



Universität Zürich
Institut für Rechtsmedizin

KOPIE

Forensische Medizin
Winterthurerstrasse 190/52
CH-8057 Zürich
Fon +41 44 63 55611
Fax +41 44 63 56851
irm02@irm.uzh.ch
www.irm.uzh.ch

Dr. med. Morten Keller-Sutter
Abteilungsleiter

EINSCHREIBEN
Staatsanwaltschaft Winterthur/Unterland
Herr StA lic. iur. C. Philipp, AL
Büro B-1
Postfach
8401 Winterthur

Zürich, 17.06.2010

u/Ref: 2021000097 kelm, nola
i/Ref: B-1/2010/1806

Fallverantwortliche/r: Dr. med. Morten Keller-Sutter, Dr. med. Bente Lippmann

KHAMMA Alex

geb. 29.07.1980

Ausschaffungszentrum Flughafen, 8302 Kloten

Obduktionsgutachten

Sehr geehrter Herr Staatsanwalt Philipp

Am 18.03.2010 erteilten Sie uns schriftlich den Auftrag, Khamma Alex (alias CHIAKWA Joseph Ndukaku) zu obduzieren und über die Todesart und Todesursache (inklusive chemisch-toxikologischen Untersuchungen) ein Gutachten zu erstellen. Mit Ihrem Schreiben vom 31.05.2010 beauftragten Sie uns zudem, auf die Möglichkeit eines psychogenen Todesfalles im Zusammenhang mit dem Versterben von Khamma Alex einzugehen, in ausführlicher Art Stellung zur Frage der Transportfähigkeit zu nehmen und im erstellten Gutachten bei Bedarf auch medizinische Feststellungen allgemeiner Art einzubringen, welche mit dem Versterben von Khamma Alex direkt oder indirekt zusammenhängen.

Die rechtsmedizinische Obduktion von Khamma Alex wurde am 19.03.2010 durchgeführt. Obgenannter war während seines ganzen Aufenthaltes in der Schweiz behördlich unter dem Namen Khamma Alex erfasst. Aus diesem Grund werden nachfolgend ausschliesslich dieser Name und Vorname verwendet.

Dieses Gutachten basiert auf:

- a) Den im Rahmen der rechtsmedizinischen Untersuchung erhobenen Befunden:
- Obduktionsprotokoll, Histologieprotokoll, Zusammenfassender Untersuchungsbericht
 - Bericht der Legalinspektion 2011000134 vom 23.03.2010
 - Chemisch-toxikologisches Gutachten (TN 10-1582) vom 25.03.2010
 - Rechtsmedizinische Bildgebung vom 16.06.2010
 - Radiologische Beurteilung von Prof. Anders Persson, Center for Medical Image Science

- and Visualization der Universität Linköpings (Schweden) vom 12.05.2010
- Histologische Beurteilung durch Prof. Dr. med. T. Schaffner, em. Ordentlicher Professor für Pathologie, Institut für Pathologie, Universität Bern vom 10.06.2010
- Einsatzprotokoll von Schutz und Rettung der Stadt Zürich bzw. der Rega Basis Zürich vom 17.03.2010
- Mikrobiologische (vom 26. und 31.03.2010) und virologische (vom 29.03.2010) Untersuchungsbefunde des Instituts für Medizinische Mikrobiologie bzw. des Instituts für Medizinische Virologie der Universität Zürich
- Klinisch-chemische Untersuchungsbefunde vom 26.03.2010 des Instituts für klinische Chemie des Universitätsspitals Zürich

b) Einvernahmen durch Herrn StA lic.iur. Ch. Philipp, Staatsanwalt Winterthur-Unterland

- Einvernahme als Auskunftsperson von [REDACTED] vom 18.03.2010
- Einvernahme als Auskunftsperson von [REDACTED] vom 14.04.2010
- Einvernahme als Auskunftsperson von [REDACTED] vom 23.04.2010
- Einvernahme als Auskunftsperson von [REDACTED] vom 23.04.2010
- Einvernahme als Auskunftsperson von [REDACTED] vom 06.05.2010
- Einvernahme als Auskunftsperson von [REDACTED] vom 12.05.2010
- Einvernahme als Auskunftsperson von [REDACTED] vom 12.05.2010

c) Einvernahmen durch Herrn [REDACTED] Kantonspolizei Zürich

- Einvernahme zur Sache von [REDACTED] vom 29.03.2010
- Einvernahme zur Sache von [REDACTED] vom 29.03.2010
- Einvernahme zur Sache von [REDACTED] vom 06.04.2010
- Einvernahme zur Sache von [REDACTED] vom 23.04.2010
- Einvernahme zur Sache von [REDACTED] vom 30.04.2010

d) Unterlagen des Flughafengefängnisses

- Krankengeschichte von Khamma Alex von [REDACTED] inkl. Medikamentenkarte
- Insassen Stammblatt des Flughafengefängnisses Zürich
- Pflegebericht von [REDACTED]

e) Weiteren Unterlagen

- Diverse von der Staatsanwaltschaft zur Verfügung gestellte Akten
- Diverse selbst eingeholte Informationen gemäss Verzeichnis
- Fotodokumentation der Kriminaltechnischen Abteilung der Kantonspolizei Zürich

Inhaltsverzeichnis

- 1. Vorgeschichte**

- 2. Im Rahmen der rechtsmedizinischen Untersuchungen erhobene Befunde**
 - 2.1 Legalinspektion
 - 2.2 Rechtsmedizinische Bildgebung
 - 2.3 Beurteilung der rechtsmedizinischen Bildgebung durch Radiologen
 - 2.4 Obduktion
 - 2.5 Histologie
 - 2.6 Beurteilung der Histologie durch Pathologen
 - 2.7 Forensische Chemie
 - 2.8 Mikrobiologie und Virologie
 - 2.9 Klinisch-chemische Untersuchungen

- 3. Angaben aus dem Flughafengefängnis zu Khamma Alex**
 - 3.1 Krankengeschichte inkl. Medikamentenblatt und Pflegebericht
 - 3.2 Insassen Stammbblatt
 - 3.3 Bericht des Psychiatrisch-Psychologischen Dienstes PPD

- 4. Einvernahmen**
 - 4.1 Durch die Staatsanwaltschaft erfolgte Einvernahmen
 - 4.2 Durch die Kantonspolizei Zürich erfolgte Einvernahmen

- 5. Fallrelevante medizinische und juristische Informationen**
 - 5.1 Medizinische Informationen
 - 5.1.1 Medizinische Informationen zu Hungerstreik
 - 5.1.2 Medizinische Informationen zu positionsbedingtem Erstickungstod
 - 5.1.3 Anderweitige medizinische Informationen
 - 5.2 Juristische Informationen

- 6. Beurteilung**
 - 6.1 Zur Frage des Zustandes von Khamma Alex
 - 6.2 Zur Frage der Transportfähigkeit
 - 6.3 Zur Frage der Todesursache
 - 6.4 Zur Frage der Todesart
 - 6.5 Weitere sachdienliche Feststellungen

- 7. Verzeichnis der selbst beigezogenen Quellen**

1. Vorgeschichte

Laut eines Rappports der Stadtpolizei Zürich galt Khamma Alex seit dem 22.09.2006 als abgewiesener Asylbewerber. Khamma Alex hatte offenbar keine Anstrengungen unternommen, sich Reisedokumente zu beschaffen. Die Wegweisung konnte mangels Reisepapieren jedoch nicht vollzogen werden. Gemäss Auskunft der Leitung der Notunterkunft (NUK) Uster war Khamma Alex vom 28.08.2009 bis 13.12.2009 in der NUK Uster untergebracht. Er sei in dieser Zeit in einem physisch und psychisch gutem Zustand gewesen und habe nie einen Arzt aufgesucht. Das Auftreten von Khamma Alex wird seitens der Leitung der NUK Uster als ruhig und unauffällig beschrieben.

Am 13.12.2009 wurde Khamma Alex wegen vorsätzlichen rechtswidrigen Verweilens in der Schweiz verhaftet. Mit Schreiben vom 15.12.2009 und 16.12.2009 wurden durch das Migrationsamt des Kantons Zürich die "Haft-/Ausschaffungsanordnung" bzw. "Bestätigung Ausschaffungshaft" bezüglich Khamma Alex erstellt.

Am 17.12.2009 erfolgte durch den Haftrichter des Bezirksgerichts Zürich die Anhörung auf Englisch von Khamma Alex. Khamma Alex wurde zur Person, zum Grund der Anhörung und zur Stellungnahme angehört. Er schwieg zu den ihm gestellten Fragen bzw. er weinte schliesslich heftig. Der Haftrichter bestätigte die Anordnung der Ausschaffungshaft und bewilligte die Haft bis zum 13.03.2010.

Gemäss der Krankengeschichte des Gefängnisarztes des Flughafengefängnisses Zürich fand am 29.12.2009 bei Khamma Alex eine erste Arztvisite statt. Hierzu war es offenbar gekommen, weil Khamma Alex gefastet oder keine feste Nahrung gegessen hatte. Der damalige Ernährungs- und Allgemeinzustand wurden als gut bezeichnet. Khamma Alex wurde angeblich darüber aufgeklärt, dass er in den Hungerstreik treten dürfe; mutmasslich wurden ihm zudem die medizinischen Folgen eines Hungerstreiks erläutert.

In einem Schreiben vom 05.01.2010 des Bundesamtes für Migration (BFM), Abteilung Rückkehr, an das Migrationsamt des Kantons Zürich, wurde festgehalten, dass Khamma Alex am 06.11.2008 anlässlich der Befragungen mit der Delegation Nigeria als nigerianischer Staatsangehöriger anerkannt wurde. Demnach könne ab sofort ein Laissez-passer (*eine Art Reisepass; Anm.d. Gutachters*) ausgestellt werden, welches direkt an swissREPAT (*dezentrale Dienstleistungsstelle der Abteilung Vollzugsunterstützung des Bundesamtes für Flüchtlinge*) weitergeleitet werde. In diesem Schreiben des BFM wurde festgehalten, dass für Khamma Alex ein Flug ab dem 20.01.2010 zu buchen ist.

Am 25.01.2010 rapportierte die Kantonspolizei Zürich an das Migrationsamt des Kantons Zürich betreffend "Ausschaffungsversuch nach Lagos" bzw. "verweigerte Rückführung", dass Khamma Alex seine unbegleitete Rückführung verweigert habe. Er habe sich geweigert, die Zelle im Flughafengefängnis zu verlassen und erklärt, dass er nicht von Nigeria sei und niemals nach Lagos fliegen werde. Da Khamma Alex nicht reisewillig gewesen sei, habe die unbegleitete Rückführung nicht vollzogen werden können. Er sei im Flughafengefängnis belassen worden.

Am 09.02.2010 ist eine zweite Arztvisite in der Krankengeschichte des Gefängnisarztes des Flughafengefängnisses Zürich dokumentiert. Es wurde festgehalten, dass sich Khamma Alex seit einer unbekanntem Anzahl von Tagen im Hungerstreik befände und dass er die Arztvisite

verweigerte.

Betreffend "rechtliches Gehör - Verlängerung Ausschaffungshaft" wurde am 22.02.2010 durch die Kantonspolizei Zürich rapportiert. Khamma Alex habe sich geweigert, die Zelle zu verlassen und am rechtlichen Gehör teilzunehmen.

Aus der Verfügung betreffend "Fortsetzung Ausschaffungshaft" des Bezirksgerichts Zürich vom 05.03.2010 ergibt sich u.a., dass sich Khamma Alex geweigert hat, an der mündlichen Verhandlung teilzunehmen. Die Verlängerung der Ausschaffungshaft bis 13.06.2010 wurde bewilligt.

Khamma Alex wurde während seines ab 09.02.2010 aktenkundigen Hungerstreiks im Februar und März 2010 regelmässig wiederholt durch den Gefängnisarzt und den Gesundheitsdienst des Flughafengefängnisses aufgesucht. Khamma Alex liess sich aber weder durch den Gefängnisarzt, noch durch den Gesundheitsdienst untersuchen und sprach mit niemandem (*Details dazu siehe "4.2 Zusammenfassungen der von Kantonspolizei Zürich erfolgten Einvernahmen"*).

Anlässlich der auf den 17.03.2010 abends angesetzten Ausschaffung per Flugzeug setzte sich Khamma Alex offenbar zweimal körperlich zur Wehr, ein erstes Mal ca. nach 21.00 Uhr als er aus seiner Zelle im Flughafengefängnis geholt wurde, ein zweites Mal ca. nach 21.30 Uhr als ihm im Ausschaffungszentrum am Flughafen die Handfesseln angelegt werden sollten, nachdem er sich zuvor ohne Schwierigkeiten an den Füssen die Fesseln anlegen liess. Khamma Alex wurde in der Folge durch mehrere Polizeibeamte zu Boden gebracht und festgehalten. Dann konnte die Fesselung auch an den Händen beendet werden. Im Anschluss daran wurde durch die handelnden Polizeibeamte eine Veränderung bei Khamma Alex festgestellt. Um diese Veränderung abzuklären, wurde durch die handelnden Polizeibeamten ein Arzt bzw. Sanitäter beigezogen. Ein für den Sonderflug als Begleitperson vorgesehener Sanitäter, der eben am Ereignisort eingetroffen war, begann ab ca. 21.45 Uhr mit der Reanimation von Khamma Alex (*Details dazu siehe 4.2*).

Dem Einsatzprotokoll von Schutz und Rettung Zürich vom 17.03.2010 kann entnommen werden, dass bei deren Eintreffen um 21.55 Uhr im Ausschaffungszentrum bei Khamma Alex Wiederbelebungsmaßnahmen im Rahmen einer kardiopulmonalen Reanimation (*Herzdruckmassage und Beatmung*) im Gang waren. Nach Anlegen einer Infusion (500 ml Ringer) wurden Khamma Alex um 22.00 Uhr 1 mg Adrenalin und 1 mg Atropin verabreicht. Der GCS war immer bei 3 (*Glascow Coma Scale: Skala zur Abschätzung des Bewusstseins, volles Bewusstsein ergibt GCS 15, tiefe Bewusstlosigkeit oder Tod ergibt GCS 3*). Es wurde ein Blutzucker von 13,1 mmol/l bestimmt (*normal nüchtern 3,9-5,5mmol/l, nach Essen normal bis 8,9mmol/l*). Khamma Alex zeigte keine Reaktionen, war bewusstlos, hatte gemäss den Aufzeichnungen im Einsatzprotokoll von Schutz und Rettung Zürich Atemstillstand und Pulslosigkeit, im EKG bestand eine Asystolie, die Haut war kalt, die am Ohr bestimmte Körpertemperatur lag bei 31,8°C. Die Beatmung und die kardiopulmonale Reanimation verliefen problemlos. Kurz vor 22.10 Uhr traf die Notärztin der Rega ein.

Laut Einsatzprotokoll der Rega-Ärztin hat bei deren Eintreffen ein GCS von 3 bestanden, die Pupillen waren weit und reaktionslos, es hat eine Asystolie vorgelegen. Um 22.15 Uhr ist durch die Rega-Ärztin nach 30-minütiger, erfolgloser Reanimation der Entscheid für den Abbruch der Reanimationsbemühungen bei Khamma Alex gefällt worden. Aufgrund der bei Abschluss dieses Gutachtens bekannten Angaben zu den zeitlichen

Verhältnissen am 17.03.2010 kann zusammenfassend derzeit davon ausgegangen werden, dass es beim Ausschaffungsversuch von Khamma Alex zwischen ca. 15 und 25 Minuten gedauert hat, vom Zeitpunkt an, als dieser in seiner Zelle im Flughafengefängnis abgeholt wurde, bis zum Verlad in den Bus, der ihn zum Ausschaffungszentrum auf dem Areal des Flughafens Zürich-Kloten brachte. In dieser Zeitspanne inbegriffen sind 5 bis 6 Minuten, die ein Polizeibeamter mit Khamma Alex in dessen Zelle wartend verbracht hat. Ab dem Moment, als sich Khamma Alex zu wehren begann, bis zu dem Zeitpunkt, als er gefesselt auf einem Stuhl sitzend dem Betreuungsteam des Ausschaffungsfluges übergeben wurde, sind ca. 10 Minuten vergangen. Danach wurde der Rettungssanitäter beigezogen (*Zeit hierzu nicht genau bekannt, vermutlich Minuten*). Nach ca. 30-minütiger erfolgloser Reanimation wurde ärztlich der Tod festgestellt.

Durch die vor Ort anwesenden Funktionäre der Kantonspolizei Zürich erfolgte nach der ärztlichen Todesfeststellung die Meldung als aussergewöhnlicher Todesfall. Hierauf wurden die diensthabenden Fachkräfte der Kantonspolizei Zürich, Staatsanwaltschaft Winterthur-Unterland und des Instituts für Rechtsmedizin der Universität Zürich aufgeboten.

2. Im Rahmen der rechtsmedizinischen Untersuchungen erhobene Befunde

2.1 Legalinspektion

Vor der Legalinspektion erfolgte durch die Kriminaltechnische Abteilung der Kantonspolizei Zürich die Fotodokumentation der angetroffenen Situation.

