

Zürich, 21. Februar 2011/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 Ergänzung meiner Eingabe vom 16. August 2010 und unter Bezugnahme auf die Stellungnahme des IRMZH vom 14. August 2010 begründe ich die mit der Eingabe vom 16. August 2010 gestellten Anträge innert der entgegenkommenderweise gewährten Frist ergänzend wie folgt:

1. Das IRM ZH schreibt in seiner Stellungnahme, es habe das Obduktionsgutachten nicht in Befangenheit verfasst. Mit seinen Ausführungen verkennt es allerdings offenkundig die Rügen, die in diesem Zusammenhang erhoben worden sind. Es ist geltend gemacht worden, das IRM ZH weise eine zu grosse institutionelle Nähe zu den Behörden auf, die in diesen Todesfall verwickelt sind. Das IRM ZH erfülle die Anforderungen, die die Praxis der Strassburger Organe an die Unabhängigkeit und Distanz der Behörden und Institutionen stellt, die einen derartigen Todesfall zu untersuchen haben, nicht. Die Stellungnahme des IRM ZH zielt insoweit an der Sache vorbei. Im Übrigen ist, was die Untersuchung der mit einer Ausschaffung verbundenen Risiken betrifft, Folgendes zu berücksichtigen: Das im konkreten Fall angewendete Prozedere ist kurz gesagt das Ergebnis der Zusammenarbeit mehrerer Arbeitsgruppen und Expertengruppen. Eine wesentliche Rolle haben dabei der Bund (EJPD bzw. BJ) sowie die Kantone (KKJPD) gespielt. Bei der konkreten Ausgestaltung, welche auch ins Zwangsanwendungsgesetz eingeflossen ist, wurde eine Expertengruppe eingesetzt. Diese führte

verschiedene Anhörungen durch, unter anderem zu medizinischen Fragen. In diesem Zusammenhang wurde unter anderem das Institut für Rechtsmedizin der Universität Bern konsultiert (vgl. den erläuternden Bericht zum Zwangsanspruchsgesetz des EJPD vom 15. Oktober 2004). Der vom IRM ZH beigezogene Prof. Schaffner wiederum war von 2002 bis zu seiner Emeritierung 2009 im Institut für Rechtsmedizin der Universität Bern tätig. Prof. Schaffner hatte also insoweit die konkrete Umsetzung eines Konzepts zu beurteilen, bei dessen Entwicklung das Institut für Rechtsmedizin der Universität Bern, in welchem er im damaligen Zeitpunkt tätig war, involviert war. Insoweit fehlt auch ihm die notwendige Distanz zu dieser Angelegenheit.

2. Inhaltlich geht das IRM ZH in seiner Stellungnahme nur rudimentär auf die am Gutachten erhobene Kritik ein. Zur Stellungnahme vom 16. August 2010 äussert sich das IRM ZH kaum, zum Bericht von Dr. R. vom 2. August 2010 nur in wenigen Aspekten. Die Stellungnahme des IRM ZH ist insgesamt nicht geeignet, die Plausibilität des Gutachtens zu verstärken. Die vorgetragenen Argumente vermögen die geäusserte Kritik nicht zu entkräften. Zudem relativiert das IRM seine zuvor gezogenen Schlüsse teilweise. Insbesondere in Bezug auf die Ursache der postulierten Herzkrankheit rudert der Gutachter deutlich zurück. Im Übrigen räumt das IRM ZH nun immerhin ein, dass Prof. Schaffner beigezogen werden musste, weil Veränderungen am Herz vom IRM ZH selbst nicht abschliessend hatten beurteilt werden können. Dies gilt es insbesondere vor Augen zu halten, soweit das IRM ZH Schlüsse zieht, die sich so nicht aus dem Bericht von Prof. Schaffner ergeben. Aber auch bei der jetzigen Stellungnahme des IRM ZH gilt es, dies zu beachten, nachdem das IRM ZH damit offenkundig nicht über das Fachwissen verfügt, die Befunde am Herz, deren Ursachen und deren Bedeutung für den Todeseintritt schlüssig zu beurteilen.
3. Das IRM ZH macht geltend, durch die Untersuchungsergebnisse sei der objektive Nachweis für die festgestellte Diagnose erbracht worden. Der Bericht von Dr. R. wird als hypothetisch abqualifiziert und es wird behauptet, er sei durch autoptische Untersuchungsbefunde nicht erhärtbar. Damit stellt das IRM ZH die Sachlage auf den Kopf. Entscheidend ist letztlich die klinische Relevanz des vorgefundenen Herzzustandes für den Eintritt des Todes. Diese Relevanz ist mit dem Bericht von Dr. R. und mit der Stellungnahme vom 16. August 2010 mit guten Argumenten in Frage gestellt worden. Dr. R. ist als Kardiologe durch seine praktische Tätigkeit sowohl bezüglich Diagnosestellung als auch bezüglich der Beurteilung der Relevanz fachlich bestens qualifiziert. Er diskutiert die Sachlage richtigerweise ausgehend davon, dass sich die Frage der klinischen Relevanz der Befunde stellt (sind diese geeignet, zu einem plötzlichen Herztod zu führen?), und zeigt plausibel auf, dass sich eine solche klinische Relevanz aus den von den Gutachtern dargelegten Befunden nicht ergibt. Auch in der Stellungnahme vom 16. August 2010 ist diese Problematik eingehend behandelt worden. Es wäre nun an den Gutach-

tern, mit inhaltlichen Ausführungen aufzuzeigen, weshalb die Relevanz ihrer Ansicht nach doch gegeben ist. Dies gelingt ihnen nicht.

