezug auf Hungerstreik, Anorexia nervosa sowie Reanimation notwendig erscheint. Es gilt namentlich, den Zustand des Herzens, dessen Ursache und klinische Relevanz zu beurteilen. Hierzu bedarf es der Beurteilung durch einen Kardiologen, aber auch von Spezialisten im Bereich Hungerstreik und Anorexia nervosa, die die Auswirkungen eines länger dauernden Nahrungsverzichts einzuschätzen vermögen. Für die weiteren Folgen eines Hungerstreiks auf Psyche und Körper bedarf es eines Bezugs von Spezialisten im Bereich Psychiatrie sowie Hungerstreik und Anorexia nervosa. Die Beurteilung der durchgeführten Wiederbelebungsmaßnahmen muss unter Bezug eines entsprechenden Spezialisten geschehen.

Dies wird bei der erneuten Begutachtung zu berücksichtigen sein und schmälert im Übrigen den Beweiswert des vorliegenden Gutachtens zusätzlich, ist dieses doch ohne Einbezug aller notwendigen medizinischen Spezialgebiete erstellt worden.

27. Es stellt sich im Übrigen noch die Frage, welche Punkte vertieft im Verfahren untersucht werden müssen, damit die notwendige Grundlage für die abschliessende medizinische Beurteilung vorliegen. Dies betrifft namentlich die Frage der genügenden Aufklärung, allenfalls aber auch andere Punkte. So ist der zeitliche Ablauf nach dem Auftreten der Probleme bei der Fesselung nicht völlig klar.
28. In Bezug auf die Einordnung der Herzbefunde überlasse ich Ihnen in der Beilage den Bericht des Kardiologen Dr. med. M.R. vom 2. August 2010, dem für die Beurteilung das Obduktionsgutachten samt Beilagen vorgelegen hat. Sein Bericht zeigt deutlich auf, dass die Diagnose der hypertrophen Kardiomyopathie nicht gesichert ist und es fraglich erscheint, ob eine schon vor dem Hungerstreik bestehende schwere Herzkrankheit die Todesursache bildete. Weiter äussert er sich zur Diagnostizierbarkeit einer hypertrophen Kardiomyopathie sowie zur Effizienz der Reanimation. Der Bericht belegt insgesamt, dass das vorliegende Obduktionsgutachten mit gravierenden Mängeln behaftet ist.

Abschliessend ersuche ich Sie um Gutheissung der eingangs gestellten Anträge.

Mit freundlichen Grüssen

Viktor Györfy

Beilage erw.