Bei der am 18.03.2010 um 00.45 Uhr (*Zeitpunkt der Rektaltemperaturmessung*) am Ereignisort im Ausschaffungszentrum Flughafen, in 8052 Zürich, durch den Unterzeichneten durchgeführten Leichenschau zeigte sich der in Rückenlage am Boden liegende Leichnam von Khamma Alex (*vgl. Fotodokumentation u.a. S. 7*). Dieser hatte um die Oberarme breitflächige Klebebandfixationen, die über ein Band mit Klemmeinrichtung am Rücken verbunden waren. Das T-Shirt und der Pullover, die Khamma Alex trug, waren an der Vorderseite zerrissen. Am Brustkorb links befand sich eine EKG-Klebelektrode, des Weiteren waren an verschiedenen Stellen am Brustkorb weisse, haftende Antragungen wie von EKG-Klebelektroden vorhanden. Der Leichnam war bekleidet mit Jeans (Knöpfe offen), leicht eingenasster Unterhose, Socken und Turnschuhen. In der rechten Ellbeuge war eine Injektionsnadeleinstichstelle, am linken Unterarm beugeseitig eine in einer Unterhautvene einliegende Infusion. Neben dem Leichnam befanden sich lose ein Gurt, eine "OD-Tasche" (enthaltend u.a. einen Schutzhelm sowie ein Spucknetz) sowie ein Rollstuhl mit Fixationsmaterial. Abgesehen von kratzerartigen Hautabschürfungen am Rücken bzw. einer flächenhaften Hautabschürfung am linken Knie aussen liessen sich keine weiteren äusseren Verletzungen erheben. Die Leichenstarre war im Kiefer und Nacken beginnend in Ausbildung, ansonten in keinem Gelenk ausgebildet; die Leichenflecke waren lagerichtig an den rückwärtigen Körperpartien von Rücken und Extremitäten mit Aussparung der Leichenflecke, livide, beginnend konfluierend und vollständig wegdrückbar. Bei einer Umgebungstemperatur von 16,5°C bestand eine Körpertemperatur von 34°C.

Todesursache und -art wurden mit unklar bezeichnet, der Todeseintritt wurde auf ca. 1 bis 3 Stunden vor der Leichenschau und insgesamt als vereinbar mit Abbruch der Reanimation um 22.15 Uhr bezeichnet.

2.2 Rechtsmedizinische Bildgebung

Die rechtsmedizinische Bildgebung wurde am 18.03.2010 um ca. 17.00 Uhr, d.h. rund 19 Stunden nach Eintritt des Todes, durchgeführt.

Allgemein: Wenig Subkutangewebe. Wenig intraabdominales Fettgewebe.

Kopf, Hals: Keine Läsionen des knöchernen Skeletts. Nebenhöhlen ohne Flüssigkeit jedoch mit Schleimhautwucherungen. Gehirn regelhaft, keine Besonderheiten. Deutliches Weichteilemphysem der Halsweichteile vorne ausgehend vom Mediastinum (Mittelfell) bis hinauf zur Schädelbasis, sowie um das Rückenmark im Wirbelkanal, etwa auf Höhe des 11. Brustwirbelkörpers beginnend bis auf Höhe des zweiten Halswirbelkörpers hinauf.

Rumpf: Geringgradiger Pneumothorax beidseits im Sinne eines Mantelpneumothorax (links etwas ausgeprägter als rechts). Deutliches Weichteilemphysem (Gas- oder Lufteinlagerung in die Weichteile) des Weichteilmantels des oberen Brustkorbs. Das Weichteilemphysem ist im

Bereich der Umgebung der Lungenspitzen am stärksten ausgeprägt. Nach seitlich reicht es bis zu den Schultergelenken. Nach oben kommuniziert es bis an die Schädelbasis (siehe *Kopf, Hals*). Lunge mit recht homogener tiefer CT-Dichte im Bereich -700 bis -800 Hounsfieldeinheiten. Keine Hinweise auf vorbestehende chronische Lungenüberblähung. Luftansammlungen auch zwischen den Lungenlappen links. Keine Verkalkungen im Bereich des Herzens oder der Schlagadern. Magen mit Spiegelbildung (Flüssigkeit) und Gas- bzw. Luftblase.

Extremitäten: Linker Oberschenkelknochen mit z.n. älterer, chirurgisch versorgter Fraktur und distal mit einer Winkelplatte (Osteosynthesematerial). Der Knochen oberhalb ist auf einer Länge von etwa 10 cm etwas verdickt. Reste von Knochensplintern in den Weichteilen. Deutlich verkürztes linkes Bein (etwa 5 cm). Keine Hinweise für frische Knochenbrüche oder forensisch relevante Fremdkörper.

2.3 Beurteilung der forensischen Bildgebung durch Radiologen

Prof. A. Persson, Radiologe und Direktor des Center for Medical Image Science and Visualization an der Universität in Linköping in Schweden, hält in seinem Bericht vom 12.05.2010 fest:

"Findings: Soft tissue gas from level of the dorsal part of the paratoid gland on the left side of the skull base and in the retro pharyngeal region in the midline around the longus capitis muscle. The gas continues through the cervical neck region to mediastinum. Pneumomediastinum with gas around the great vessels and muscles in the upper thorax. Subcutaneous emphysema can be seen external down to costae 4 bilateral. Above the level of the aortic arch is gas sounding the trachea and oesophagus. The lungs are separated laterally by gas 5 cm in the post sternal region. Gas can also be found antero-lateral of the heart and surrounding the aorta in the retro peritoneal space down to the level of the diaphragm. This indicates dissection of air into the mediastinum which can be come from alveolar, bronch, trachea, oesophagus or other organ in the mediastinal region that contains air. The shape of the soft tissue that borders to the gas indicates that the pressure in the air filled spaces in mediastinum is raised. Gas is found around the spinal cord from C1 level down to the level of the diaphragm. Lung parenchyma without any pathologic findings. No pathologic findings in the rest of the examined part of the body."

2.4 Obduktion

Die rechtsmedizinische Obduktion fand am 19.03.2010 zwischen 09.30 Uhr und 15.45 Uhr (*d.h. Obduktionsbeginn rund 35 Stunden nach Todeseintritt*) statt. Während der Obduktion waren die unmittelbar in die Untersuchung involvierten Mitarbeitenden des Instituts für Rechtsmedizin der Universität Zürich, der Leiter der Staatsanwaltschaft Winterthur Unterland, Herr lic.iur. Rolf Jäger, sowie zur Spurensicherung und Fotodokumentation die Herren [REDACTED] und [REDACTED] von der Kriminaltechnischen Abteilung der Kantonspolizei Zürich (*bzw. vom Forensischen Institut Zürich*) anwesend.

Der Leichnam von Khamma Alex (*vgl. Fotodokumentation S. 20 und 21*) war 180 cm gross und 60 kg schwer (*BMI 18,5 kg/m²*). Es waren am Hautmantel über 30 Sekunden stehen

bleibende Hautfalten zu erheben (vgl. *Fotodokumentation S. 34 und 35*). Die Fersen waren stark verhornt.

An äusseren frischen Verletzungen fanden sich oberflächliche Hautabschürfungen am Rücken über der Lendenwirbelsäule, am linken Handgelenk (vgl. *Fotodokumentation S. 28, 29*) sowie am linken Knie aussen (*Fotodokumentation S. 33*). Zudem bestand die bereits bei der Legalinspektion festgestellte Infusion am linken Unterarm. Es fanden sich an den Beinen längere und kürzere, teilweise von operativen Eingriffen herrührende Narben.

Bei der äusseren Untersuchung zeigte sich ein unverletztes Gesicht (vgl. *Fotodokumentation S. 22*). An den Augen fanden sich diskrete Gefässinjektionen in den Leder- und Bindehäuten (vgl. *Fotodokumentation S. 24 und 25*). Die Innenseite der Unterlippe zeigte diskrete, streifenförmige Rötungen, die Innenseite der Oberlippe präsentierte sich blass (vgl. *Fotodokumentation S. 26 und 27*). Es liessen sich weder in den Augebindehäuten, noch im Gesicht, noch in der Mundschleimhaut Blutungen dokumentieren, auch keine punktförmigen.

Autoptisch war sowohl im Brust- wie auch Bauchbereich wenig Unterhautfettgewebe abgrenzbar (vgl. *Fotodokumentation S. 36 und 37*). In der Muskulatur des 1., 2. und 3. Zwischenrippenraumes rechts, jeweils nahe an den Rippen, liessen sich diskrete Einblutungen erheben (vgl. *Fotodokumentation S. 39*). Ansonsten waren in den Weichteilen des Brustkorbes und der Bauchdecken keine Verletzungen zu dokumentieren (vgl. *Fotodokumentation S. 38*).

Die Kopfschwarte war unverletzt und ohne Blutungen (vgl. *Fotodokumentation S. 52*). Die harte und weiche Hirnhaut war zart. Das Hirn wog 1350 g. Die Hirnbasisgefässe waren zart und frei durchgängig. Weder am Gross- noch Kleinhirn waren Raumforderungen oder Blutungen zu erheben. Die Schädelkalotte und -basis waren stabil (vgl. *Fotodokumentation S. 55 und 56*).

Im Rahmen der schichtweisen Präparation der Halsweichteile in künstlicher Blutleere fanden sich schlanke Halsmuskeln. Es lagen keine Einblutungen vor. Die Halsgefässe waren zart. Das Kehlkopfskelett, das Zungenbein, die Zunge sowie die Speise- und Luftröhre waren unverletzt (vgl. *Fotodokumentation S. 53, 54, 57 und 58*).

Nach Eröffnung des Brustkorbes zeigte sich das Mittelfell über dem Herzbeutel mit feinblasiger Auflockerung (vgl. *Fotodokumentation S. 40 und 41*). Im Bereich des Herzbeutels rechts und des rechten Lungenhilus bestand eine insgesamt ca. 4 x 2 x 0,5 cm grosse Einblutung (vgl. *Fotodokumentation S 48*).

Die Herzkranzgefässe bestanden in einer frei durchgängigen, normal weiten, vorderen Zwischenkammerarterie, einem sehr dünnen und kurzen Ramus circumflexus und einer etwas dünnen, ca. 2 cm vor dem hinteren Zwischenkammerspalt endenden, rechten Herzkranzarterie (vgl. *Fotodokumentation S. 62 und 63*).

Das Herz wog 270 g (*Körperlänge korreliertes Herzgewicht nach Zeek 340 g +1- /40 g; Körpergewicht korreliertes Herzgewicht nach Smith 265 g (213-310 g)*). Es zeigte hellgelb-orangefarbenes epikardiales Fettgewebe (vgl. *Fotodokumentation S. 59 und S. 61*). Die Herzhöhlen waren prall mit flüssigem, dunkelrotem Blut angefüllt. In der linken Herzkammer fanden sich unter der Herzinnenhaut zwei helle Gewebeeinlagerungen (vgl.

Fotodokumentation S. 67 und 68). In beiden Herzkammern kamen unter der Herzinnenhaut Bindegewebeinlagerungen zur Darstellung, v.a. unter der Aortenklappe, aber auch in beiden Papillarmuskeln der linken Herzkammer (*vgl. Fotodokumentation S. 64*).

Die Lunge wog 600 g. In den Lungenspitzen fanden sich einzelne, subpleural gelegene, bis ca. 5 mm durchmessende Blutungen. Die Schnittflächen waren sehr trocken und hellrosa (*vgl. Fotodokumentation S. 59 und 69*). Die Pulmonalgefässe waren zart, es fanden sich keine zentralen oder parazentralen Lungenembolien.

Nach Eröffnung der Bauchhöhle stellten sich sehr dünne, grösstenteils ins kleine Becken verlagerte Dünndarmschlingen dar. Das intakte Darmaufhängeband und das grosse Netz waren praktisch ohne Fettgewebe (*vgl. Fotodokumentation S. 44 und 45*).

Der Magen enthielt Luft. Im Magen zeigten sich zudem ca. 40 ml dunkler, flüssiger Inhalt (*vgl. Fotodokumentation S. 47*). Postpylorisch (=nach dem Magenausgang) lagen 2 kleine Geschwüre der Schleimhaut vor (*vgl. Fotodokumentation S. 70 und 71*).

Der Dünn- und Dickdarm wurden auf der gesamten Länge eröffnet; im Dünndarm fand sich v.a. in den proximalen Abschnitten wenig braun-flüssiger Inhalt; im gesamten Dickdarm fanden sich reichlich eher trockene, geformte Kotballen ohne Besonderheiten (*vgl. Fotodokumentation S. 72 und 73*).

Die Leber, Milz und Nieren waren unverletzt (*vgl. Fotodokumentation S. 60*); die Gallenblase war prall gefüllt mit dunkelgrüner Galle. Die Milz wies eine eher trockene Schnittfläche auf. Die Nieren lagen in sehr spärlichen Fettgewebekapseln. In der rechten Nebenniere fand sich ein ca. 1 cm durchmessender gelber, harter Tumor (*vgl. Fotodokumentation S. 74*).

Die Bauchspeicheldrüse war sehr schlank und zeigte eine orange-gelbe Läppchenzeichnung ohne weitere Auffälligkeiten.

Die Harnblase war gefüllt mit 200 ml eines leicht trüben, Keton- und Glukose-negativen Urins. Die Blasenschleimhaut war unverletzt.

Die grossen Gefässe von Brust- und Bauchraum waren allseits frei durchgängig und unverletzt. Der Brustkorb und das kleine Becken waren unverletzt und zeigten keine Blutungen (*vgl. Fotodokumentation S. 49, 50*).

Die ausgedehnte Präparation der Weichteile von Rücken, Armen und Beinen ergab eine allseits gut abgrenzbare Muskulatur mit spärlich Fettgewebe. Es liess sich an keiner Körperstelle eine Einblutung erkennen, insbesondere auch nicht unter den Hautabschürfungen über der Lendenwirbelsäule und an der Hand links (*vgl. Fotodokumentationen S. 76, 77, 78, 79, 80*).

2.5 Histologie

In insgesamt 8 HE- und EVG-gefärbten Herzschnitten aus linker Kammer, Septum, Papillarmuskeln findet sich eine erhaltene Organstruktur. Die Herzmuskelzellen weisen eine erhaltene Querstreifung, Kontraktionsbanden, teils eine helle Auflockerung sowie eine braune

Atrophie auf. Das Interstitium ist zart und hat keine entzündliche Infiltrate. Das Endokard ist ebenfalls zart, an umschriebener Stelle besteht eine Vermehrung von interstitiellem Bindegewebe.

4 HE- und EVG-gefärbte Lungenschnitte zeigen eine überwiegend zarte, an einzelnen Stellen etwas verdickte, intakte Pleura mit reichlich Anthrakose. Subpleural sind zahlreiche Alveolen mit eingerissenen Alveolarwänden, daneben liegen mehrere Stellen mit Dystelektasen vor. Die Alveolarwände sind sehr fein, die Blutgefässe haben plumpe, rote Blutkörperchen. Peribronchial und perivaskulär bestehen keine Blutungen. Es lassen sich keine intraalveolären, interstitiellen oder intrabronchialen Entzündungszellinfiltrate erheben. Die Lungenfettembolieprobe nach Falzi ist negativ.

Im Hippokampus findet sich eine regulär geschichtete Struktur. Die Blutgefässe sind mit reichlich, plumpen, roten Blutkörperchen angefüllt. Die Hirnhaut ist zart, es bestehen keine entzündlichen Infiltrate. Die Neuronen sind intakt.

2 Gewebeschnitte aus dem Herzbeutel mit umliegender Blutung ergeben Gewebe bestehend aus Bindegewebe und Fettgewebe, das von einer zarten, dünnen, einreihigen Zellschicht bedeckt ist. Zwischen dem Bindegewebe und zwischen dem Fettgewebe liegen teilweise reichlich, rote, plumpe Blutkörperchen sowie sehr wenige weisse Blutkörperchen.

Im Schnitt durch eine Nebenniere ist ein umschriebener, gut abgegrenzter Tumor bestehend aus spongiozytären Zellen, die durch angedeutete Septen in grössere Einheiten unterteilt werden, erkennbar. Daneben finden sich Abschnitte mit erhaltener Organarchitektur mit Rinden-Mark-Aufbau. Alle Gewebe weisen reichlich Blutgefässe auf, die mit roten, plumpen Blutkörperchen angefüllt sind.

Die Leber hat ein zartes retikuläres Maschenwerk. Sinusoide sind teilweise mit plumpen, roten Blutkörperchen, Blutgefässe mit wenig roten Blutkörperchen angefüllt. Die Leberzellen sind erhalten, wenige haben kleine, lichtoptisch leere Räume. Die Portalfelder sind zart und ohne entzündlichen Infiltrate.

In der Dünndarmwand liegt ein Defekt der Schleimhaut und der Muscularis vor; es finden sich reichlich chronische und akute Entzündungszellinfiltrate.