4. Gegen die Stichhaltigkeit der Beurteilung des IRM ZH spricht Folgendes: Eine hypertrophe Kardiomyopathie, die klinisch relevant wäre, also als Todesursache in Betracht fallen würde, würde sich durch folgende Merkmale auszeichnen: Es wäre zu erwarten, dass eine Verdickung der linken Herzkammer vorliegt, d. h. das Herz und insbesondere das Myokard würden eine erhöhte Masse aufweisen. Die hypertrophe Kardiomyopathie und die damit verbundene Fibrose würden zu einer Versteifung der linken Herzkammer führen (verminderte Compliance oder restriktive Füllung), was mit einem erhöhten Druck im Herzen und damit auch im linken Vorhof einhergeht (diastolische Dysfunktion). Dies hätte eine Erweiterung des linken Vorhofes zur Folge. Charakteristisch wäre zudem ein Disarray, also eine chaotische Anordnung der Muskelfasern, im Myokard. Die klinische Relevanz dieser Merkmale ist durch Literatur und Studien belegt (vgl. RAMON BRUGADA/JOSEP BRUGADA/PEDRO BRUGADA, *Clinical Approach to Sudden Cardiac Death Syndromes*, London 2010, S. 95 ff., insb. S. 99 f. [Beilage 1]; BJ MARON/TJ ANAN/WC ROBERTS, *Quantitative analysis of the distribution of cardiac muscle cell disorganization in the left ventricular wall of patients with hypertrophic cardiomyopathy*, in: *Circulation*, 1981, S. 882 ff. [Beilage 2]; OLIVER BRUDER et al., *Myocardial Scar Visualized by Cardiovascular Magnetic Resonance Imaging Predicts Major Adverse Events in Patients With Hypertrophic Cardiomyopathy*, in: *Journal of the American College of Cardiology*, Vol. 56, No. 11, 2010, S. 875 ff. [Beilage 3]; RORY O'HANLON et al., *Prognostic Significance of Myocardial Fibrosis in Hypertrophic Cardiomyopathy*, in: *Journal of the American College of Cardiology*, Vol. 56, No. 11, 2010, S. 867 ff. [Beilage 4]).
5. Die Umschreibung der Herzbefunde durch Prof. Schaffner und durch das IRM ZH entspricht dem nicht, und auch die von Prof. Schaffner dargestellten und teilweise kommentierten Gewebeproben zeigen keine derartige Pathologie mit klinischer Relevanz für einen möglichen Herztod zufolge einer hypertrophen Kardiomyopathie. Es wird kein erhöhtes Herzgewicht postuliert keine erhöhte Masse der linken Herzkammer und auch keine Erweiterung des linken Vorhofes. Ebenso wenig zeigt sich eine übermässige Fibrotisierung im Myokard bzw. ein entsprechendes Disarray. Die Überlegungen des IRM ZH zu den Massenverhältnissen widerlegen diesen Einwand nicht. Das IRM ZH führt in seiner Stellungnahme vom 14. September 2009 die Möglichkeit einer Verringerung der Herzmasse durch den Hungerstreik ins Feld. Allerdings gibt es keine Studien, die zeigen würden, dass ein Hungerstreik zu einer Abnahme der Grösse des linken Vorhofes führen würde. Die charakteristische Erweiterung des linken Vorhofes müsste also erhalten geblieben sein, wenn man einen derartigen Befund postulieren wollte. Das war bei Joseph Ndukaku Chiakwa aber nicht der Fall. Zudem müssten die Massenverhältnisse der verschiedenen Bereiche des Herzens

und allfällige Veränderungen in den Muskelfasern zueinander in Verbindung gebracht werden. Eine hypertrophe Kardiomyopathie liesse sich auch nach einem durchgemachten Hungerstreik nur postulieren, wenn die linke Herzkammer bezüglich Masse und Veränderungen in den Muskelfasern übermässige Auffälligkeiten im Vergleich mit anderen Bereichen des Herzens aufweisen würde. Insbesondere wäre eine übermässige Fibrosierung im Myokard zu erwarten. Von hochrangiger Bedeutung wäre also insoweit die Beschreibung des linken Vorhofes betreffend Grösse (Längsdurchmesser, Querdurchmesser, Fläche, ev. Volumen), normiert auf Alter, Grösse und Geschlecht und verglichen mit einer normalen – falls existierend – autoptisch erhobenen «normal data-base». Weiter wären Veränderungen der Muskelfasern im Vergleich zu anderen Bereichen des Herzens zu beschreiben sowie der Anteil der Fibrose am Gesamtmuskel. In diesem Sinne konklusive Befunde werden durch das IRM ZH und durch Prof. Schaffner nicht dargelegt.

6. Prof. Schaffner erwähnt in seinem Bericht die Möglichkeit, die Ursache der Herzveränderungen genetisch oder durch Rückfragen bei der Familie einzugrenzen. Auch Dr. R. empfiehlt zum Ausschluss einer HCM als Grunddiagnose die Durchführung von Genanalysen. Dass das IRM ZH seine Schlüsse gezogen hat, ohne die Möglichkeit einer genetisch/erblich bedingten Komponente zu vertiefen – obschon dies vom Teilgutachter und von einem aussenstehenden Arzt empfohlen worden ist und dieser Aspekt auch in der Literatur hervorgehoben wird –, vermindert die Aussagekraft des IRM-Gutachtens ebenfalls. Todesfälle infolge plötzlicher Herzkrankheit sind im Übrigen in der Familie des Betroffenen nicht bekannt, was gegen die Wahrscheinlichkeit einer erblich bedingten Herzkrankheit spricht.
7. Das IRM ZH verweist darauf, Prof. Schaffner habe aus dem vorliegenden Befundbild und in Kenntnis eines «plötzlichen Herzkreislaufstillstandes» auch ohne weitere körperliche Befunde einen natürlichen Tod infolge eines schweren Herzleidens postulieren können. Diese Überlegung verfängt nicht, wenn man sich die wesentlichen Kriterien für den Beweiswert eines ärztlichen Berichts oder Gutachtens vor Augen hält. Im Ergebnis muss man konstatieren, dass sowohl das eigentliche Gutachten des IRM als auch der Bericht von Prof. Schaffner die Kriterien, die ein Gutachten erfüllen muss, damit man darauf abstellen kann, nicht erfüllen.
8. In Bezug auf den Beweiswert eines ärztlichen Berichts oder Gutachtens ist entscheidend, ob dieses für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist und auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, ob es in Kenntnis und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der sachverständigen Person in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Behörde sie prüfen und nachvollziehen kann, und ob die sachverständige Person nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche ihr die Beantwortung der Fragen erschweren oder verun-

möglichen, gegebenenfalls deutlich macht. Das Gutachten muss vollständig, genau und deutlich sein, was namentlich nicht der Fall ist, wenn nicht klar ist, welche Akten dem Gutachter überlassen worden sind, auf welche Anknüpfungstatsachen generell abgestellt wird, Befund- und allenfalls Zusatzstatsachen nicht erwähnt werden, welche für das Ergebnis von Bedeutung sein könnten, die Fragen nur teilweise, unklar oder fehlerhaft beantwortet werden (insb. unsorgfältige oder unvollständige Erhebung des relevanten Sachverhalts, inhaltlich falsche bzw. nur teilweise zutreffende Bezugnahme auf wissenschaftliche und andere Literatur, Zusammenhang zwischen den einzelnen Teilen des Gutachtens nicht nachvollziehbar), wenn sich Widersprüche in der Begutachtung ergeben, wenn von mangelnder Sachkunde des Sachverständigen ausgegangen werden muss oder wenn sich nach der Begutachtung neue Tatsachen ergeben haben. Für die Einordnung von medizinischen Sachverhalten ist es zentral, dass eine verlässliche medizinische Beurteilung vorliegt und dass nicht die rechtsanwendende Behörde – die ihrerseits nicht über die medizinischen Fachkenntnisse verfügt, um den Sachverhalt selbst einordnen zu können – ihre Einschätzung an deren Stelle setzt (vgl. ANDREAS DONATSCH, Kommentar zur Strafprozessordnung des Kantons Zürich, § 127 N 8 ff.; ROBERT HAUSER/ERHARD SCHWERI/KARL HARTMANN, Schweizerisches Strafprozessrecht, 6. Auflage, Basel 2005, § 64 N 17 ff.; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2. Aufl., Zürich 2009, Art. 44 Rz. 32 m.w.H.; Beschluss AA080174 des Kassationsgerichts des Kantons Zürich vom 1. März 2010; EGMR: Schlumpf v. Schweiz, 29002/06 [2009]).

9. Das IRM ZH gibt nun explizit an, es habe Veränderungen am Herz vom selbst nicht abschliessend beurteilen können. Damit räumt es selber ein, dass es nicht über die Sachkunde verfügt, die für die Beurteilung der wesentlichen Umstände dieses Falles notwendig ist. Damit kann jedenfalls auf das Gutachten des IRM ZH allein nicht abgestellt werden, und auch der nun vorliegenden Stellungnahme – die ja ohne Einbezug von Prof. Schaffner erstellt worden ist – kommt dem entsprechend wenig Beweiskraft zu.

Zwar erscheint es als opportun, dass die Hauptgutachter des IRM ZH für gewisse Aspekte weitere Spezialisten beiziehen. Die abschliessende Beurteilung muss aber doch durch das IRM ZH erfolgen. Soweit ihnen dazu die erforderliche Sachkunde fehlt, kann auf das Gutachten der IRM ZH nicht abgestellt werden, ausser die Schlüsse wären in Rücksprache mit den beigezogenen Spezialisten getroffen worden oder könnten sich auf entsprechende Schlüsse der beigezogenen Spezialisten abstützen, wenn diese selbst in der Lage sind, wesentliche Aspekte gesamthaft zu beurteilen. Der Einbezug beigezogener Spezialisten in die Schlussfolgerungen des Gutachtens setzt aber so oder so voraus, dass diese über vollständige Kenntnisse der Akten und der ermittelten Sachlage verfügen. Andernfalls muss diesen vorgeworfen werden, ihre Schlüsse ohne sorgfältige und vollständige Erhebung des Sachverhalts getroffen zu

haben. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass ihr Bericht bei umfassender Berücksichtigung des gesamten Sachverhalts anders ausgefallen wäre. Prof. Schaffner, den das IRM ZH konkret mit einbezogen hat, hatte keine Kenntnisse der vollständigen Akten und aller erhobenen Tatsachen (dazu sogleich). Zudem nimmt das IRM ZH seinerseits eine Interpretation der Erkenntnisse von Prof. Schaffner vor, die über dessen Stellungnahme hinausgeht und die die Differenziertheit von Prof. Schaffner vermissen lässt (es sei dazu auf die Eingabe vom 16. August 2010 verwiesen). Es ist – auch unter Berücksichtigung der jetzigen Stellungnahme des IRM ZH – fraglich, inwieweit die Schlüsse, die das IRM ZH vornimmt, durch die Ausführungen von Prof. Schaffner gedeckt sind, inwieweit diese überinterpretiert werden und inwieweit vom IRM ZH eigene, mangelhaft fundierte Überlegungen angestellt werden. Damit ist ein Verweis auf den Bericht von Prof. Schaffner nicht geeignet, die vorgebrachten Mängel an der Begutachtung zu beseitigen.