Die Nieren haben eine reguläre Organstruktur mit erhaltenen Glomerula, Tubuli und Sammelrohren. Es bestehen keine interstitiellen Infiltrate. Die Blutgefässe in Rinde und Mark sind fleckförmig mit reichlich plumpen, roten Blutkörperchen angefüllt.

2.6 Beurteilung der Histologie durch Pathologen

Prof. Dr. med. T. Schaffner, bis 2009 Kodirektor des Instituts für Pathologie der Universität Bern mit den diagnostischen Schwerpunkten Pathologie des Herz-/Kreislaufsystems und Autoptische Diagnostik, hält in seinem Bericht vom 10.06.2010 über die ihm konsiliarisch zur Beurteilung vorgelegten Schnittpräparate fest, dass eine akute Blutstauung in den Organen des grossen Kreislaufs, ein akutes Ulkus duodeni (*Geschwür der Schleimhaut des Dünndarms*), eine Sinusleukozytose der Leber sowie eine fokale Lipidenspeicherung der Nebennierenrinde zu erheben sind. Das Ulkus duodeni, die Sinusleukozytose und die fokale Lipidenspeicherung

in der Nebennierenrinde beurteilt Prof. Schaffner als Hinweise für eine Stressreaktion. Die todesursächlich relevante Pathologie sieht Prof. Schaffner in einer Herzkrankheit ((Kardiopathie mit myopathischen Veränderungen der Innenschicht (sogenannte tubuläre Myopathie), mit sklerosierten intramyokardialen Arterien, mit Texturstörung des Herzmuskels, mit Hyperploidie von Herzmuskelzellkernen, kleinen Schwielen um kleine Gefässe der Herzmuskulatur sowie mit einer Endokardfibrose und Kontraktionsbändern)). Ausserdem wurden durch den Pathologen in der Lunge ein chronisches Lungenempysem und pleurale und subpleurale Narben mit konsekutiv kleinen Atelektasen/Dystelektasen erhoben. Nebenbefundlich diagnostizierte Prof. Schaffner ein Nebennierenadenom sowie eine hippokampale kleine Entmarkungszone.

Gemäss des Berichts des Pathologen wurden die feingeweblichen Schnitte ohne nähere Kenntnis der Umstände des Todes beurteilt. Der Pathologe kam zum Schluss, dass die Verbindung von der unter der Aortenklappen erfolgten Vernarbung der Herzinnenhaut mit vernarbten, im Herzmuskel liegenden Arterien und einer mikroskopischen Strukturstörung des Herzmuskels für das Vorliegen einer Herzmuskelkrankheit sprechen (*sogenannte hypertrophe Kardiomyopathie, Details dazu vgl. 5.1.3*).

Laut Prof. Schaffner kann zusammenfassend festgehalten werden, dass die terminalen sehr spärlichen zirkulatorischen Befunde für einen plötzlichen Herztod infolge eines rasch aufgetretenen Kreislaufstillstandes sprechen. Dabei komme entweder eine Asystolie oder ein Kammerflimmern in Frage. Beide Möglichkeiten haben eine plausible, aber letztlich im engeren Sinn unbeweisbare Ursache in den feingeweblich festgestellten, deutlich ausgeprägten und seit mehr als Wochen bis Monaten, vielleicht seit Jahren vorbestehenden Herzveränderungen.

2.7 Forensische Chemie

Immunochemische Vorteste im Urin ergaben für Gesamt-Opiate, Cocain, Cannabis, Amphetamine, Methadon, Barbiturate und Benzodiazepine negative Untersuchungsergebnisse. Ein Screening des Urins ergab keine Hinweise für die Anwesenheit von Fremdstoffen in toxikologisch relevanten Konzentrationen. Im peripheren Leichenblut war kein Trinkalkohol nachweisbar; es konnten eine geringe Konzentration an Aceton sowie ca. 500 Mikromol/l Betahydroxybuttersäure (BHB) bestimmt werden. Laut toxikologischem Bericht ist eine BHB-Konzentration bis etwa 340 Mikromol/l als normal zu bezeichnen; typische Todesfälle durch Ketoazidose liegen bei BHB-Konzentrationen von über 2500 Mikromol/l. Erhöhte Acetonkonzentrationen können bei Stoffwechselstörungen oder nach längerem Fasten auftreten.

2.8 Mikrobiologie und Virologie

In der aeroben und anaeroben Blutkultur sowie in Abstrichen von Leber und Milz war kein Bakterienwachstum zu erheben.

Im Darm war die Virus-Isolierung auf Zellkulturen negativ; die Enteroviren Isolierung (Kurzkultur) war negativ, der Enteroviren Antigen-Nachweis (IF) war negativ. In der Lunge war die Virus-Isolierung auf Zellkulturen negativ; die CMV und RSV Isolierung und der CMV und RSV Antigen-Nachweis waren negativ.

2.9 Klinisch-chemische Untersuchungen

Im Augenkammerwasser: Chlorid 136 mmol/l, Harnstoff 9,4 mmol/l, Kreatinin 69 Mikromol/l, Glukose 1,7 mmol/l, Laktat >23,3 mmol/l (*Anmerkung des Gutachters: aufgrund einer nicht zweckmässigen, fehlerhaften Asservation der Augenkammerflüssigkeit in einem für diese Untersuchungen ungeeigneten Behältnis konnten die Osmolalität sowie Natrium und Kalium im Augenkammerwasser nicht bestimmt werden*). Im Liquor: Glukose 1,3 mmol/l (Referenzwert 2,4-4,2), Laktat 45 mmol/l (Referenzwert 1,2-2,1). Im Urin: pH 6,5 (Referenzwert 5,0-7,5), Osmolalität 694 mmol/kg (Referenzwert 50-1200), Natrium 17 mmol/l (Referenzwert 30-80), Kalium 77,0 mmol/l (Referenzwert 17,0-71,0), Kreatinin 21.45 mmol/l (Referenzwert 3,1-11,50), Harnstoff 446,9 mmol/l.

3. Angaben aus dem Flughafengefängnis zu Khamma Alex

3.1 Krankengeschichte inkl. Medikamentenblatt und Pflegebericht

Gemäss Medikamentenkarte bzw. Aufzeichnungen des Gefängnisarztes hat am 29.12.2009 eine Konsultation bei ihm stattgefunden. Die Kommunikation sei schwierig gewesen, Khamma Alex faste oder esse jedenfalls keine Nahrung. Der Ernährungs- und Allgemeinzustand seien gut. [REDACTED] teile Khamma Alex mit, dass er nicht essen müsse. Am 09.02.2010 ist in der Krankengeschichte hinterlegt, dass sich Khamma Alex seit "?" Tagen im Hungerstreik befinde und dass er die Visite verweigere. Objektiv sei der Allgemeinzustand gut. Unter "Procedere/Therapie" ist vermerkt, "so weiter". Am 12.02.2010, 19.02.2010, 02.03.2010 ist eingetragen "unverändert" (*vermutlich im Vergleich zu vorher*); unter Datum 05.03.2010 hat es keinen Eintrag; am 09.03.2010, 12.03.2010 sowie 16.03.2010 ist wiederum eingetragen "unverändert".

Auf der Medikamentenkarte bzw. im Pflegebericht ist vermerkt, dass am 18.12.2009 der Puls 65 Schläge pro Minute, der Blutdruck 138/95, die Temperatur 36,8°Celsius betragen habe. Aufgezeichnet wurde dies durch die Krankenschwester. Das Körpergewicht habe bei Eintritt 93 kg betragen. Khamma Alex habe keine Medikamente gehabt. Am 28.12.2009 habe ein Gespräch mit dem PPD (*Psychiatrisch-Psychologischer Dienst des Justizvollzugs des Kantons Zürich*) stattgefunden. An den im oberen Abschnitt genannten Daten sei sodann die Untersuchung verweigert worden, der Allgemeinzustand sei gut bzw. in Ordnung gewesen (*spätere Eintragungen zum Körpergewicht des bekanntermassen Hungernden finden sich nicht*).

3.2 Insassen Stammblatt

Hierauf ist u.a. vermerkt, dass Khamma Alex aus Nigeria stammt, Christ ist, Normalkost isst, englischer Muttersprache ist, als Beruf Farmer angegeben hat und ledig ist. Das Geburtsdatum ist mit 29.07.1980 angegeben. Er hatte am 18.12.2009 die Ausschaffungshaft angetreten, war seit dem 14.12.2009 in Haft. Am 25.01.2010 hat er die Ausschaffung verweigert. Auf dem am 03.03.2010 ausgedruckten Stammblatt findet sich handschriftlich vermerkt "aus Zelle", "bleibt auf Zelle" und "Hungerstreik".

3.3 Bericht des Psychiatrisch-Psychologischen Dienstes PPD

Im Bericht vom 04.06.2010 zuhanden der Staatsanwaltschaft hält Dr. [REDACTED] fest, dass er als Oberarzt des PPD für die psychiatrische Grundversorgung des Flughafengefängnisses Zürich zuständig ist. Khamma Alex sei ihm zur psychiatrischen Visite angemeldet worden, da er das Essen verweigert habe. Dr. [REDACTED] habe zudem erfahren, dass Khamma Alex Gespräche verweigere. Am 28.12.2009 habe Dr. [REDACTED] Khamma Alex in seiner Zelle aufgesucht, da sich dieser geweigert hatte, sich in die medizinischen Untersuchungsräumlichkeiten des Flughafengefängnisses zu begeben. Dr. [REDACTED] habe verbalen Kontakt mit Khamma Alex herstellen und eine psychiatrische Untersuchung durchführen können. Khamma Alex habe die Frage nach dem Vorhandensein von Beschwerden verneint. In der darauf folgenden Befragung seien keine psychischen Defizite feststellbar gewesen. Bei Khamma Alex sei keine Suizidalität zu erheben gewesen. Die

Angaben von Khamma Alex seien passend mit den klinischen Beobachtungen gewesen. Es hätten sich keine weitergehenden Abklärungen aufgedrängt. Die Konsultation und das Einholen von Informationen sowie die Nachbesprechung mit dem medizinischen Personal hätten 50 Minuten gedauert. In Abwesenheit einer diagnostizierbaren psychischen Störung sei Dr. [REDACTED] davon ausgegangen, dass die Entscheidung von Khamma Alex, Kontaktaufnahme und Essen zu verweigern, nicht als Zeichen einer psychischen Krankheit zu verstehen sei, sondern als seine freie Entscheidung zu respektieren sei. Aus dem gleichen Grund sei keine medizinische Massnahme ergriffen worden. Im Januar 2010 habe sich Dr. Moskvitin beim medizinischen Personal des Flughafengefängnisses nach dem Befinden von Khamma Alex erkundigt und mitgeteilt bekommen, dass sich an dessen psychischen Zustand nichts geändert habe. Es habe daher für Dr. [REDACTED] keine Veranlassung bestanden, erneut zu Khamma Alex Kontakt aufzunehmen.

4. Einvernahmen

4.1 Durch die Staatsanwaltschaft erfolgte Einvernahmen

- Einvernahme von [REDACTED], geboren [REDACTED], Chef Grenzpolizeiliche Massnahmen der Kantonspolizei Zürich, Flughafenpolizei, vom 23.04.2010

[REDACTED] sei Einsatzleiter der Bodenorganisation und briefe die im Einsatz stehenden Leute u.a. über allfällige Probleme und Besonderheiten. Im Kanton Zürich sei die Kantonspolizei im Auftrag des kantonalen Migrationsamtes verantwortlich für die Gewährung des rechtlichen Gehörs, für die Klärung der Frage der Reisewilligkeit und -fähigkeit und die Beschaffung der erforderlichen Papiere. Vom Bund erhalte der Bereich Grenzpolizeiliche Massnahmen der Kantonspolizei Zürich eine Passagierliste der Rückzuführenden. Dies sei der eigentliche Transportauftrag. Darin müsse vermerkt sein, ob etwas Besonderes bei den Auszuschaffenden vorliege. Ohne Rückmeldung seitens des Bundes, von Sachbearbeitern oder vom Migrationsamt, gingen sie davon aus, dass mit den auszuschaffenden Personen alles in Ordnung sei.

Im Formular des Bundes, das er selber gesehen und für das Briefing verwendet habe, habe es keine Einträge gehabt. Er sei daher davon ausgegangen, dass alle Auszuschaffenden gesund gewesen seien. Man könne davon ausgehen, dass wenn es im Transportformular von Khamma Alex einen Eintrag gehabt hätte, seine Mitarbeiter zu ihm gekommen wären und es ihm präsentiert hätten.

[REDACTED] sei zu Beginn der Aktion noch im Flughafengefängnis stationiert gewesen und habe dann den Standort ins XI gewechselt. Dort habe sein Stellvertreter, [REDACTED] ihm mitgeteilt, dass Khamma Alex über mehrere Tage hinweg offenbar nichts gegessen, aber getrunken habe. Er habe [REDACTED] gefragt, ob dieser der Meinung sei, dass man Khamma Alex transportieren könne. [REDACTED] habe dies bejaht und gemeint, dass ihm diesbezüglich nicht Gegenteiliges aufgefallen sei.

[REDACTED] habe Khamma Alex nur einmal gesehen, als er auf einem für den Flug vorgesehenen Stuhl gebunden gewesen sei, eigentlich fertig gefesselt, einen Helm mit einem Schutz vor dem Mund tragend. Er habe gesehen, dass Khamma Alex den Kopf ein wenig schräg gehalten habe. Er habe die Begleiter gefragt, wie es Khamma gehe und ob der Puls gut sei. Die Antwort sei gewesen, dass Khamma Alex normalen, starken und regelmässigen Puls habe. Nachdem er dies gehört habe, habe er sich nicht mehr weiter um Khamma Alex gekümmert und erst später durch [REDACTED] erfahren, dass man nach einem Arzt gefragt und zu reanimieren begonnen habe.

Es sei üblich, dass sie sich beim Gefängnispersonal erkundigen, ob etwas Spezielles, namentlich was die Gesundheit angeht, vorliege. Vorgängig habe zudem ein Sachbearbeiter von ihnen Kontakt mit dem Auszuschaffenden. Dies sei [REDACTED] gewesen. Wenn dieser Sachbearbeiter eine Gesundheitsproblematik feststelle, dann erwarte er eine entsprechende Rückmeldung. Hier habe [REDACTED] keine solche Rückmeldung gemacht.

Ein Fax vom 11.03.2010 an "[REDACTED]" stamme von einem seiner Mitarbeiter. Er gehe davon aus, dass dies zu den Abklärungen gehöre, die seine Leute standardmässig beim Flughafengefängnis machen, wenn sie keine Informationen erhalten. Er wisse, dass [REDACTED]

im medizinischen Bereich des Flughafengefängnisses arbeite und gehe davon aus, dass der Hintergrund dieses Faxes tatsächlich die Abklärung der Gesundheitssituation der Häftlinge sei.

█ habe schon hunderte solcher Ausschaffungen gemacht. Er erinnere sich an den Fall eines ex-kantonalen Häftlings, der Methadonbezügler gewesen sei, ihnen diese Information aber gefehlt habe. Der Bund dürfte sich auf den Standpunkt stellen, dass alle Ausschaffungshäftlinge gesund bzw. mindestens transportfähig sind, wenn im Anmeldeformular der Kantone an den Bund betreffend Medikamentenbezug und Gesundheitszustand des Häftlings nichts steht.

█ macht darauf aufmerksam, dass die Fesselung von Khamma Alex vorerst belassen worden sei, da Auszuschaffende öfters schon gesundheitliche Probleme vorgetäuscht hätten. Man habe diese dann manchmal ohne Probleme transportieren können.

█ vertritt die Einschätzung, dass der Beherberger dafür verantwortlich sei, dass der Gesundheitszustand des Auszuschaffenden überhaupt festgehalten werde. In den Akten habe es ein Anmeldeformular an swissREPAT vom 05.01.2010. Darauf seien beide Rubriken "Gesund und Reisefähig?" und "Reisewillig?" mit "ja" beantwortet worden. Möglicherweise habe sich der Gesundheitszustand verändert und es habe nach der verweigerten Ausreise am 25.01.2010 kein neues Anmeldeformular für die Ausreise am 17.03.2010 mehr gegeben. Bei zum Voraus bekannten gesundheitlichen Problemen werde seitens der swissREPAT derjenige Arzt, der letztendlich mitfliege, früher aufgeboten, so dass er von Beginn an dabei sei. Dies sei in der Vergangenheit schon des Öfters vorgekommen.