10. Die Ausführungen von Prof. Schaffner, auf die ja auch das IRM ZH explizit verweist, leiden ihrerseits schon insofern unter einem bedeutenden Mangel, als Prof. Schaffner offensichtlich nicht alle Akten vorlagen und er nicht den gesamten Sachverhalt gekannt hat. Eingangs räumt er ein, sein Kommentar erfolge ohne nähere Kenntnis der Umstände des Todes. Welche Angaben ihm genau vorgelegen sind, ist nicht klar. Klar ist aber, dass er insbesondere den Ablauf der Ereignisse, die schliesslich zum Tod geführt haben, nicht kannte. Vollständige Kenntnis der Akten und der zuvor ermittelten Tatsachen sind nun aber wie dargelegt Voraussetzung für ein lege artis erhobenes Gutachten – zurecht, denn aus juristischer Sicht kann nicht beurteilt werden, ob die medizinische Fachperson ihre Beurteilung genau gleich getroffen hätte, hätte sie vollständige Kenntnis der Akten und relevanten Tatsachen gehabt. Kommt hinzu, dass Prof. Schaffner selbst weitere Abklärungen empfiehlt (Beizug eines Anorexie-Spezialisten, Abklärung einer genetisch bedingten Komponente) und Hinweise auf ungenügende Abklärungen des Sachverhalts gibt (Reanimation). Somit kann auch nicht auf die Beurteilung von Prof. Schaffner abgestellt werden.
11. Prof. Schaffner spricht von Malnutrition mit BMI genau an der Kachexie-grenze. Über die Ursache dieses Zustands wusste er vermutlich wenig oder nichts, d.h. er war sich vermutlich gar nicht bewusst, dass der Betroffene im Zeitpunkt des Todes einen lange dauernden Hungerstreik hinter sich hatte – zuvor aber keine Malnutritionsfolgen vorgelegen haben dürften – und zudem auch Folgen einer mangelhaften Flüssigkeitszufuhr volagen.

Im Sinne einer Hypothese bringt er weiter Stress als Trigger für eine letale Rhythmusstörung in Spiel. Über den konkret aufgetretenen Stress und dessen Ursachen dürfte Prof. Schaffner ebenfalls kaum etwas gewusst haben; er kannte ja den Ablauf nicht im Einzelnen. Er dürfte nicht gewusst haben, dass die Problem in dem Moment auftraten, als man Joseph Ndukaku

Chiakwa sel. fesseln wollte und er sich dagegen wehrte. Auch den weiteren Ablauf der Fesselung kannte er nicht, ebenso wenig die laufenden Beobachtungen, die zum Gesundheitszustand gemacht werden konnten und die getroffenen Reanimationsbemühungen.

Seinen Annahmen über den Hergang bis zum Todeseintritt kann er einzig aufgrund der ihm vorgelegten Befunde treffen. Allenfalls würden sich aus dem konkreten Ablauf weitere Erkenntnisse für ihn ergeben, die ihn zu anderen bzw. klareren Schlüssen gebracht hätten. Gewisse Punkte hatte er ja explizit offen gelassen. So empfiehlt er beispielsweise die Beurteilung durch einen mit Anorexia nervosa erfahrenen Arzt und stellt auch in Frage, ob effektive Wiederbelebungsmaßnahmen getroffen worden sind. Sehr fraglich ist in diesem Zusammenhang auch die Annahme von Prof. Schaffner, der Tod sei unvermittelt, d.h. ohne relevanten Todeskampf aufgetreten. Der konkrete Ablauf, soweit er eruiert worden ist, spricht zumindest dafür, dass zwischen Beginn des Kreislaufkollaps bzw. Schocks bis zum Todeseintritt einige Zeit verstrichen ist.

12. Vollständige Kenntnis des Sachverhalts und der vorhandenen Akten sind wie dargelegt eine Voraussetzung dafür, dass einem medizinischen Gutachten genügend Beweiswert zuerkannt werden kann, um darauf abzustellen. Prof. Schaffner, der letztlich die Grundlage für die Schlussfolgerungen des IRM ZH liefert, hatte wie dargelegt nicht die vollständigen Unterlagen zur Verfügung und kannte – wie das IRM ZH explizit festhält – nicht den Sachverhalt nicht komplett. Er wusste nicht alle Umstände, die dem IRM ZH bekannt gewesen sind. Hinzu kommt, dass – wie an anderer Stelle dargelegt – wesentliche Elemente nicht so weit untersucht worden sind, dass der Sachverhalt genügend geklärt wäre, um eine medizinische Beurteilung vornehmen zu können.
13. Bereits der Bericht von Prof. Schaffner zeigt auf, dass ein Hungerstreik für sich alleine dazu führen kann, dass - zusammen mit dem mit einer Level-4-Ausschaffung verbundenen Stress - ein tödliches Herzversagen auftreten kann. Prof. Schaffner führt einerseits aus, dass Malnutrition das Herz schädigen bzw. eine Schädigung verstärken kann. Weiter erwähnt er den Umstand, dass Malnutrition zur tödlich arrhythmogene Hypokaliämie führen kann, und zwar auch ohne vorbestehende kardiale Veränderungen. Tödliche Rhythmusstörungen infolge gewollter Malnutrition seien bei der krankhaften Magersucht (Anorexia nervosa) nicht selten. Die erneute Stellungnahme von IRM unterstreicht dies noch. So wird u. a. darauf hingewiesen, dass das Herzleiden durch den Hungerstreik nur ungünstig beeinflusst worden sein könne.
14. Auch die Literatur zeigt, dass mangelnde Ernährung zu einer Schädigung des Herzens führen kann, insbesondere als Folge von Magersucht. Somit muss damit gerechnet werden, dass Hungerstreik, der zu Schädigung an Herz führen kann und die Reaktionsfähigkeit des gesamten Organismus

beeinträchtigt, in Kombination mit Stress bei Ausschaffung zu Herzversagen führt, und zwar auch bei einem Herz, das vor Beginn Hungerstreik nicht beeinträchtigt ist. Ist das Herz beeinträchtigt, ist der Hungerstreik geeignet, den Befund noch zu verschlimmern. Schliesslich kann Hungerstreik auch dann, wenn Herz dabei gesund bleibt, dazu führen, dass der Betroffene den mit einer Ausschaffung verbundene Stress nicht lebend übersteht. In der Literatur werden u. a. als mögliche Folgen von Anorexie und einer damit einhergehenden Schädigung des Herzens eine zu niedrige Herzfrequenz und tödliche Herzrhythmusstörungen beschrieben. Weitere mögliche Auswirkungen von Anorexie sind Dehydration und Elektrolytstörungen, welche ebenfalls zu tödlichen Herzrhythmusstörungen führen können. Es ist bekannt, dass bei Hungernden (auch ohne vorangehende Herzschädigung) plötzlicher Herztod auftreten kann (vgl. Dangers and Health Effects of Anorexia Nervosa and Starvation [<http://www.healthtree.com/articles/eating-disorders/anorexia/health-effects/>][Beilage 5]; <http://de.wikipedia.org/wiki/Hungerstoffwechsel>; Clinical Observations, in: Annals of Internal Medicine, Volume 150, Number 7 [Beilage 6]. Auch das IRM-Gutachten erwähnt diese Erkenntnis (S. 56 des Gutachtens), ohne allerdings daraus irgendwelche Konsequenzen zu ziehen.

15. Insgesamt ist damit ein Tod durch die Kombination eines derart lange dauernden Hungerstreiks in Kombination mit dem Stress einer Level-4-Ausschaffung vorhersehbar, und zwar auch ohne wesentliche gesundheitliche Vorschädigung vor Beginn des Hungerstreiks. Eine solche Folge insofern vermeidbar, als er sich der Verlauf dadurch abwenden lässt, dass man dem Hungerstreikenden die notwendige Schonung und Behandlung zukommen lässt und ihn nicht dem Stress einer Level-4-Ausschaffung aussetzt. Das Hinzutreten einer vor Beginn des Hungerstreiks bestehenden Herzerkrankung ist damit nicht geeignet, den Kausalzusammenhang zu unterbrechen, zumal der Hungerstreik und die Ausschaffung als weitere, für den konkreten Verlauf nicht wegzudenkende Ursachen für den Tod hinzutreten (dies auch nach Beurteilung IRM und Schaffner). Man kann ja schliesslich nicht sagen, bei einem Menschen mit einer vorbestehenden Herzschädigung kann irgendwann ein plötzlicher Herztod eintreten, weswegen es auf die weiteren Ursachen, die zum konkreten Verlauf geführt haben, nicht mehr ankommt. Umgekehrt kommt es auch nicht darauf an, ob eine allenfalls schon vor Beginn des Hungerstreiks bestehende Herzerkrankung (zuverlässig) diagnostiziert werden kann, da die Möglichkeit eines Herztods bei der Kombination eines länger dauernden Hungerstreiks mit dem Stress einer Ausschaffung ohnehin besteht, auch bei einem nicht vorgeschädigten Herzen.
16. Das IRM ZH postuliert, dass sich bei der Untersuchung von Joseph Ndukaku Chiakwa keine morphologischen und chemisch-toxikologischen Befunde erheben liessen, die für die Annahme eines lagebedingten Erstickungstodes sprechen würden. Diese Todesursache wird folglich verworfen. Diese Argumentation kontrastiert in nicht erklärbarer Weise mit

Ausführungen, die das IRM ZH selbst in einem Gutachten vom 29. Dezember 1999 gemacht hat. Dort wurde Folgendes ausgeführt: *«Es ist rechtsmedizinisches Allgemeinwissen, dass Erstickungshandlungen spärliche, gelegentlich sogar keine Befunde, die auch am Leichnam nachweisbar bleiben, hinterlassen. Erstickungstodesfälle können als solche üblicherweise deshalb nur richtig eingeordnet werden, wenn das Geschehen als funktioneller Vorgang in Kenntnis der äusseren Abläufe und der Folgen im Inneren des sterbenden Individuums interpretiert wird.»* Die Kenntnis und Einordnung der äusseren Abläufe ist damit mit entscheidend, um Erstickung als Ursache ausschliessen zu können.