- Einvernahme von █, geb. █, Chef Flughafendienst swissREPAT (Bundesamt für Migration) vom 12.05.2010

█ führt aus, dass swissREPAT den Auftrag hat, einen Ausschaffungsflug in einem bestimmten Zeitfenster in Absprache mit der Bodenorganisation zu organisieren. Dazu würden verschiedenen Flugofferten eingeholt. Es werde dann eine Flugofferte an den Chef Abteilung Rückkehr sowie ein formeller Auftrag an den Vizedirektor des BFM gestellt. Bei einer positiven Entscheidung werden die Fluggesellschaft und die interessierten Kantone kontaktiert. Nach einer entsprechenden Risikoeinschätzung erlasse swissREPAT ein Begleiteraufgebot an die beteiligten Kantone. Hierbei werde festgelegt, wie viele Begleiter für wieviele Häftlinge nötig sind. Zusätzlich würden die Interventionsteams aufgeboten. Parallel dazu werde von swissREPAT ein medizinisches Begleitteam aufgeboten. Hierauf würden die Rückmeldungen betreffend der Namen der Begleiter und der Interventionsteams gesammelt. Dann erfolge eine Rückfrage von swissREPAT an die beteiligten Kantone, ob es Änderungen gegeben habe und ob bei den auszuschaffenden Häftlingen medizinische Probleme vorliegen. Es sei so, dass die erste allfällige Meldung betreffend medizinischer Probleme von Seiten des Kantons erfolge. swissREPAT frage dann nach und erkundige sich telefonisch bei den Equipenleitern der entsprechenden Kantone nochmals.

Vor dem eigentlichen Ausschaffungsflug finde BFM-intern jeweils ein Briefing statt; hierbei seien Vertreter des BFM, die Equipenleiter, Vertreter der Bodenorganisationen und Fluggesellschaft zugegen. Bezüglich des auf den 17.03.2010 vorgesehenen

Ausschaffungsfluges seien keine medizinische Probleme betreffend sämtlicher rückzuführender Personen angesprochen worden.

Auf die Frage, wer die BFM-PAX-Liste führe, antwortet [REDACTED] dass diese durch ein Team bei swissREAPT fortlaufend ergänzt werde. Entweder erfolge durch die Kantone eine Aktivmeldung, wonach der entsprechende Häftling krank sei oder es erfolge keine Meldung, woraus sie schlossen, dass er gesund sei, ansonsten würden sie eine Meldung erwarten.

Hinsichtlich der Frage, wann der Arzt und der Rettungssanitäter, die den Flug begleiten sollten, vor Ort hätten eintreffen sollen, antwortet [REDACTED] dass der Arzt und der Rettungssanitäter auf den Zeitpunkt des Eintreffens des ersten Ausschaffungshäftlings hätten auf Platz sein müssen, somit zu Beginn des Fesslungsprocedures. Der am 17.03.2010 aufgebotene Arzt meldete sich offensichtlich an einem anderen Ort, da er nicht genau wusste, wo er sich einfinden müsse.

Bezüglich Attestierung der Transportfähigkeit sei [REDACTED] bekannt, dass bei Ärzten das Problem bestehe, dass sie als Behandler der ärztlichen Schweigepflicht unterstehen und zudem diese Beurteilung nicht machen können. Auf die Frage, wie auf dieser Erkenntnis aus Sicht des Bundes reagiert worden sei, führt [REDACTED] aus, dass dies für ihn tatsächlich ein Problem und eine Herausforderung sei. Es seien verschiedene Ebenen, die betroffen seien und man müsse eine Lösung treffen. In den Fällen, in welchen sie eine Rückmeldung der KAPO haben, finde eine zweite ärztliche Überprüfung statt, dafür werde der den Flug begleitende Arzt beigezogen; dieser könne in Kontakt mit dem Gefängnisarzt treten.

[REDACTED] habe bis zur Einvernahme keine Kenntnis vom Hungerstreik von Khamma Alex gehabt. Hätte er früher davon Kenntnis gehabt, hätte er sicher die Vorgesetzten orientiert. Er gehe davon aus, dass Khamma Alex unter diesen Voraussetzungen nicht auf diesen Sonderflug gegangen wäre.

- Einvernahme von [REDACTED] geboren [REDACTED] Polizeibeamter bei der Kantonspolizei Zürich, vom 12.05.2010

[REDACTED] sei als DV Grenzpolizeiliche Massnahmen der Kantonspolizei Zürich zur Unterstützung des Dienstchefs [REDACTED], der die Gesamtverantwortung für die Ausschaffung gehabt habe, vor Ort gewesen. [REDACTED] sei dabei gewesen, als Khamma Alex aus dem Gefängnis geholt worden sei. Da es mehr Ausschaffungshäftlinge als Sicherheitszellen gehabt habe, sei Khamma Alex in der normalen Zelle geblieben. [REDACTED] habe vor der Zelle gewartet, als der Sicherheitscheck gemacht worden sei. Bei der Leibesvisitation habe Khamma Alex wie ein "Spränzel" ausgesehen. Es sei zuvor kurz erwähnt worden, dass sich Khamma Alex im Hungerstreik befunden habe. Zu diesem Zeitpunkt sei aber auch gesagt worden, dass Khamma Alex getrunken habe und mit niemanden mehr gesprochen habe.

Als die Zelle betreten worden sei, habe er - Khamma - sich in fremdländischer Sprache geäußert. Khamma Alex sei nach der Fesselung problemlos selbst gelaufen und auch ins Fahrzeug eingestiegen.

Wenn [REDACTED] Kenntnis davon gehabt hätte, dass sich Khamma Alex vermutlich seit gut zwei Monaten im Hungerstreik befunden hat, hätte er sich mit seinem Dienstchef über das weitere Vorgehen unterhalten. Sie hätten früher auch entschieden, jemanden nicht mitzunehmen oder den Arzt beigezogen. [REDACTED] habe den Umstand, dass Khamma Alex wie ein "Spränzel" ausgesehen habe, nicht zwingend mit dem Hungerstreik in Verbindung gebracht. Als er früher als Vorausdetachment in Nigeria gewesen sei, habe er dort tausende Leute mit dieser körperlichen Konstitution gesehen.

[REDACTED] hätte erwartet, dass bei einem Häftling, der sich seit gut zwei Monaten in einem Hungerstreik befindet, der Justizvollzug auf jeden Fall eine entsprechende Meldung gemacht hätte; in einem anderen Fall mit einem Häftling mit Medikamenten sei eine solche Mitteilung erfolgt.

Die Stufe des Ausschaffungslevels betreffend eines bestimmten Häftlings werde durch die Polizei über die zuständige polizeiliche Sachbearbeiterin festgelegt. Ein solcher Entscheid sei aber nicht endgültig. Sein Chef und er könnten einen anderen Level festlegen und trotz verweigerter erster Ausreise noch einmal einen Level 1 oder 2 festlegen.

Es sei [REDACTED] bekannt gewesen, dass der Arzt nicht vor Ort gewesen sei, weil er sich verfahren habe. Er [REDACTED] - hätte aber ebenfalls keinen Anlass gesehen, die Fesselung zu stoppen oder nicht beginnen zu lassen, da die handelnden Polizeibeamten sanitärisch genügend ausgebildet seien, um auf gesundheitliche Probleme reagieren zu können, auch wenn sie nicht am SPI (*Schweizerisches Polizeiinstitut, private Stiftung getragen von Bund, Kantonen und Gemeinden, bietet in Zusammenarbeit mit den kantonalen und kommunalen Polizeikorps u.a. Weiter- und Ausbildungen der Spezialisten an*) ausgebildet worden seien.

[REDACTED] haben nicht nachgefragt, wie lange Khamma Alex im Hungerstreik gewesen sei. Die Bemerkung über den Hungerstreik sei im Rahmen einer allgemeinen Diskussion gefallen. F. [REDACTED] P. [REDACTED] sei aber extra in die Zelle gegangen und habe von aussen nach Khamma Alex geschaut.

- Einvernahme von [REDACTED] geboren [REDACTED] Polizeibeamter bei der Kantonspolizei Zürich, vom 14.04.2010

[REDACTED] war am 17.03.2010 als Teamleader der Sicherungs-/OD-Gruppe im Flughafengefängnis Zürich tätig. Er ist seit 6 Jahren Gruppenchef in diesem Bereich und wurde ehemals von einem anderen Gruppenchef eingearbeitet. Eine spezielle Ausbildung hat er gemäss eigenen Angaben nicht erhalten.

Die vom [REDACTED] geführte Gruppe hatte Khamma Alex aus der Zelle im Flughafengefängnis zu holen und erste Vorbereitungen für den motorisierten Transport zum Ausschaffungszentrum auf dem Flughafengefängnis zu treffen. [REDACTED] habe vor dem Einsatz aus einem Pool von Leuten 8 Beamte zugeteilt erhalten. Aus diesen hätten sich sodann zwei 4er-Teams gebildet. Eines dieser Teams habe sich mit dem Häftling, der später gestorben sei, befasst.

[REDACTED] habe bezüglich dieses speziellen Ausschaffungshäftlings keine Informationen erhalten. [REDACTED] hätte eigentlich mit [REDACTED] zusammengearbeitet, dieser hätte

die eine Gruppe und er die Andere leiten sollen. So hätten sie unabhängig voneinander die Häftlinge mit zwei Gruppen aus ihren Zellen holen können. Weil [REDACTED] aber verhindert gewesen sei und weil es wichtig sei, dass der Teamleiter bei einer Gruppe die Übersicht habe, habe er eine Gruppe geteilt, die dann ohne Teamleader gewesen sei, in zwei 2er-Teams und habe sie auf die bereitstehenden Fahrzeuge verteilt. Ihnen sei die Aufgabe erteilt worden, den Einlad der Häftlinge zu begleiten. Er habe dann mit seinem Team das Abholen der Häftlinge verrichtet. Da nur ein Team zur Verfügung gestanden sei, habe es einfach länger gedauert.

Es sei davon auszugehen, dass [REDACTED] auch nicht mehr über den spezifischen Häftling gewusst habe. Sie erhielten jeweils vorgängig eine Liste mit den Namen der Auszuschaffenden. Diese Liste werde in Zusammenarbeit zwischen dem Bund/RePAT und den jeweiligen Polizeikorps, welche Ausschaffungshäftlinge aus den Kantonen brachten, erstellt. Wenn gesundheitliche Probleme bei einem Häftling vorliegen, sei dies auf der Liste unter dem Namen des entsprechenden Häftlings vermerkt. Diese Liste sei vorhanden gewesen, und auch der Name des entsprechenden Häftlings. Es habe keine Einträge betreffend seines Gesundheitszustandes gehabt.

Es seien vier Beamte zu Khamma Alex in die Zelle getreten, 2 seien links und rechts neben ihn getreten und hätten ihn an den Oberarmen festgehalten. Ein Beamter habe Khamma Alex den Helm aufgesetzt. Plötzlich habe sich Khamma Alex versteift, er habe den Körper angespannt. Dies sei schwierig zu interpretieren gewesen. Zu zweit hätten sie versucht, ihn in englischer Sprache zu beruhigen. Die Anspannung sei dann zurückgegangen. Bei der darauf folgenden Leibesvisitation habe Khamma Alex sich passiv verhalten. Khamma Alex habe eine intensive Hornhaut an den Füßen sowie eine allgemein trockene Haut gehabt. Während des ganzen Vorgangs sei Khamma Alex ruhig gewesen und habe keine Probleme gemacht. Khamma Alex seien schliesslich die Hände mit Handschellen auf dem Rücken gefesselt worden. Er sei selber gegangen und mit den anderen Häftlingen zu den bereit stehenden Busse geführt worden.

[REDACTED] habe kein Transportformular gesehen. Es seien mündliche Informationen vom Gefängnis gegeben worden, dass Khamma Alex seit gut zwei Monaten nichts mehr gesprochen habe; irgendjemand habe auch erwähnt, dass er eine unbekannte Zeit lang im Hungerstreik gewesen sei. Diese Informationen habe er auf dem Weg zur Zelle von Khamma Alex und nicht zur Weitergabe erhalten. Es seien ihm keine Auflagen betreffend der Behandlung von Khamma Alex mitgeteilt worden. Er habe das Transportprotokoll bzw. "LOG" von Khamma nie gesehen und nie Eintragungen darin gemacht; er könne nicht bestätigen, ob dessen konkretes LOG damals im Ausschaffungszentrum deponiert worden sei. Es seien keine speziellen Informationen an die Polizisten weitergegeben worden, welche den Transport übernehmen, namentlich auch keine medizinischen.

Befragt auf Auffälligkeiten während der Leibesvisitation gibt [REDACTED] an, dass Khamma Alex starken Mundgeruch - wie die anderen Häftlinge auch - gehabt habe. [REDACTED] habe aber keine Symptome beobachtet, die an ein ernsthaftes gesundheitliches Problem denken liessen. Khamma Alex habe wie erwähnt selber gehen können, dies als ein Zeichen, dass er transportfähig sei. Khamma Alex sei ihm im Vergleich mit anderen Ausschaffungshäftlingen nigerianischer Herkunft ziemlich dünn vorgekommen. Es habe keine speziellen Anzeichen von körperlicher Schwäche gegeben. Er habe gehört, dass Khamma Alex einem Beamten gegenüber etwas gesagt haben soll. Dass Khamma Alex auf englisch

gesagt habe, dass er in der Zelle bleiben wolle und dass er sich nicht wohl fühle, höre er (anlässlich der jetzigen Einvernahme) aber zum ersten Mal. Khamma Alex habe keinen gesunden Eindruck hinterlassen, dies auch wegen der Feststellungen an seinen Füßen und wegen seiner trockenen Haut; die Verkrampftheit könnte aus seiner passiven Haltung gedeutet werden.

Darauf angesprochen führt [REDACTED] aus, bei Khamma Alex nichts Spezielles betreffend seiner Atmung festgestellt zu haben. Es sei ihm diesbezüglich nichts aufgefallen und es sei ihm auch im Nachhinein nichts in Erinnerung gekommen. Im Vergleich zu anderen Häftlingen, bei denen er schon eine Leibesvisitation durchgeführt habe, sei ihm mit Ausnahme der bereits erwähnten Punkte (Füsse, Haut) nicht Spezielles aufgefallen; er habe bei den Leibesvisitationen schon die ganze Bandbreite von Verfassungen erlebt. [REDACTED] schätze grob, dass vielleicht 20 bis 25 Minuten vergingen, bis Khamma Alex den Beamten im Transportfahrzeug übergeben worden sei.

- Einvernahme von [REDACTED] geboren [REDACTED], Polizeibeamter bei der Kantonspolizei Zürich, vom 18.03.2010, 03.00 Uhr

[REDACTED] habe zusammen mit [REDACTED] im Sicherungsteam gearbeitet. Das Sicherungsteam übernehme den Auszuschaffenden, wenn er vom Gefängnis übergeben werde. Die Person werde dann zu jener Lokalität gebracht, wo die Fesselung stattfindet. Die Person werde dann dem Fesselungsteam übergeben, welches die Fesselung verrichte. Das Sicherungsteam bleibe in engem Kontakt mit dem Fesselungsteam und dem Auszuschaffenden, dies wenn es Probleme gäbe. Es gebe keine spezielle Ausbildung für die Funktion als Sicherungsperson. Diese Fähigkeiten würden im Rahmen der normalen polizeilichen Ausbildung vermittelt.

[REDACTED] habe vor dem ersten Kontakt mit dem Auszuschaffenden keine Information zu dessen Gesundheitszustand gehabt. Khamma Alex sei vom Gefängnis in eine Baracke auf dem Flughafenareal gebracht worden. Dort haben er und [REDACTED] ihn entgegen genommen. Sie hätten ihn in eine Nische in der Baracke geführt, wo die Fesselung durch das Fesselungsteam stattgefunden habe. Das Fesselungsteam habe seine Arbeit gemacht, sie seien dabeigestanden und in engem Kontakt mit Khamma Alex gewesen.

Während des Fesselungsvorgangs habe sich Khamma Alex zu wehren begonnen. Man habe bereits die Füsse gefesselt gehabt und ihm zur Handfesselung die Handschellen abnehmen müssen, als er den Moment nutzte, um sich mit den Händen zu wehren. Man habe ihn dann zu Boden bringen müssen. Daran beteiligt seien [REDACTED] und er selber gewesen. [REDACTED] und [REDACTED] seien dabeigestanden. Es seien dann noch zwei Personen eines anderen Sicherungsteams dazugekommen.

Khamma Alex sei auf einer Körperseite gelegen, nicht in Bauchlage. Khamma Alex sei in dieser Position an Händen, Füßen und im Kopfbereich fixiert worden. Das Fesselungsteam habe die Fesselung beenden können, das heisst, die Hände fixieren. Khamma Alex sei dann auf einen normalen Stuhl gesetzt worden, wo die Fesselung noch beendet worden sei. Er sei zu diesem Zeitpunkt wieder ruhig gewesen. Er sei dann auf einen speziellen Stuhl mit Rollen gesetzt worden, welcher auch Gurten habe. Weil er sich gewehrt habe und nun auf diesem speziellen Stuhl sitzend plötzlich blass geworden sei und den Kopf nach vorne habe hängen

lassen, habe [REDACTED] beschlossen, ihn mit dem Stuhl in einen anderen Raum zu bringen, um ihn von den anderen zu separieren. Diese passive Haltung mit dem nach vorn hängenden Kopf habe bereits angefangen, als Khamma Alex auf den normalen Stuhl gesetzt worden sei.