17. Dabei ist auf mögliche Ursachen von Atmungsbehinderungen zu achten. Das Gutachten des IRM ZH zitiert in diesem Zusammenhang u. a. aus dem Skriptum Rechtsmedizin et al., wo verschiedene Ursachen diskutiert werden, namentlich Fixierung in Bauchlage durch Druck auf den Hals und/oder Rumpf, Verlegungen der Atemöffnungen durch ein Körperteil oder durch Aufliegen des Gesichts am Boden, fest nach hinten über die Stuhllehne gezogene Arme (S. 43 des Gutachtens). Konkret wird vom Gutachter die Variante einer breitflächigen Verlegung von Mund und Nase bis zum Todeseintritt ausgeschlossen (S. 43 des Gutachtens). Mit den weiteren möglichen Varianten befasst sich der Gutachter nicht, d. h. er untersucht nicht, ob eine andere Form von signifikanter Atmungsbehinderung vorgelegen haben könnte. Diese Formen könnten nur nach einer genauen Rekonstruktion des Ablaufs bestätigt oder ausgeschlossen werden. Eine solche Rekonstruktion hat bislang nicht stattgefunden. Damit fehlt die Basis für die Beurteilung der Frage eines möglichen Erstickungstodes. Ins Auge springen immerhin die bislang nicht erklärten Luftansammlungen in Brust und Hals (S. 59 des Gutachtens), und als mögliche Ursachen der am Kopf angebrachte Helm mit Riemen und die Fesselung. Im erwähnten Gutachten des IRM vom 29. Dezember 1999 ist im Übrigen noch dargelegt worden, dass eine teilweise Behinderung der Atmung zu einer respiratorischen Azidose führen kann, wobei in diesem Ablauf u. U. durchaus noch Atmung und Puls feststellbar sein können. Dies wäre ebenfalls zu diskutieren gewesen, speziell im Zusammenhang mit dem geschwächten Zustand des Betroffenen. Unter diesem Aspekt leuchtet der Verweis des IRM ZH im vorliegenden Gutachten, es seien Atmung und ein Puls feststellbar gewesen (S. 59), nicht ein. Daraus lässt sich nichts Wesentliches ableiten.
18. Der genaue Ablauf ist im Übrigen zu wenig klar eruiert, um die möglichen Ursachen eines Erstickungstodes beurteilen zu können, insbesondere was die möglichen Atmungshindernisse bei der Durchführung der Fesselung und danach betrifft: Es wäre vorab genauer zu klären, wie die Fesselung genau abgelaufen ist. Weiter ist auch der Phase nachzugehen, zu der angegeben wird, der Betroffene sei mit nach vorne gesunkenem Kopf auf dem Rollstuhl gesessen. Inwieweit hier insbesondere der Helm ein Atmungshindernis hat bilden können, lässt sich nur beurteilen, wenn man das Ganze rekonstruiert. Auch ist eine detailliertere Befragung notwendig,

dies insbesondere in Bezug auf die Durchführung der Fesselung und die Feststellungen zum Zustand, die nachher gemacht wurden (insbesondere: wer hat konkret den Puls und die Atmung kontrolliert; was wurde dabei festgestellt; war eine wirksame Kontrolle überhaupt möglich, nachdem die Beamten die Untersuchung offenbar mit Handschuhen vorgenommen haben [vgl. Aussage P.H.], wie war der genaue zeitliche Ablauf?). Immerhin hat man ja rasch den Eindruck gehabt, dem Betroffenen gehe es nicht gut und hat nach einem Arzt gesucht.

19. Zu berücksichtigen ist überdies, dass Mitglieder der OD-Gruppe die Information erhalten haben, dass der Betroffene nichts mehr gegessen hatte. Diese Information ist ans Sicherungsteam und ans Fesselungsteam weitergegeben worden (Einvernahmen von M.T., M.C., P.F. und D.M.). Der Rettungssanitäter hatte ebenfalls die Auskunft erhalten, der Betroffene habe über Tage keine Nahrung mehr aufgenommen (Einvernahme von S.U. vom 29. März 2010, S. 5). Der Rettungssanitäter konnte auch – wie schon Mitglieder des Abholdetachements, die zumindest teilweise den geschwächten Zustand des Betroffenen erkannten (vgl. insb. die Aussagen von M.T.) – feststellen, dass er sehr abgemagert war. Damit muss dies auch für die Mitglieder des Fesselungsteams, die ja für ihre Tätigkeit Hand an den Betroffenen anlegen mussten, ersichtlich gewesen sein. Wer alles Kenntnis vom Hungerstreik und vom geschwächten Zustand des Betroffenen hatte, ist noch nicht erschöpfend geklärt.
20. Immerhin kann schon gesagt werden, dass die Ausführungen des IRM ZH, ohne die Angabe, dass der Betroffene seit Wochen im Hungerstreik stand und innerhalb von rund 3 Monaten 33 kg Körpergewicht verloren hatte, sei es für die Beamten unmöglich gewesen, das Ausmass des allenfalls reduzierten Allgemeinzustandes korrekt einzuschätzen, nicht überzeugend, nachdem zumindest ein Teil der Beamten vom Hungerstreik und vom geschwächten Zustand des Betroffenen Kenntnis hatte. Unter diesen Umständen wäre zu erwarten gewesen, dass die Beamten zum Einen in Erfahrung bringen würden, wie lange er sich im Hungerstreik befunden hatte und zum Anderen den Gesundheitszustand vorgängig durch einen Arzt hätten klären lassen, anstatt sogleich und ohne Anwesenheit eines Arztes zur Fesselung zu schreiten. Es ist nicht davon auszugehen, dass die Beamten dann, wenn sie von der langen Dauer des Hungerstreiks gewusst hätten, den Ausschaffungsversuch fortgesetzt hätten (hierfür sprechen auch die Aussagen von mehreren Beamten, so insb. C.B., P.F. und R.K.). Ebenso wenig ist davon auszugehen, dass ein Arzt nach einer Untersuchung grünes Licht für das Fesselungsprozedere mit dem damit verbundenen Stress gegeben hätte, wäre doch alleine dieser Stress, verbunden mit dem durch den Hungerstreik bedingten Gesundheitszustand, geeignet gewesen, schwer wiegende Folgen bis hin zum Tod zu haben.
21. Ein weiterer Kritikpunkt, auf den das IRM ZH in seiner Stellungnahme nicht eingegangen ist, ist die Frage, ob die Wiederbelebungsmaßnahmen korrekt waren. Wie bereits in der Eingabe

vom 16. August 2010 dargelegt, widersprechen sich das IRM ZH und Prof. Schaffner in diesem Punkt (vgl. Ziff. 23. der Eingabe). Widerspruchsfreiheit ist nun aber – wie dargelegt – erforderlich, um auf ein Gutachten abstellen zu können. Das IRM ZH begründet im Übrigen seine Schlussfolgerung, die in die Wege geleiteten Wiederbelebungsmaßnahmen seien sowohl durch den Rettungssanitäter wie auch den Rettungsdienst bzw. die Notfallärztin seien korrekt durchgeführt worden (S. 61 f.), nicht plausibel. Das IRM ZH schreibt, aufgrund der sofort erhobenen Aufzeichnung der fehlenden elektrischen Herzaktivität und der fortan bestehen bleibenden Asystolie trotz mechanischer und medikamentöser Reanimationsbemühungen sei zu vermuten, dass Joseph Ndukaku Chiawka sel. bereits einen Herzstillstand erlitten hatte, als der Rettungssanitäter mit den Wiederbelebungsmaßnahmen begann. Damit blendet der Gutachter zwei entscheidende Aspekte aus: Erstens stellt sich die Frage, ob der Rettungssanitäter nicht schon vorher unzureichend auf die angetroffene Situation reagiert und rechtzeitig die richtigen Schritte in der richtigen Reihenfolge vorgenommen hat. Zweitens erscheint fraglich, ob die Reanimationsbemühungen richtig ausgeführt worden sind.

22. Der Rettungssanitäter konnte rasch Zeichen eines kollabierenden Kreislaufes bzw. eines Schocks feststellen (Einvernahme von S.U. vom 29. März 2010, S. 5). Es war ihm auf Rückfrage angegeben worden, dass der Betroffene über Tage keine Nahrung mehr aufgenommen hatte, und er konnte feststellen, dass er auch sehr abgemagert war (Einvernahme S. 5). Der schlechte Zustand war für den Rettungssanitäter also in mehrerer Hinsicht deutlich erkennbar. In dieser Situation muss er offenkundig mit einem Kollaps mit gravierenden Folgen rechnen, und dies war ihm gemäss eigenen Aussagen auch bewusst. Es ist unverständlich, weshalb er nicht sofort veranlasst hat, dass man dem Betroffenen die Fesseln, den Helm und das Gesichtsnetz abgenommen und ihn auf den Boden gelegt hat. Auf diese Weise hätte man wertvolle Zeit gewonnen, und der Zustand wäre auch besser zu beurteilen gewesen. Der Rettungssanitäter hatte etwa Mühe, den Zustand der Pupillen zu beurteilen, dabei wäre die Beobachtung der Pupillengrösse wichtig gewesen. Vom Gutachter wird dies nicht thematisiert.
23. Weiter entspricht das Vorgehen bei Beginn der Reanimation nicht den einschlägigen Richtlinien. Wenn kein Puls mehr feststellbar ist, sollte so rasch wie möglich mit der mechanischen Reanimation begonnen werden, dies, bevor ein Defibrillator zum Einsatz kommt. Der positive Effekt von Basisreanimationsmassnahmen vor der Defibrillation ist durch Studien belegt. Dem entsprechend ist dies auch gemäss den ERC-Richtlinien so zu handhaben (vgl. ERC-Richtlinien 2005 und 2010, auf die in zahlreichen anderen Quellen Bezug genommen wird; siehe die beigelegten Empfehlungen der Bundesärztekammer aus dem Jahr 2006 [Deutsches Ärzteblatt (2006), Reanimation 2006, A2236] [Beilage 7] sowie das beigelegte Ablaufschema aus Wikipedia [Beilage 8]; vgl. weiter in Wikipedia: <http://de.wikipedia.org/wiki/Reanimation>). Stattdessen hat der Rettungs-

sanitärer, nachdem er keinen Puls mehr feststellen konnte, geholfen, den Betroffenen vom Rollstuhl zu kippen, vom Kopfschutz und von den Fesseln zu befreien, hat dann den AED (automatischer externer Defibrillator) behändigt und angebracht, eine Messung durchgeführt, den Beatmungsbeutel an die Sauerstoffflasche angeschlossen und dann mit der Reanimation begonnen (Einvernahme S. 5 f.). Alles in allem dürften damit vom Zeitpunkt, in dem kein Puls mehr feststellbar war, bis zum Beginn der Reanimation einige Minuten verstrichen sein, und auch vom Moment, in dem der Betroffene so lag, dass er hätte reanimiert werden können, dürfte es nochmals Minuten gedauert haben bis zum Beginn der Reanimation. Dies ist unverständlich.