Khamma Alex sei dann im vorerwähnten Raum den Begleitern übergeben worden, welche mit ihm ins Flugzeug hätten gehen sollen. Nach Feststellung des nach vorne hängenden Kopfs habe man an gesundheitliche Probleme von Khamma Alex gedacht und sofort nach einem Arzt gesucht. Als [REDACTED] noch dabei gewesen sei, sei jedoch kein Arzt eingetroffen. Sie hätten grundsätzlich immer geschaut, dass die Atmung von Khamma Alex funktioniere. Man sei mit dem Handrücken an seinen Nasen-/Mundbereich gegangen und habe bei ihm den Puls gefühlt. Er selber habe keine solche Kontrollen durchgeführt, aber gesehen, dass Khamma Alex noch geatmet habe, dies aufgrund der Bewegungen des Brustkorbs.

Khamma Alex sei die ganze Zeit relativ still gewesen, er habe ihn eigentlich nie reden gehört. Das Verhalten von Khamma Alex sei schwierig einzuschätzen gewesen, er sei relativ ruhig gewesen; als er sich gewehrt habe, sei dies ziemlich kräftig gewesen.

Die Ausbildung für diese Tätigkeit sei in der normalen Ausbildung erfolgt. Es sei damals auch auf mögliche medizinische Probleme wie den lagebedingten Erstickungstod hingewiesen worden. [REDACTED] habe an 5 bis 10 Ausschaffungsflügen teilgenommen.

- Einvernahme von [REDACTED] geboren [REDACTED], Polizeibeamter bei Kantonspolizei Zürich, vom 18.03.2010, 03.36 Uhr

[REDACTED] und er hätten Khamma Alex übernommen, als er vom Gefängnisteam zum Ausschaffungszentrum gebracht worden sei. [REDACTED] habe zum Sicherungsteam gehört. Hierzu sei keine spezielle Ausbildung notwendig, im Rahmen der normalen Polizeiausbildung würden die entsprechenden Fähigkeiten vermittelt.

Er habe keine Informationen über den Gesundheitszustand des Auszuschaffenden gehabt. Sie hätten mit ihm die Eingangskontrolle gemacht und er sei dann zu einer Nische gebracht worden, wo das Fesselungsteam gewartet habe. Er sei dort auf einen normalen Stuhl gesetzt worden. Das Fesselungsteam habe dann die Beinfesselung erstellt in stehender Position von Khamma Alex. Dann seien ihm die Handschellen auf einer Seite gelöst worden. Man habe ihn hinsetzen wollen. Dann habe sich Khamma Alex begonnen zu wehren und habe versucht, mit den Händen herumzufuchteln. Aufgrund dieser Gegenwehr habe man ihn zu Boden führen müssen. Dies sei durch ihn am einen und [REDACTED] am anderen Arm des Betroffenen erfolgt. Er habe sich ein wenig gewunden und sei schliesslich in Seitenlage am Boden gelegen. So sei er fixiert worden und man habe ihm an der ersten Hand eine Manschette angelegt. An der anderen Hand habe [REDACTED] noch den 2. Teil der Handfessel gelöst und ebenfalls eine Manschette angelegt. Er sei dann wieder auf den Stuhl gesetzt worden und die Fesselung sei zu Ende gebracht worden.

Khamma Alex habe eine Art passiven Widerstand geleistet, sie hätten ihn auf einen Rollstuhl gesetzt und ihn in einen anderen Raum gebracht. Dort seien die beiden Begleiter dazugekommen. Diese hätten Khamma Alex übernommen und er und [REDACTED] hätten den Raum verlassen.

Khamma Alex habe irgendwie passiv gewirkt, sie seien nicht sicher gewesen, ob er allfällige Probleme gespielt oder nicht gespielt habe. [REDACTED] habe einmal am Hals von Khamma Alex den Puls gefühlt und ihn auch gespürt. Dies sei im Moment gewesen, als sie ihn vom Boden hochgehoben und auf den normalen Stuhl gesetzt hätten.

Es sei nicht in Betracht gezogen worden, die Fesselung wegen allfälliger gesundheitlicher Probleme zu lösen. Die Fesselung habe ja keinen Einfluss auf die Atmung von Khamma Alex gehabt. Bis er vom Boden wieder aufgehoben worden sei, habe er sich in einem gewissen Sinn aufgereggt und man habe versucht, ihn zu beruhigen. Als er wieder auf dem Stuhl gewesen sei, habe er wieder ruhig gewirkt.

Khamma Alex habe einmal etwas gesagt, [REDACTED] könne aber nicht mehr sagen, was und in welcher Sprache er gesprochen habe. Als die Fesselung vollständig gewesen sei und bevor man Khamma Alex in einen anderen Raum gebracht habe, habe [REDACTED] nach einer Möglichkeit gesucht, dass ein Arzt nach Khamma Alex schaut. Es sei nicht möglich gewesen, zwischen wirklichen oder gespielten Problemen zu unterscheiden.

- Einvernahme von [REDACTED] geboren [REDACTED] Polizeibeamter bei der Kantonspolizei Zürich, vom 18.03.2010, 04.20 Uhr

[REDACTED] sei zusammen mit [REDACTED] in einer Nische bereit gestanden für die Fesselung. Er habe schon viele Fesselungen gemacht und sei früher als Begleiter bei Ausschaffungen mitgegangen. Er sei im Bereich der Fesselungen geschult worden, diese sei zertifiziert, die anderen Aufgaben seien Teil der normalen Ausbildung. In dieser Schulung sei auch geübt worden, wie vorzugehen ist, wenn bei Auszuschaffenden gesundheitliche Probleme auftreten. Für den Notfall an Bord werde geübt, wie die Fesselung am schnellsten entfernt wird.

Als Khamma Alex gebracht worden sei, habe er wie üblich gefragt, ob Khamma Alex noch auf die Toilette müsse. Dieser habe die Frage aber nicht beantwortet. Er habe dann mit der Beinfesselung in stehender Position von Khamma Alex begonnen. Die Sicherungsleute hielten Khamma Alex an den Armen fest, was problemlos gegangen sei. Sie hätten dann Khamma Alex auf einen normalen Stuhl setzen wollen, um die restliche Fesselung anzulegen.

Sie hätten ihm dafür die Handschellen lösen wollen. Bei einer Hand sei dies geschehen, möglicherweise auch bei der zweiten Hand. In diesem Moment habe Khamma Alex begonnen durchzustarten. Er habe sich mit voller Kraft zu wehren begonnen, mit Händen und Armen und Beinen. Sie hätten ihn dann zu Boden gebracht. Zur Unterstützung seien in diesem Moment [REDACTED] und zwei weitere Leute aus einem anderen Sicherungsteam dazugekommen. Es seien sicher etwa 5 Leute gewesen, die geholfen hätten, ihn zu Boden zu bringen und ihn in Seitenlage zu fixieren.

[REDACTED] habe Khamma Alex dann die Handfesselung anlegen müssen. Im ersten Moment sei dies wegen der Gegenwehr von Khamma Alex nicht gelungen. Noch am Boden habe [REDACTED] es dann vollziehen können. Er habe in Englisch auf ihn gesprochen und ihn beruhigen wollen. Immer noch in Seitenlage habe Khamma Alex gemeint "ok, ok". Khamma Alex habe noch etwas in Englisch gesagt, was er - [REDACTED] aber nicht verstanden habe. Sie hätten ihn dann aufgenommen und versucht, ihn auf einen Stuhl zu

setzten.

Auf dem Stuhl sitzend habe sich Khamma Alex immer noch geräkelt. Noch auf dem Stuhl sitzend habe [REDACTED] dann den Rest der Fesselung angebracht, und zwar an den Oberarmen und Oberschenkeln. In diesem Moment habe er festgestellt, dass Khamma Alex plötzlich passiv geworden sei und sein Kopf nach vorne gesunken sei. Jemand habe den Vorschlag gemacht, dass man ihn auf einen speziellen Rollstuhl für Flugzeuge setze, was dann auch passiert sei. Man habe Khamma Alex dann in einen separaten Raum gebracht. Er habe sich dann entschieden, weil er diese Veränderung bei Khamma Alex festgestellt hatte, nach dem Arzt zu verlangen, welcher auch mitfliege. Er habe einem Begleiter im Einzelraum dann gesagt, dass sie bei Khamma Alex Puls und Atmung beobachten sollen. Zuvor habe keine Zeit dafür bestanden, das ganze habe sich in einem kurzen Zeitraum abgespielt.

Khamma Alex habe nicht gesagt, dass er Probleme habe, er habe am Boden liegend etwas auf Englisch gesagt, was [REDACTED] aber nicht verstanden habe. Es sei stets darauf geachtet worden, dass Khamma Alex trotz des getragenen Helms genügend Luft - auch am Boden liegend - bekommen habe. Khamma Alex habe den Helm schon getragen, als ihn die Polizisten gebracht hätten, dies sei in Zürich so üblich. Khamma Alex sei überhaupt nicht speziell schwächlich erlebt worden. Sie hätten ihn ja zu fünf zu Boden bringen müssen.

[REDACTED] habe im Moment der Aufnahme seiner Aufgabe nicht gewusst, dass Khamma Alex im Hungerstreik gewesen sei.

- Einvernahme von [REDACTED], geboren 21.02.1956, Polizeibeamter bei der Kantonspolizei Zürich, vom 18.03.2010, 05.10 Uhr

Khamma Alex sei durch das Sicherungsteam in die Box gebracht worden, wo er und [REDACTED] bereit gestanden seien. Khamma Alex habe Handschellen und einen Helm getragen. Das Sicherungsteam habe ihn auf den Stuhl gesetzt. In sitzendem Zustand hätten sie begonnen, ihm die Fussfesseln anzubringen. Khamma Alex habe dann aufstehen müssen, damit man ihm die Handschellen habe lösen können. Er sei kurz aufgestanden und habe sich dann wieder hingesetzt. Dann seien ihm die Handschellen abgenommen worden. Er habe sich dann vom Stuhl aus seitlich auf den Boden fallen lassen. Der Sicherungstrupp habe ihn dann am Boden festgehalten. Auch [REDACTED] und [REDACTED] hätten geholfen. So am Boden liegend habe [REDACTED] versucht, ihm Handfesseln anzulegen. Für [REDACTED] habe es so ausgesehen, als ob sich Khamma Alex widersetzen wolle, als er sich plötzlich seitlich zu Boden gleiten liess. Nachdem Khamma Alex die Handfesseln getragen habe, sei er wieder auf den Stuhl gesetzt worden. Die Fesselung sei dann noch vervollständigt worden. Khamma Alex habe dann begonnen, mit dem Kopf nach vorne und hinten zu wippen und sei nicht kooperativ gewesen. Er habe ihn dann auf einen Stuhl mit Rollen für den Warteraum gesetzt. Das Sicherungsteam habe ihn dorthin gebracht. Es sei noch ein Spucknetz am Helm angebracht worden.

Khamma Alex sei, bis er aufgestellt worden sei, am Boden immer seitlich gelegen. Khamma Alex habe zu [REDACTED] etwas auf Englisch gesagt, er wisse aber nicht was. Als er wieder auf dem Stuhl gesessen sei, sei nach einem Arzt verlangt worden, es sei aber anscheinend keiner da gewesen. Man habe nicht in Betracht gezogen, die Fesselung zu lösen. Es habe sich - rückblickend betrachtet - einfach niemand durchgesetzt und dies verlangt. Es sei ja nach einem Arzt verlangt worden, sie hätten einfach nicht damit gerechnet, dass es so schnell gehen

könne und so akut werde.

Es habe sich nachträglich herumgesprochen, dass sich Khamma Alex im Hungerstreik befunden habe. Eventuell wäre sein Verhalten anders interpretiert worden, wenn sie davon Kenntnis gehabt hätten. Sie hätten danach noch einen Auszuschaffenden aus dem Kanton St. Gallen gehabt, welcher auch im Hungerstreik gestanden sei. Von den Begleitern hätten sie aber diese Information erhalten, ihm sei dann auch etwas zu essen gegeben worden, das was auch sie zu essen bekommen hätten.

██████████ habe das 2. Mal an einer derartigen Ausschaffung teilgenommen, er sei in einem "Blitzkurs" im Büro dafür geschult worden. Es sei darum gegangen, wie man sich die Aufgaben aufteilt. Eine dahingehende Schulung, wie man sich beim Auftreten von allfälligen gesundheitlichen Problemen verhalten soll, habe er nicht durchlaufen.

- Einvernahme von ██████████ geboren 15.05.1971, Polizeibeamter bei der Kantonspolizei Zürich, vom 18.03.2010, 06.00 Uhr

Er sei gerade mit einer Vorbereitung einer Fesselung beschäftigt gewesen, als er bemerkt habe, dass in einer anderen Box offenbar Probleme aufgetreten waren. Er habe nachgeschaut und festgestellt, dass der Auszuschaffende am Boden gelegen sei und dass ██████████ und ██████████ im Begriffe gewesen seien, ihm dort Handfesseln anzulegen. Ebenfalls dabei gewesen sei das Sicherungsteam, das damit beschäftigt gewesen sei, Khamma Alex am Boden festzuhalten. ██████████ habe den Auszuschaffenden auf englisch angesprochen, dieser habe auch Antwort gegeben. ██████████ habe dann extra nachgeschaut, weil er es entsprechend gelernt habe, wie der Auszuschaffende am Boden gelegen sei. Der Oberkörper sei nicht belastet gewesen, der Kopf sei fixiert gewesen und er sei an den Extremitäten festgehalten worden. Khamma Alex sei auf der rechten Körperseite gelegen. Er habe dann auf Bitte des Sicherungsteams die Handschelle am rechten Armgelenk gelöst, damit die Handfesseln angelegt werden konnten.

Er habe dann festgestellt, dass noch zwei Leute dazugekommen seien. Dies seien die Begleiter gewesen, die ihn für den Flug hätten betreuen müssen. Als er festgestellt habe, dass ██████████ beim Auszuschaffenden die Beine fixiert habe, habe er diesen gebeten zurückzutreten und habe dessen Aufgabe übernommen. Dies, weil es nicht üblich sei, dass Personen des Betreuungsteams auch Körperzwang anwenden. ██████████ habe mit dem Auszuschaffenden gesprochen und weiterhin Antwort erhalten. Khamma Alex habe seinen Widerstand aufgegeben. Der Körper sei nach wie vor nicht belastet worden, er sei nur an den Extremitäten festgehalten worden. ██████████ habe sich entschlossen, Khamma Alex aufzunehmen und auf den Stuhl zu setzen. ██████████ sei dann weggegangen. Henseler habe dann nach einer Lochzange verlangt, um die Gurtlänge des Gurtes zu variieren, man habe ein neues Loch im Gurt machen müssen, damit der Gurt einen korrekten Sitz in der Hose habe. ██████████ habe dann mit einer Zange noch ein zusätzliches Loch in den Gurt, den man dem Auszuschaffenden angelegt habe, gemacht und sich anschliessend entfernt.

Er habe keine Hinweise für ein gesundheitliches Problem erheben können, er habe nicht festgestellt, dass Khamma Alex passiv oder träg oder apathisch geworden sei, und dass ihm zudem der Kopf auf die Brust gesunken sei. Es sei ihm nicht bekannt gewesen, dass der Auszuschaffende im Hungerstreik gestanden sei. ██████████ sei betreffend der

vorgenommenen Fesselungen speziell ausgebildet worden. Im Rahmen der Polizeiausbildung habe er auch die übliche Sanitätsausbildung durchlaufen. Er habe insgesamt etwa an 10 Ausschaffungen teilgenommen, ca. 6 in der Art und Weise vom 17.03.2010, dazu an 4 bis 5 in kleinerem Rahmen. Es habe zum Zeitpunkt, als [REDACTED] zugegen gewesen sei, keinen Grund gegeben, die Fesselungen zu lösen.

- Einvernahme von [REDACTED] geboren [REDACTED], Polizeibeamter bei der Kantonspolizei Zürich, vom 18.03.2010, 06.34 Uhr

[REDACTED] war als Begleiter zusammen mit [REDACTED] für die Betreuung von Khamma Alex vorgesehen. Im Rahmen dieses Auftrages sei es die Aufgabe, den bereit gemachten Auszuschaffenden zu betreuen. Der Auszuschaffende werde dann vom Sicherungsteam überwacht und in den Flieger gebracht. Im Flieger stosse man dann wieder zum Auszuschaffenden und betreue ihn während des Fluges bis zur Übergabe am Zielort.

Sie seien gerufen worden und hätten gesehen, wie der Auszuschaffende in Seitenlage am Boden gelegen sei. Er habe ihn dann kurz an den Füßen festgehalten, sei aber durch einen Sicherungsmann abgelöst worden. Der Auszuschaffende sei auf einen Rollstuhl gesetzt worden und ihnen in einem anderen Raum übergeben worden. Bereits auf dem Weg und im Raum selber sei der Kopf des Auszuschaffenden nach vorne auf die Brust gesunken gewesen. [REDACTED] habe den Kopf hochgehoben. Mit der anderen Hand habe er im Brustbereich durch den Handschuh hindurch des Herz schlagen gespürt. Er habe dann mit Weber besprochen, dass der Arzt beizuziehen sei und sie hätten nach einem solchen anschliessend verlangt. Khamma Alex habe Atmung gehabt.