24. Hätte der Rettungssanitäter sofort, als er die Problematik erkannte, veranlasst, dass Joseph Ndukaku Chiakwa so gelagert worden wäre, dass Massnahmen und insbesondere eine Reanimation hätten durchgeführt werden können, und hätte er nach der Feststellung des fehlenden Pulses sofort mit der Reanimation begonnen, so hätte die Reanimation damit etliche Minuten vorher einsetzen können. Hinzu kommt, dass auch die Beamten spätestens dann, als sie nach einem Arzt riefen, den Betroffenen von den Fesseln hätten befreien müssen, damit eine genauere Untersuchung und allfällige Notfallmassnahmen ohne Verzug durchgeführt werden können. Wie gross die durch diesen Ablauf verursachte zeitliche Verzögerung, mit der die Herzmassage begonnen worden ist, insgesamt und in ihren einzelnen Aspekten konkret ist, ist vorab durch Befragung der damals anwesenden Personen zu eruieren. Anschliessend ist der ermittelte Sachverhalt einem Spezialisten zur Beurteilung vorzulegen. Klar ist, dass die Chancen, einen Menschen wiederzubeleben, u. a. entscheidend davon abhängen, wie rasch die Reanimation einsetzt. Mit jeder Minute Verzögerung sinkt die Chance um 7-10% (vgl. wiederum die vorstehend zitierten Richtlinien und Sekundärquellen). Damit ist die vom IRM angegebene Begründung, weshalb die Wiederbelegungsmassnahmen genügend gewesen sein sollen, nicht nachvollziehbar, da der Umstand übergangen wird, dass mit der Herzmassage hätte begonnen werden sollen, bevor die Aufzeichnung mit dem AED, auf die sich das IRM ZH bezieht, vorgenommen worden ist.
25. Nicht beantwortet sind auch die Fragezeichen, die Prof. Schaffner und Dr. R. bezüglich der Effektivität der durchgeführten Reanimation setzen. Eine wirksame Herzmassage hinterlässt deutliche Spuren, insbesondere Kontusionen und oft Rippenbrüche (<http://de.wikipedia.org/wiki/Rippenbruch>) sowie die von Prof. Schaffner erwähnten Folgen (Anschoppung der Lungen mit Blut, Lungenödem, Fettembolien). All dies war offenbar nicht feststellbar, womit abzuklären bleibt, ob die Herzmassage korrekt durchgeführt worden ist. Wiederum wirft es kein gutes Licht auf das Gutachten des IRM ZH, dass es diesen Punkt nicht aufgenommen hat (und dies trotz eines entsprechenden Hinweises von Prof. Schaffner).

Aus der vorliegenden Eingabe, aus der Eingabe vom 16. August 2010 sowie aus den eingereichten Unterlagen ergibt sich somit insgesamt in aller Deutlichkeit, dass das Gutachten des IRM ZH mit seinen Nebengutachten und Beilagen keine tragfähige Grundlage abgibt, um über den Fortgang des Strafverfahrens entscheiden zu können. Die rechtsanwendende Behörde verfügt selbst nicht über das medizinische Fachwissen, um die Zusammenhänge einordnen zu können. Da die Beurteilung der Strafbarkeit von Personen, die in diesen Vorfall verwickelt gewesen sind, untrennbar mit medizinischen Fragen verbunden ist, kann darüber nur entschieden werden, wenn ein medizinisches Gutachten vorliegt, das sich als tragfähig erweist und die sich stellenden Fragen schlüssig und erschöpfend beantwortet. Ein derartiges Gutachten liegt nicht vor. Damit erscheint es als erforderlich, weitere medizinische Beurteilungen einzuholen. In Bezug auf einige wesentliche Aspekte wird der Sachverhalt vorgängig im Rahmen der Untersuchung zu klären sein, um dem medizinischen Sachverständigen die notwendigen tatsächlichen Grundlagen zur Beurteilung an die Hand geben zu können. Es wird deshalb noch einmal darum ersucht, so vorzugehen, wie dies in der Eingabe vom 16. August 2010 beantragt worden ist. Es wird ein weiteres Obduktionsgutachten einzuholen sein unter Beteiligung von Ärztinnen bzw. Ärzten der Fachrichtungen Pathologie, Kardiologie, Psychiatrie und Ärztinnen bzw. Ärzten mit Praxiserfahrung mit Bezug auf Hungerstreik, Anorexia nervosa sowie Reanimation.

Denkbar wäre auch, vor einer erneuten umfassenden Begutachtung medizinische Teilaspekte begutachten zu lassen. Auf der Hand liegen würde dabei eine vorgängige kardiologische Abklärung, im Weiteren eine solche mit Beziehung auf Hungerstreik bzw. Anorexia nervosa sowie Reanimation, wobei in Bezug auf die Reanimation der entsprechende Sachverhalt vorgängig in der Untersuchung genauer zu klären bleibt. Für eine kardiologische Beurteilung, die sich wohl am raschesten umsetzen liesse, schlage ich folgenden Experten vor: Prof. Dr. med. O.H., Universitätsklinik für Kardiologie, Inselspital, 3010 Bern.

Mit freundlichen Grüssen

Viktor Györfy

Beilagen:

1. RAMON BRUGADA/JOSEP BRUGADA/PEDRO BRUGADA, Clinical Approach to Sudden Cardiac Death Syndromes, London 2010, S. 95 ff., insb. S. 99 f.
2. BJ MARON/TJ ANAN/WC ROBERTS, Quantitative analysis of the distribution of cardiac muscle cell disorganization in the left ventricular wall of patients with hypertrophic cardiomyopathy, in: Circulation, 1981, S. 882 ff.
3. OLIVER BRUDER et al., Myocardial Scar Visualized by Cardiovascular Magnetic Resonance Imaging Predicts Major Adverse Events in Patients With Hypertrophic Cardiomyopathy, in: Journal of the American College of Cardiology, Vol. 56, No. 11, 2010, S. 875 ff.
4. RORY O'HANLON et al., Prognostic Significance of Myocardial Fibrosis in Hypertrophic Cardiomyopathy, in: Journal of the American College of Cardiology, Vol. 56, No. 11, 2010, S. 867 ff.
5. Dangers and Health Effects of Anorexia Nervosa and Starvation [<http://www.healthtree.com/articles/eating-disorders/anorexia/health-effects/>]
6. Clinical Observations, in: Annals of Internal Medicine, Volume 150, Number 7
7. Empfehlungen der Bundesärztekammer aus dem Jahr 2006 [Deutsches Ärzteblatt (2006), Reanimation 2006, A2236]
8. Ablaufschema Reanimation aus Wikipedia