Es sei dann ein Sanitäter gekommen, der den Puls gefühlt und eine Blutzuckerprobe gemacht habe. Der Auszuschaffende sei noch leicht gefesselt gewesen. Sie hätten sich dann entschieden, den Auszuschaffenden im Stuhl in Rückenlage auf den Boden zu bringen. Der Sanitäter habe das Shirt nach oben geschoben und mit der Herzmassage begonnen. [REDACTED] habe die linke Halterung des Sicherheitsgurtes des Stuhles gelöst. Der Sanitäter habe Atemluft zugeführt, und er habe schliesslich die Herzmassage übernommen. Der Auszuschaffende sei dann vollends vom Rollstuhl gelöst und auf den Boden gelegt worden. Es sei dann ca. 10 bis 15 Minuten Herzmassage gemacht worden. In dieser Zeit seien noch die anderen Fesseln gelöst worden.

Dann habe 'Schutz und Rettung' die Herzmassage übernommen. Schliesslich sei die Rega eingetroffen. Plötzlich habe es geheissen, dass mit der Reanimation abgebrochen werden könne. Ein zuvor eingesetzter Defibrillator habe immer angegeben, dass kein Schock auszulösen sei.

Es habe für [REDACTED] keine Anzeichen dafür gegeben, dass beim Auszuschaffenden ein gesundheitliches Problem eingetreten gewesen sein könnte. Den nach vorne gesunkenen Kopf hätte man nicht in diese Richtung deuten können, da man wissen müsse, dass solche Gestiken auch gespielt würden und ihnen ja bekannt gewesen sei, dass sich Khamma Alex zuvor noch gewehrt habe. Er sei daher also eher davon ausgegangen, dass Khamma Alex dies vorspiele.

Er sei dafür besorgt gewesen, dass der Kopf des Auszuschaffenden gerade gewesen sei und dass die Atmung habe gut funktionieren können. Er habe nichts über den Gesundheitszustand

des Auszuschaffenden gewusst, ihm sei auch nicht bekannt gewesen, dass sich dieser in einem Hungerstreik befunden habe.

_____ sei für die Begleitaufgaben im Rahmen von sogenannten SPI-Kursen ausgebildet worden und habe an ca. 15 Ausschaffungen teilgenommen.

- Einvernahme von _____, geboren _____, Polizeibeamter bei der Kantonspolizei Zürich, vom 18.03.2010, 07.11 Uhr

_____ sei zusammen mit _____ als Begleiterteam aufgebeten gewesen. Es sei ihnen mitgeteilt worden, dass der Auszuschaffende bereit sei. Sie hätten sich nach vorne begeben und dann gesehen, dass sich der Auszuschaffende heftig gewehrt habe. Er habe gesehen, wie sie mit ihm zu Boden gegangen seien. Sie seien vom Fesselungsteam gebeten worden, kurz zu fixieren. Dies sei aber nur kurze Zeit nötig gewesen, denn es sei noch eine Person dazu gekommen, welche zum Sicherungsteam gehörte. Der Auszuschaffende sei von zwei Personen auf dem Rollwagenstuhl in den Warteraum geschoben worden. Dort hätten sie gewartet und geschaut, dass es ihm bequem gewesen sei. Sie hätten ihn auch angesprochen. Khamma Alex habe aber eine Art passiven Widerstand geleistet, indem er die Antworten verweigert habe. _____ habe mit dem Handrücken geprüft, ob Khamma Alex noch atme, was klar der Fall gewesen sei. Gisler habe mit der Hand den Herzschlag geprüft und dies ebenfalls klar festgestellt.

Sie hätten grundsätzlich die Erfahrung, dass afrikanische Ausschaffungshäftlinge noch gerne den "sterbenden Schwan" spielen. Es sei jedoch nicht klar gewesen, wie es beim Auszuschaffenden sei. Er habe dann aber ~~keine~~ eine verlässliche Feststellung des Zustandes durch einen Arzt gebeten. Ein Sanitäter, der kurze Zeit später gekommen sei, habe beim Auszuschaffenden ebenfalls Herzschlag festgestellt. Der Sanitäter habe den Blutzucker geprüft und ein wenig trockene Augen festgestellt.

Plötzlich sei der Zustand des Auszuschaffenden schlechter geworden. Sie hätten den Rollstuhl nach hinten gekippt, ihn auf den Boden gelegt und den Stuhl weggenommen. Es sei mit der Reanimation begonnen worden. Der Sanitäter habe den Defibrillator angehängt. Gleichzeitig hätten sie sofort die Fesselung gelöst. Diese Fesselung habe aber die Atmung nicht beeinträchtigt. Dann seien noch das Sanitätsteam und die Rega erschienen. Bald habe man aber geäußert, dass der Auszuschaffende tot sei.

Es habe für _____ keine Anzeichen gegeben, die auf ein gesundheitliches Problem hingewiesen hätten. Den nach vorne gesenkten Kopf habe er als ein Zeichen der Resignation angesehen. Dies sehe man öfters. Es habe kein Bedarf bestanden, die Fesselung zu lösen. Es sei nichts bekannt gewesen über den Gesundheitszustand und den Hungerstreik des Auszuschaffenden. Im Fall von gesundheitlichen Problemen müsste der Tourleader eine solche Information an das Fesselungsteam und die Begleiter weitergeben.

_____ sei für solche Begleitaufgaben im Rahmen von Kursen und Refreshern ausgebildet worden und bei 20 bis 30 Ausschaffungsflügen dabei gewesen.

- Einvernahme von [REDACTED] geboren [REDACTED], Polizeibeamter bei der Kantonspolizei Zürich, vom 23.04.2010

[REDACTED] sei als Angehöriger der Sicherungs-/OD-Gruppe dabei gewesen, als Khamma Alex aus der Zelle im Flughafengefängnis geholt worden sei. Es sei das erste Mal gewesen, dass er bei einer Ausschaffung dabei gewesen sei. Er habe keine spezielle Ausbildung erhalten, dies sei aber auch nicht erforderlich, da seine Aufgabe lediglich darin bestanden habe, die Leute aus der Zelle zu holen. Die einzige Information, die sie gehabt haben, sei diejenige gewesen, dass Khamma Alex nicht in einer Sicherheitszelle, sondern in seiner normalen Gefängniszelle gewesen sei.

Sie seien zu Khamma Alex in die Zelle gegangen. [REDACTED] habe den Eindruck, dass Khamma Alex recht erschrocken sei, als sie in die Zelle traten. Khamma Alex sei während der Leibesvisitation von vier Personen gehalten worden, damit er während des Untersuchs nicht habe ausschlagen können. Khamma Alex sei verkrampft gewesen und habe in keiner Art und Weise mitgeholfen. Die Leibesvisitation habe problemlos erfolgen können. Als sie mit ihm fertig gewesen seien, sei er allein in der Zelle zurückgeblieben. Khamma Alex habe von sich aus auf Englisch zu sprechen begonnen. [REDACTED] habe Khamma Alex gefragt, ob er sich in der Zelle wohlfühle. Dies habe er verneint. Mehr habe er nicht gesprochen. Khamma Alex sei während der ganzen Zeit auf dem Boden in der Zelle gesessen und [REDACTED] sei neben ihm gekniet und habe ihm die Hand auf den Rücken gelegt, um ihm zu zeigen, dass er nicht alleine sei. Sie hätten so ca. 5 bis 6 Minuten gewartet, bis die anderen zurückgekommen seien.

Khamma Alex sei dann aufgenommen, zum Lift begleitet und schliesslich zum Transporter gebracht worden. Er sei selber gegangen, die Hände seien mit Handschellen auf dem Rücken gefesselt gewesen, er habe einen Helm und die Kleider getragen, die ihm für den Transport gegeben worden seien. Die zu transportierenden Häftlinge hätten sich nicht unterhalten.

Vom Zeitpunkt, als sie zu Khamma Alex in die Zelle getreten seien, bis zum Zeitpunkt, als Khamma Alex mit dem Transportfahrzeug weitertransportiert worden sei, dürften ca. 15 bis 20 Minuten vergangen sein.

Bei Khamma Alex sei auffallend gewesen, dass er mager gewesen sei und eine extrem trockene Haut gehabt habe, es habe beim Ausziehen des Pullovers richtig gestäubt. Er habe einen körperlich total schwachen Eindruck erweckt, sei verkrampft gewesen und habe nicht gesund ausgesehen. Khamma Alex sei von sich aus gelaufen und habe nicht gestützt werden müssen, man habe ihn einfach als Sicherheit festgehalten, das mache man mit allen so zu transportierenden Personen. Insgesamt meine er, dass ein Transport gut machbar gewesen ist. Die Bemerkung, dass Khamma Alex im Hungerstreik gestanden sei, sei einmal gefallen, er wisse aber nicht genau, ob sie erst nachher gekommen sei. Beim Briefing zu Beginn sei nichts darüber erwähnt worden, beim Briefing bezüglich der Arbeitsaufteilung, sei er sich nicht sicher.

- Einvernahme von [REDACTED] geboren [REDACTED], Polizeibeamtin bei der Kantonspolizei Zürich, vom 06.05.2010

[REDACTED] war als Sachbearbeiterin Grenzpolizeiliche Massnahmen, Abteilung Haft, für

die Betreuung von Khamma Alex zuständig. Khamma Alex sei am 13.12.2009 verhaftet worden, um die Ausschaffung vorzubereiten. Am 17.12.2009 sei die Ausschaffungshaft durch den Haftrichter bestätigt worden. Am 18.12.2009 sei Khamma Alex ins Ausschaffungsgefängnis Zürich verlegt worden.

█ sei ab diesem Zeitpunkt bekannt gewesen, dass sie einen neu zu betreuenden Häftling habe. Am 05.01.2010 habe sie vom Migrationsamt den Auftrag erhalten, für Khamma Alex eine Flugbuchung betreffend einen Zeitpunkt nach dem 20.01.2010 vorzunehmen.

Am 06.01.2010 habe █ eine Flugbestätigung für einen Flug am 25.01.2010 erhalten. Sie habe Khamma Alex am 19.01.2010 erstmals persönlich gesehen, als die Polizei ihn ihr vorgeführt habe. Khamma Alex habe nicht mit ihr gesprochen und eine ablehnende Haltung gezeigt. Er habe so ausgesehen wie auf dem Foto des Verhastrapports der Stadtpolizei Zürich. Khamma Alex habe den Empfang des Einreiseverbotes nicht bestätigen wollen. Das ganze Gespräch habe ca. 2 bis 3 Minuten gedauert.

█ habe im Nachhinein erfahren, dass Khamma Alex am 25.01.2010 den Abflug verweigert habe. Sie habe ihn auf den 22.02.2010 erneut ins Büro bestellt, um ihm das rechtliche Gehör für die anstehende Haftverlängerung zu gewähren. Sie habe vom Gefängnis das Telefon erhalten, wonach sich Khamma Alex weigere, die Zelle zu verlassen und in ihr Büro zu kommen. █ habe anlässlich dieser Mitteilung keine Informationen über den gesundheitlichen Zustand und allenfalls über einen begonnenen Hungerstreik erhalten.

Danach sei die Organisation des Sonderfluges angelaufen. Die letzte Mitteilung habe sie am 05.03.2010 erhalten. Sie sei informiert worden, dass die Ausschaffungshaft verlängert worden sei. Dann habe sie bis zum 17.03.2010 keine Meldung mehr erhalten. █ habe Khamma Alex somit nur ein einziges Mal am 19.01.2010 gesehen, was durchaus möglich und nicht aussergewöhnlich sei. Sie habe nie eine Information über einen Hungerstreik von Khamma Alex erhalten.

Am 17.03.2010 sei █ bis zum Zeitpunkt, als der erste Häftling vom Flughafengefängnis in den "Bunker" im Untersuchungstrakt gebracht wurde, in ihrem Büro gewesen. Dies sei so üblich. Es sei ihr völlig neu, dass Khamma Alex in seiner Zelle kontrolliert und von dort direkt zum Transporter gebracht worden sei.

Bezüglich der Abklärung der Reisefähigkeit von Khamma Alex habe █ nichts unternommen, da sie ja nie den Eindruck gehabt habe, er sei krank, noch sei sie informiert worden, dass er im Hungerstreik sei. Wie üblich habe sie 6 Tage vor dem Flug den Pflegedienst des Flughafengefängnisses unter Bekanntgabe der Namen der 9 Auszuschaffenden kontaktiert betreffend Klärung der Frage, ob einer der Häftlinge in ärztlicher Behandlung ist oder ob er Medikamente einnimmt. Dies sei via Fax geschehen. Vorgängig finde jeweils ein Telefonat mit der Leiterin des Pflegedienstes des Flughafengefängnisses statt mit dem Ersuchen mitzuteilen, ob einer der Häftlinge in ärztlicher Behandlung stehe und ob er Medikamente benötige. Aus dem von der Pflegedienstleiterin ausgefüllten Fax entnehme █, dass mit Ausnahme eines Häftlings alle nicht in ärztlicher Behandlung gestanden seien und keine Medikamente eingenommen haben, so auch Khamma Alex. Sie habe weder vom Gefängnisarzt noch vom Gefängnispersonal Hinweise dafür gehabt, dass bei Khamma Alex hinsichtlich der Gesundheit etwas nicht in Ordnung

gewesen sei und daher auch ihrem Vorgesetzten keine entsprechende Mitteilung gemacht.

Auf die Frage, was [REDACTED] machen würde, wenn sie Kenntnis davon habe, dass sich ein Ausschaffungshäftling im Hungerstreik befinde und dieser sich weigere, ihr vorgeführt zu werden, führt sie aus, dass sie sich dann beim Teamleader des Gefängnisses, welcher diesen Häftling betreue, erkundigen würde, ob diese Information zutreffe. Sie würde wissen wollen, seit wann der Hungerstreik andauere, was seitens des Gefängnisses unternommen werde, vermutlich den Vorgesetzten orientieren, vermutlich den Notfallpsychiater aufbieten, eine Einweisung in ein Spital prüfen etc.

[REDACTED] sei die Problematik bekannt, dass sich der Gefängnisarzt und der Pflegedienst des Flughafengefängnisses weigern, der Polizei und dem Bund Informationen betreffend der Transportfähigkeit der Häftlinge zu liefern und sich hierbei auf das Arztgeheimnis berufen. Sie interpretiere die Vermerke auf dem Fax nicht als Bestätigung der Transportfähigkeit, sondern als Bestätigung betreffend der Frage nach ärztlicher Behandlung und Medikamenten. Dies sei offenbar für Khamma Alex verneint worden.

Die von der Vertreterin der Hinterbliebenen an [REDACTED] gerichtete Frage, ob es zwischen dem Gefängnis und der Kantonspolizei einen Konsens zur Information durch das Gefängnis gebe, wenn bei einem Häftling Probleme bestünden, die nicht unter das Arztgeheimnis fallen wie z.B. die Durchführung eines Hungerstreiks, wurde von ihr verneint.

[REDACTED] kenne die Rückführungsliste oder PAX-Liste des BFM. Sie habe diese aber nicht bearbeitet und könne nicht sagen, wer den Vermerk "gesund" eingefügt habe und wann dies geschehen sei.

4.2 Durch die Kantonspolizei Zürich erfolgte Einvernahmen

- Einvernahme von [REDACTED] geboren [REDACTED] vom 29.03.2010

[REDACTED] führt aus, dass er vorgesehen gewesen sei, am 17.03.2020 den Flug mit den Ausschaffungshäftlingen als Sanitäter zu begleiten. Er habe in Deutschland die Rettungsassistentenausbildung gemacht und in der Schweiz die Anerkennungsprüfung zum Rettungsassistenten Niveau HF absolviert. Mit dieser Ausbildung dürfe er keine Narkose machen und bestimmte Medikamente nicht verabreichen. Für den Ausschaffungsflug habe er einen speziellen Notfallrucksack. Dieser enthalte eine 2-Liter Sauerstoffflasche, 1 Beatmungsbeutel mit Maske, 1 Defibrillator (AED), diverses Verbandsmaterial, Zubehör für intravenösen Zugang, 1 oder 2 Kochsalzlösungen für Infusionen, 1 Blutzuckermessgerät, Handschuhe und Verbrauchsmaterial, 1 manuelle Absaugpumpe, 1 Blutdruckmanschette und 1 Stethoskop. Die Medikamente würden vom Arzt mitgebracht werden, der den Ausschaffungsflug begleite.

[REDACTED] habe sich am 17.03.2010 vermutlich um 21.45 Uhr am Flughafen eingefunden und sei dann mit der Polizei zur "Abflughalle" (=Ausschaffungszentrum am Flughafen, Erg. d. Gutachters) gebracht worden. Als er aus dem Fahrzeug ausgestiegen sei, sei ihm mitgeteilt worden, dass er sich um eine Person kümmern soll, der es nicht gut gehe. Er habe durch die Sicherheitsschleuse gehen müssen und sei dann in einen Raum gebracht worden, wo sich die vorerwähnte Person - Khamma Alex - befunden habe.

Khamma Alex sei gefesselt auf einem Stuhl gesessen, in unmittelbarer Nähe hätten sich zwei Begleitpersonen befunden. Khamma Alex habe einen regulär sitzenden Kopfschutz getragen, vor dem Kopfschutz habe sich ein Netz befunden. Die Hände seien vor dem Körper gekreuzt fixiert gewesen, die Beine ebenfalls fixiert. Er sei aufrecht gesessen, der Kopf sei nach hinten an die Kopfstütze gelehnt gewesen. Es sei [REDACTED] mitgeteilt worden, dass Khamma Alex seit einigen Minuten nicht mehr ansprechbar gewesen sei.

Khamma Alex habe auch auf das Ansprechen von [REDACTED] nicht reagiert. [REDACTED] habe dann an der Halsschlagader von Khamma Alex einen vorhandenen, schwach spürbaren Puls getastet. Er habe geprüft, ob sich der Brustkorb anhebe und mit dem Handrücken vor Nase und Mund die Atmung gespürt. Die Atmung sei noch schwach vorhanden gewesen. Er habe dann um weitere Informationen allgemein und zum Gesundheitszustand gefragt und sich entschieden, eine Blutzuckermessung durchzuführen. Während der Blutzuckermessung habe er erfahren, dass Khamma Alex ca. 10 bis 15 Minuten zuvor ins Gebäude gebracht worden sei. Er sei auf dem Transport vom Gefängnis zum Flughafen sehr unruhig gewesen und habe sich heftig gewehrt. Man habe weiter mitgeteilt, dass er über Tage keine Nahrung zu sich genommen habe.

Augenscheinlich sei Khamma Alex sehr abgemagert gewesen. Als [REDACTED] den Blutzuckerwert von 11 mmol/l erhoben habe, habe er eine sehr kaltschweissige Hand bei Khamma Alex gespürt und dies als Zeichen eines Schockes/Herz-Kreislauf-Kollapses interpretiert. Wegen des Netzes vor dem Helm habe er die Augen nur schlecht beurteilen können. Khamma Alex sei nach wie vor nicht ansprechbar gewesen und habe schliesslich auch keinen Puls mehr gehabt. Er habe die beiden Begleiter angewiesen, ihm den Kopfschutz und die Fesselung wegzunehmen und ihn auf den Boden zu legen. [REDACTED] habe die Oberbekleidung angehoben und die Klebeelektroden des mitgeführten Automatischen Externen Defibrillators (AED) aufgeklebt. Im AED sei keine elektrische Aktivität des Herzens aufgezeichnet worden, es sei eine Nulllinie vorgelegen. Er habe dann den ebenfalls mitgeführten Beatmungsbeutel an die mitgebrachte Sauerstoffflasche angeschlossen. Er habe sich versichert, dass die Atemwege frei sind und dann mit der Wiederbelebung mit 30 Brustkorbkompressionen und anschliessend 2 Beatmungsstössen angefangen. Nach 5 derartigen Zyklen - etwa nach 2 Minuten - habe er erneut mit dem AED eine Analyse gemacht. Als er festgestellt habe, dass ein Herz-Kreislaufstillstand bestand, habe er den Rettungsdienst des Flughafens sowie den Notarzt aufbieten lassen und zuerst allein die Herzdruckmassage und die Beatmung gemacht. Dann sei er durch eine der anwesenden Personen in der Herzdruckmassage abgelöst worden; diese Person habe am richtigen Ort, mit dem richtigen Kraftaufwand die Herzdruckmassage durchgeführt. Dann sei durch weitere Polizeibeamte der Stuhl unter Khamma Alex hervorgezogen worden.

Bei der Wiederbelebung seien die Atemwege frei gewesen, der Brustkorb habe sich sichtbar gehoben und gesenkt und auskultatorisch habe über beiden Lungenflügeln ein Atemgeräusch erhoben werden können. Die Flughafenambulanz sei dann innerhalb von geschätzt 10 Minuten gekommen. [REDACTED] habe zwischenzeitlich erfolglos versucht, am rechten Arm einen venösen Zugang zu legen. Die eingetroffene Sanität sei sodann über die bis anhin getroffenen Massnahmen orientiert worden. 1 Sanitäterin habe dann beatmet, der neu dazugekommene Sanitäter habe mit seinem EKG-Gerät, das mehr Aussagen als das AED-Gerät ermögliche, ebenfalls eine Nulllinie abgeleitet. Zu dritt hätten sie sodann die Wiederbelebung fortgeführt. Den Sanitätern der Flughafenambulanz sei es gelungen, am linken

Arm einen venösen Zugang zu legen und 1 mg Adrenalin zu verabreichen. Dann sei die Notärztin eingetroffen. Diese habe weite, lichtstarre Pupillen erhoben und die Reanimation nach ca. 30 Minuten abgebrochen.

Auf Nachfrage führt [REDACTED] aus, dass er keine Besonderheiten bei der Wiederbelebung von Khamma Alex habe erheben können. Wie erwähnt seien die Atemwege frei gewesen, der Brustkorb habe sich gehoben und gesenkt bei den Beatmungstößen. Es sei ihm bekannt, dass im Rahmen der Beatmung bei nicht korrektem Sitz der Maske Luft entweichen könne oder dass bei einem Defekt in der Lunge Luft in die Brusthöhle austreten könne; er habe zudem auch theoretische Kenntnisse davon, dass es zu einem Luftaustritt ins Weichteilgewebe kommen könne und dass sich dies dann wie ein Knistern der Haut anfühle. Dies habe er aber bei Khamma Alex nicht erheben können.

[REDACTED] berichtet schliesslich, dass er von einem Betreuer, noch bevor er bei Khamma Alex gewesen sei, die Information erhalten habe, dass dieser wie die Luft angehalten habe; dies müsse wohl aber noch im Gefängnis gewesen sein.

- Einvernahme von [REDACTED] geboren [REDACTED] vom 29.03.2010

([REDACTED] wurde als Regärztin zum Ereignis beigezogen. Sie stellte letztlich den Tod von Khamma Alex fest)

Zu ihrem beruflichen Werdegang befragt führt [REDACTED] u.a. aus, dass sie 2006 das Medizinstudium abgeschlossen habe. Sie arbeite seit August 2007 als Assistenzärztin in der Anästhesie. Seit Februar 2010 sei sie in einem Teilpensum bei der Regabasis in Dübendorf tätig. Sie sei im Verlauf des Abends des 17.03.2010 durch die Flughafensanität für eine Reanimation aufgeboten worden und mit dem Helikopter zum Flughafen geflogen. Dort sei sie in einen Raum geführt worden, in welchem Khamma Alex bei ihrem Eintreffen in Rückenlage am Boden gelegen sei. Es habe eine Wiederbelebung mit Beatmung durch Beutel und Maske sowie eine Herzmassage stattgefunden. Aufgrund der medizinischen Angaben, wonach während 30 Minuten eine im EKG dokumentierte fehlende Herztätigkeit bestanden habe und die mechanische wie auch medikamentöse Wiederbelebung keinen Erfolg gezeigt habe, habe sie entschieden, die Reanimation abzubrechen. Es sei ihr weder bei der Inspektion noch bei der körperlichen Untersuchung, abgesehen davon dass Khamma Alex sehr abgemagert gewesen sei, etwas Spezielles aufgefallen. Sie habe im Brustbereich und im Bereich des Halses kein Knistern in der Haut gespürt. Khamma Alex habe sich gut über die Maske und den Ambubeutel beatmen lassen, daher habe sie die Variante einer Intubierung für nicht nötig erachtet.

- Einvernahme von [REDACTED] geboren [REDACTED] vom 06.04.2010

[REDACTED] berichtet, dass er seit 1992 als Arzt in der Praxis tätig sei. Seit der Eröffnung des Flughafengefängnisses sei er zudem dort als Hausarzt tätig. Er habe im Flughafengefängnis jeweils am Dienstag und Freitag Nachmittag Visite. In der restlichen Zeit sei er 24 Stunden lang auf Pikett. Es sei eine international geltende Norm, dass jeder Patient in Haft so behandelt werden soll wie ein solcher in Freiheit. Insassen in Sicherheitshaft müssen innert 5 Tagen einem Arzt vorgeführt werden. In weiteren 5-Tagesintervallen werden sie kontrolliert

und wenn nötig behandelt. Das gleiche gelte für Patienten im Hungerstreik. Schriftliche Anweisungen für die zuletzt genannten Patienten gebe es aber nicht, sie würden dies jedoch einfach so handhaben. Nach dem Wissensstand von [REDACTED] gebe es keine speziellen medizinischen Richtlinien für die Betreuung und Behandlung von Ausschaffungshäftlingen. In der Regel werde ein Insasse kurz vor der Ausschaffung von ihm nicht ärztlich untersucht. Das Migrationsamt hätte gerne, wenn [REDACTED] eine Bescheinigung ausstellen würde, wonach der Auszuschaffende aus medizinischer Sicht ausgeschafft werden könnte. [REDACTED] attestiere aber lediglich die Hafterstehungsfähigkeit eines Inhaftierten; er sei als Behandelnder und als vom Gefängnis angestellter Arzt nicht in der Lage, ein solches Attest zu erstellen. Zudem gebe es keine medizinische Sicherheit, dass dem Patienten auf dem Flug nichts passiere.

Khamma Alex habe er anlässlich einer Visite Anfang Februar 2010 kennengelernt. Er sei von einer Krankenschwester aufgeboten worden, da man realisiert habe, dass Khamma Alex nicht gegessen habe und man davon ausgehen musste, dass er in den Hungerstreik getreten sei. Khamma Alex habe aber zu [REDACTED] nie ein Wort gesagt. [REDACTED] habe beim ersten Kontakt mit Khamma Alex den Eindruck gewonnen, dass dieser wesentlich älter als auf dem Datenblatt vermerkt gewesen sei. Khamma Alex sei in einem guten Allgemeinzustand gewesen. Er habe ihn jedoch nicht berühren dürfen, ihm nicht die Hand geben, keinen Puls messen. Khamma Alex habe jegliche Untersuchungshandlungen verweigert. [REDACTED] habe Khamma Alex erklärt, dass er in der Schweiz grundsätzlich in den Hungerstreik treten dürfe, dass er aber regelmässig kontrolliert werde und dass er hospitalisiert werde, falls es ihm schlecht gehe. Khamma Alex habe dies ohne Reaktion aufgenommen. Zu keiner Zeit habe sich Khamma Alex [REDACTED] gegenüber über irgendwelche Beschwerden beklagt.

[REDACTED] habe Khamma Alex aufgrund dessen Verweigerung lediglich visuell untersuchen können. Er habe sich geachtet, wie schnell Khamma Alex sich bewegt habe, ob er habe sitzen können oder gelegen sei. [REDACTED] habe das Gefängnispersonal immer gefragt, ob er noch im Hungerstreik sei, was immer bejaht worden sei. [REDACTED] wisse nicht genau, wann Khamma Alex in den Hungerstreik getreten sei. Khamma Alex habe aber bereits zuvor nur teilweise und einseitig gegessen. [REDACTED] habe Khamma Alex nach Aufnahme des Hungerstreiks, mit Ausnahme einer Ferienwoche im Februar, im Minimum einmal pro Woche ärztlich begleitet. Über die Zeit habe man gesehen, dass Khamma Alex an Gewicht verloren habe, sein Gesicht habe eingefallen gewirkt. Khamma Alex habe aber nicht erlaubt, das Körpergewicht zu kontrollieren. [REDACTED] habe jedoch keine Gefährdung der Gesundheit erkannt, sonst hätte er Khamma Alex hospitalisiert. Allerdings hätte er nicht mehr lange mit dieser Massnahme gewartet - nicht zwingend primär wegen seiner gesundheitlichen Situation, sondern wegen der enormen Belastung des Personals, welche durch sein Verhalten bestanden habe.

[REDACTED] führt an dieser Stelle aus, dass es aus seiner Erfahrung mit Hungerstreikenden wichtig sei, diesen, bevor sie sich gesundheitlich irreversibel schädigen würden, nach ca. 3 Monaten eine Art Hintertüre zu ermöglichen. Man verlege sie in eine andere Umgebung und ermögliche ihnen dort, den Hungerstreik zu beenden. Vom Allgemeinzustand her habe er den Eindruck gehabt, dass es Khamma Alex anständig gegangen sei. Er habe körperlich vermittelt, dass er keinen Untersuch wünsche. Psychisch sei er nicht einschätzbar gewesen, weil er nicht kommuniziert habe. Das Verhalten sei auffällig und nicht normal gewesen. [REDACTED] denke nicht, dass Khamma Alex geduscht habe, er gehe aber davon aus, dass er sich gewaschen habe, er habe keinen besonderen Körpergeruch wahrnehmen können.

Aufgrund der Einschätzung vom 16.03.2010, als [REDACTED] Khamma Alex gesehen habe, habe er diesen im Sitz für wahrscheinlich flugfähig gehalten. [REDACTED] vermute, dass es Khamma Alex nicht gepasst habe, gefesselt zu werden. Er sei sich zudem nicht sicher, dass es sich bei Khamma Alex um einen Nigerianer gehandelt habe.

[REDACTED] weist darauf hin, dass bei Hungerstreikenden die ungenügende Flüssigkeitszufuhr gefürchtet werde. Dadurch könne es zum Auftreten von Blutgerinnseln und Embolien kommen. Er habe gewusst, dass Khamma Alex auf die Toilette gegangen sei, zumal das Bett nie nass gewesen sei; er habe zudem davon ausgehen dürfen, dass er dort auch Wasser getrunken habe, sonst hätte er sich nicht so lange gehalten. Die ungenügende Flüssigkeitszufuhr bringe einen tiefen Blutdruck mit sich, es bestehe somit Sturzgefahr; schliesslich könne es zum Eintrüben des Bewusstseins kommen.

Wenn es Khamma Alex zugelassen hätte, wäre eine grosse Routineuntersuchung u.a. mit einer venösen Blutentnahme durchgeführt worden; man hätte so u.a. den Hämatokrit bestimmen können, um abzuschätzen, wieviel Flüssigkeit Khamma Alex im Körper habe, und zusätzlich den Blutzucker und das Kreatinin bestimmen können. [REDACTED] sei bekannt, dass es Richtlinien für den ärztlichen Umgang mit Hungerstreikenden gebe, an Details könne er sich aber nicht erinnern. Er würde sich inskünftig wünschen, dass er entscheiden könne, in welche Institution er Hungerstreikende in die Hospitalisation geben möchte.

- Einvernahme von [REDACTED] geboren [REDACTED], vom 23.04.2010

[REDACTED] arbeite als Teamleiter des Teams 3 der Eintrittsabteilung im Flughafengefängnis. Hungerstreik falle bei einem Insassen relativ schnell auf, wenn dieser mehrfach das Essen verweigere. Der Aufscher melde ihm das. Für das weitere Vorgehen gebe es grundsätzlich zwei Szenarien. Wenn der Insasse klar sage, dass er in den Hungerstreik trete und wenn er heimlich einen Hungerstreik mache und die ihm abgegebene Nahrung unangetastet zurückgebe. Wenn ein Insasse in einen Hungerstreik trete, dann führe er ein Gespräch mit ihm, er möchte die Beweggründe wissen. Wenn es klar sei, dass es sich um einen Hungerstreik handle, dann informiere er den Pflegedienst. Dieser gebe die Information dem Psychiater und Gefängnisarzt weiter, der Psychiater sei dreimal, der Gefängnisarzt zweimal pro Woche im Gefängnis.

Die Verantwortlichkeit für den Hungerstreikenden liege bei allen Angestellten, die sich diesbezüglich auch miteinander austauschen. Es finde jeden Tag eine Sichtkontrolle statt, d.h. man gehe zum Insassen. Man suche das Gespräch, erkundige sich nach dem Zustand. Dann werde soweit möglich das Essen kontrolliert, was aber nicht immer einfach sei. Bei einer Mehrfachbelegung erkundige man sich bei den Mitinsassen nach dem Ess- und Trinkverhalten des Hungerstreikenden. Der Arzt komme zweimal pro Woche, um nach einem Hungerstreikenden zu sehen, so oder so.

[REDACTED] habe Khamma Alex ab dem Eintritt ins Flughafengefängnis gekannt, er habe das Eintrittsgespräch mit ihm geführt. Das Gespräch in Englisch sei sehr eingeschränkt gewesen, Khamma Alex habe wenig Fragen gestellt. Khamma Alex habe sich auf englisch verständlich machen können und man habe sich verstanden. Khamma Alex sei sehr zurückhaltend gewesen, auch gegenüber Mitinsassen. Zum Teil sei er gegenüber dem Personal etwas aggressiver gewesen. Dies sei durch die Stimme, die Gestik und die Mimik

wahrnehmbar gewesen.

Anfänglich habe Khamma Alex keine Probleme bereitet. Das Verhalten habe sich erst geändert, als er nichts mehr habe essen wollen. Er habe dies nicht kommuniziert. Bei den Arztvisiten, bei denen immer der Arzt, die Pflegedienstmitarbeiterin sowie ein Betreuer, meistens [REDACTED] anwesend gewesen seien, habe er nicht gesprochen, sich vom Arzt nicht berühren lassen und folglich die Untersuchung verweigert. Meistens sei er unter der Decke liegen geblieben; er habe die Decke ruckartig aufgenommen und über sich gezogen und sich demonstrativ von ihnen abgewandt; dies habe er auch bei der Visite des Pflegedienstes gemacht. Er sei immer in der Zelle geblieben; sie hätten ihn dort öfters besucht und dabei festgestellt, dass ein Wasserbehälter dort unterschiedliche Wasserpegel gezeigt habe und hätten so angenommen, dass er getrunken habe.

Khamma Alex sei ohne bekannten äusseren Anlass in den Hungerstreik getreten und allein in der Zelle gewesen. Der Hungerstreik habe wohl nach dem gescheiterten Ausschaffungsversuch vom 25.01.2010 angefangen. Mit dem Hungerstreik habe sich das Verhalten massiv verändert, es habe kein Gespräch mehr mit ihm geführt werden können. Mithäftlinge hätten sich ebenfalls nicht mit ihm unterhalten, anfänglich sei er mit einem Mitgefangenen in der Zelle gewesen; wegen Differenzen mit diesem sei er dann allein geblieben. Er habe sich nie über etwas beklagt, nie nach Zigaretten oder sonstigen Gegenständen verlangt, Briefe geschrieben. Nach Aufnahme des Hungerstreiks sei er immer im Bett liegend zugedeckt angetroffen worden. Khamma Alex habe aber nach wie vor gleich gepflegt und sauber gewirkt. Subjektiv sei keine Gesundheitsverschlechterung feststellbar gewesen, es sei aber zu sehen gewesen, dass sein Gesicht schmaler gewirkt habe.

[REDACTED] habe im vorliegenden Fall bereits längere Zeit von der bevorstehenden Ausschaffung gewusst. Da 10 Personen davon betroffen gewesen seien, habe es einer grösseren Planung bedurft. Khamma Alex sei kurze Zeit zuvor vom Gefängnisarzt aufgesucht worden, um den Hauttest bezüglich Flüssigkeitsaufnahme zu machen; Khamma Alex habe sich demonstrativ mit klarer Gestik diesem Vorhaben gegenüber entzogen und die Decke noch mehr über sich gezogen. Nach seiner Einschätzung sei Khamma Alex in keinem gesundheitlich bedrohlichen Zustand gewesen, die Körperbewegung sei noch zu agil gewesen, Khamma Alex habe keinen erschöpften Eindruck hinterlassen.

Infolge der vielen Ausschaffungen sei im Sicherheitsbereich eine Überbelegung gewesen. Deshalb sei Khamma Alex in seiner Zelle belassen worden. Dort seien (*am Tag der Ausschaffung*) die Leibesvisitation und der Kleiderwechsel durchgeführt worden. Khamma Alex habe sich geweigert, die Kleider selber anzuziehen. Er habe von der Polizei fixiert werden müssen und sich renitent verhalten. Er habe sich geweigert aufzustehen, eventuell habe er sinngemäss "don't do it" gesagt. Es sei keine Gewalt nötig gewesen, man habe ihn einfach festhalten und fixieren müssen. Khamma Alex habe für einen kurzen Moment auf dem Boden fixiert werden müssen, um ihn optimal festhalten und führen zu können. Danach sei er aufgestellt respektive aufs Bett gesetzt worden. Durch die Polizei seien ihm dann die Kleider angezogen worden. Man habe ihm ausserdem den Kopfschutz und die Handschellen angelegt. Dann sei er aufgestanden und geführt durch die Polizei zum Lift gegangen.

[REDACTED] habe keine Kenntnis davon, dass Khamma Alex eigenartig die Luft angehalten habe. Zum Zeitpunkt, als er Khamma Alex bei der Leibesvisitation gesehen habe, habe er schon einen Gewichtsverlust festgestellt. Er habe aber nicht das Gefühl gehabt, dass

ein todkranker Mann vor ihm gestanden sei.

- Einvernahme von [REDACTED], geboren [REDACTED] vom 30.04.2010

[REDACTED] führt aus, dass sie eine 4-jährige Pflegefachausbildung absolviert habe. Sie sei seit 8 Jahren diplomierte Pflegefachfrau. Sie habe bisher auf der Chirurgie, der Notfallstation und in der Dermatologie gearbeitet. Seit November 2009 sei sie Pflegefachfrau im Flughafengefängnis. Sie habe im Gefängnis eine Vorgesetzte, die nicht aus dem Pflegeberuf stamme, fachlich sei entweder [REDACTED] oder der Psychiater ihre Ansprechperson. Es existiere ein Stellenbeschrieb. Sie arbeite in der Triage und entscheide aufgrund von Gesprächen und erhobenen Vitalparametern, wer dem Arzt vorgestellt werden müsse. Sie habe einen Mitarbeiter im Gesundheitsdienst.

[REDACTED] habe Khamma Alex bei dessen Eintritt am 18.12.2009 kennen gelernt. Er habe ihr auf die ihm gestellten Fragen keine Antwort gegeben. Sie habe ihm in Englisch ein paar Mal erklärt, dass es der Regel entspreche, dass Neueintritte zu ihr kämen und sich die Vitalparameter messen liessen. Schliesslich habe er eingewilligt, den Puls und den Blutdruck sowie das Körpergewicht bestimmen zu lassen. Die betreffenden Personen würden jeweils mit Trainer bekleidet ohne Badeschuhe gewogen. Die Kommunikation mit Khamma Alex sei sehr schwer gewesen, er habe nur sehr knappe Antworten gegeben. Die gemessenen Vitalparameter seien unauffällig gewesen. Khamma Alex habe meistens keine Antwort gegeben, soweit erinnerlich selten ganze Sätze; mehrheitlich habe er mit Nicken oder verneinenden Kopfbewegungen reagiert.

Ab dem 24.12.2009 habe sie mit Khamma Alex zu tun gehabt. Laut Insassenbeobachtungen habe er seit 5 Tagen nichts mehr gegessen. Sie habe Khamma Alex sich vorführen lassen wollen. Khamma Alex habe sich aber geweigert. Am 28.12.2009 sei Khamma Alex auf ihre Veranlassung hin dem Psychiater gezeigt worden; da sich Khamma Alex nicht habe aus der Zelle bewegen wollen, sei der Psychiater zu ihm in die Zelle gegangen. Dem PPD habe er gesagt, dass er nicht in Essstimmung sei. Am 29.12.2009 sei sie mit [REDACTED] zu Khamma Alex in die Zelle gegangen. [REDACTED] habe ihn informiert, dass er Hungerstreiken dürfe. [REDACTED] mache im weiteren bei diesen Gesprächen darauf aufmerksam, dass die Nahrungsverweigerung schwerwiegende Folgen haben kann. Ob er dies bei Khamma Alex gemacht habe, könne sie nicht sagen. [REDACTED] habe Khamma Alex am 15.01.2010 [REDACTED] vorführen lassen wollen, sie habe zwischenzeitlich erfahren, dass Khamma Alex am 04.01.2010 wieder zu essen angefangen habe. Khamma Alex habe sich aber geweigert und angegeben, dass er sich gut fühle.

Sie werde nicht speziell für die Vorbereitung einer bevorstehenden Ausschaffung beigezogen. Bei Level 4-Ausschaffungen erhalte sie vom HSL einen Anruf. Das HSL wolle Auskunft über den Gesundheitszustand bekommen. Dies verweigere sie jedoch, da sie ans Amtsgeheimnis gebunden sei. Sie gebe keine medizinische Angaben, weil sie keine Medizinerin sei und weil es nicht ihre Aufgabe sei.

Am 09.02.2010 haben ihr Mitarbeiter und [REDACTED] Khamma Alex in der Zelle besucht. Khamma Alex habe jegliche Kommunikation und die Untersuchungen verweigert. Am gleichen Tag sei vom Teamleiter mitgeteilt worden, dass Khamma Alex schon seit ein paar Tagen nichts mehr esse. In der Folge haben [REDACTED] und sie Khamma Alex zweimal

wöchentlich besucht. Khamma Alex habe sich nicht untersuchen lassen. Er sei immer im Bett geblieben und habe die Decke bis über den Hals gezogen. Am 22.02.2010 habe sie im Pflegebericht vermerkt, dass sich der Wasserspiegel des Wasserkochers (*auf dem Tisch bei Khamma Alex in der Zelle, Erg.d.Gutachters*) laufend verändert habe, so dass man habe davon ausgehen können, dass Khamma Alex trank. Ihnen sei auch bekannt gewesen, dass Khamma Alex nie ein nasses Bett gehabt habe; auch habe sie keine besonderen Körpergerüche wahrgenommen.

█ habe nie gesehen, dass Khamma Alex sich bewegt habe. Ausser seinem Kopf habe sie den Körper nie gesehen. Sie habe nicht beurteilen können, ob es Khamma Alex schlecht gegangen sei. Sie habe ihn aber immer █ vorgeführt.

Sie habe gewusst, dass für Khamma Alex eine Level 4-Ausschaffung bevorstand. Khamma Alex habe keine Medikamente einnehmen müssen. Das HSL frage jeweils, ob der Auszuschaffende reisefähig sei. █ habe sich jedoch geweigert, Auskunft über die Reisefähigkeit zu geben. Er habe den Standpunkt vertreten, dass jeder reisefähig sei, der nicht soeben operiert wurde, nicht in einem fortgeschrittenen Schwangerschaftsstadium ist, nicht soeben eine Zahnplombe erhalten hat und nicht getaucht war.

Am 11.03.2010 habe sie vom HSL einen Fax mit einer Liste mit Namen von Insassen erhalten. Man habe wissen wollen, ob die aufgelisteten Personen reisefähig seien. Das HSL frage immer wieder nach dem Gesundheitszustand, obwohl sie wissen, dass sie keine Angaben darüber machen dürfen. Sie habe auf dem Fax handschriftlich festgehalten, dass nichts bekannt ist, dass die Person nicht reisefähig wäre. Sie wisse nicht, weshalb das Fax an sie und nicht an █ ging. Sie habe am 1. November zu arbeiten angefangen und sei nicht in die Arbeit eingeführt worden, sondern einfach "mitgeflossen". Sie habe gehört, dass es ein Formular des BFM gebe, auf dem die Rubrik "Gesundheit" vermerkt sei. Wie das mit dem Formular laufe, wisse sie aber nicht.

█ stehe aufgrund der Diskussionen mit ihren Vorgesetzten, dem Arzt und anderen involvierten Personen zu diesem Thema unter dem Eindruck, als ob die Verantwortung hinsichtlich der Reisefähigkeit hermitgeschoben werde.

Khamma Alex sei der erste von ihr betreute Gefangene im Hungerstreik gewesen. Sie sei mündlich instruiert worden, im Fall eines Hungerstreiks █ und dem Psychiater █ Meldung zu erstatten. In der Betreuung von Khamma Alex habe sie sich ohnmächtig gefühlt. Sie sei froh gewesen, den Mediziner zur Hand zu haben. Sie habe in Betracht gezogen, dass Khamma Alex wegen ihr als Frau oder wegen einer Trotzreaktion oder wegen Schuldlosigkeit nicht mehr gesprochen habe. Sie könne sich nicht daran erinnern, dass noch einmal in Betracht gezogen worden sei, den Psychiater beizuziehen.

Am Schluss der Einvernahme führte █ aus, dass ihr im Gefängnis gesagt wurde, dass die Polizeibeamten im Vorfeld über den Hungerstreik in Kenntnis gesetzt wurden.

5. Fallrelevante medizinische und juristische Informationen

5.1 Medizinische Informationen

5.1.1 Medizinische Informationen zu Hungerstreik

- Richtlinien der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften vom 28.11.2002 bezüglich Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten Personen

Gemäss diesen Richtlinien gelten die grundlegenden ethischen und rechtlichen Bestimmungen, welche die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit regeln, insbesondere die Vorschriften über Patientenverständnis und Vertraulichkeit, auch für Personen im Freiheitsentzug. In diesem Zusammenhang muss der Arzt jedoch häufig Auflagen bezüglich Sicherheit und Ordnung berücksichtigen, auch wenn sein eigentliches Ziel stets das Wohlergehen und die Respektierung der Würde des Patienten ist. Die Berufsausübung in einem solchen Umfeld ist insofern speziell, als der Arzt sowohl seinem inhaftierten Patienten wie den zuständigen Behörden gegenüber verpflichtet ist, wobei die Interessen und angestrebten Ziele manchmal entgegengesetzt sind. Das Abwägen dieser Faktoren (sei es im Rahmen eines längerfristigen Mandats oder bei einer einmaligen Intervention) kann persönliche Überzeugungen des Arztes tangieren. Dabei muss er im Einklang mit seinem Gewissen und der ärztlichen Ethik handeln und das Recht haben, die Begutachtung bzw. die medizinische Versorgung von Personen unter Freiheitsentzug zu verweigern, es sei denn, es liege eine Notfallsituation vor. Von Krisen- oder Notfallsituationen abgesehen, kann der Arzt nicht gleichzeitig Gutachter und Therapeut sein. Bevor der Arzt als Gutachter tätig wird, teilt er der zu untersuchenden Person klar und eindeutig mit, dass die Ergebnisse der Untersuchung nicht der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen werden. Die inhaftierte Person hat Anrecht auf eine Behandlung, die medizinisch jener der Allgemeinbevölkerung gleichwertig ist.

Soll der Arzt die zuständigen Behörden über die möglichen Risiken und Konsequenzen einer (durch die Behörden bereits beschlossenen) Zwangsüberführung (z.B. Ausweisung aus 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 voraussichtliche 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.

Wie in jeder medizinischen Situation darf der als Gutachter oder als Therapeut handelnde Arzt eine diagnostische oder therapeutische Massnahme nur durchführen, wenn die inhaftierte Person ihr freies Einverständnis nach Aufklärung dazu gibt (informed consent). Jede Verabreichung von Arzneimitteln, insbesondere von Psychopharmaka, an inhaftierte Personen darf deshalb nur mit deren Einverständnis und ausschliesslich aus rein medizinischen Gründen erfolgen. In Notfallsituationen kann der Arzt auf das Einverständnis des Patienten verzichten, falls dieser auf Grund einer erheblichen psychischen Störung nicht urteilsfähig ist und eine unmittelbare Gefahr selbst- oder fremdgefährlicher Handlungen besteht. In einem solchen Fall vergewissert sich der Arzt, dass dem inhaftierten Patienten eine angemessene mittel- bis langfristige medizinische Nachbehandlung zukommt. Medizinisch begründete Massnahmen zur physischen Ruhigstellung sind höchstens für einige wenige Stunden in Betracht zu ziehen. In allen Fällen von medizinischer Ruhigstellung ist der verantwortliche Arzt dazu verpflichtet, deren Anwendung und Berechtigung regelmässig zu überwachen.

Im Kapitel Hungerstreik wird in diesen Richtlinien festgehalten, dass die inhaftierte Person durch den Arzt in objektiver Art und Weise und wiederholt über die möglichen Risiken von längerem Fasten aufgeklärt werden muss. Nachdem die volle Urteilsfähigkeit der betreffenden Person von einem ausserhalb der Anstalt tätigen Arzt bestätigt wurde, muss der Entscheid zum Hungerstreik, auch im Falle eines beträchtlichen Gesundheitsrisikos, medizinisch respektiert werden. Fällt die Person im Hungerstreik in ein Koma, geht der Arzt nach seinem Gewissen und seiner Berufsethik vor, es sei denn, die betreffende Person habe ausdrückliche Anordnungen für den Fall eines Bewusstseinsverlusts hinterlegt, auch wenn dies den Tod zur Folge haben können. Der Arzt, der mit einem Hungerstreik konfrontiert ist, wahrt gegenüber den verschiedenen Parteien eine streng neutrale Haltung und muss jedes Risiko einer Instrumentalisierung seiner medizinischen Entscheide vermeiden. Trotz der geäusserten Verweigerung der Nahrungsaufnahme vergewissert sich der Arzt, dass der im Hungerstreik stehenden Person täglich Nahrung angeboten wird.

- Hunger strikes - Understanding the underlying physiology will help doctors provide proper advice

Der Autor dieses 1997 im *British Medical Journal* veröffentlichten Editorials arbeitete damals als *Senior medical examiner* in der *Medical Foundation for the Care of Victims of Torture* in London. Hierbei handelt es sich um eine Organisation, die ihre Arbeit vor mehr als 25 Jahren unter der Leitung der medizinischen Gruppe von Amnesty International übernahm.

Gestützt auf verschiedene andere wissenschaftliche Arbeiten wird berichtet, dass in den ersten Tagen des Hungerstreikes die Glykogenspeicher (=Energiespeicher) in der Leber und in den Muskeln aufgebraucht werden. Es kommt zu einem substanziellen Gewichtsverlust. Die anschliessende Phase dauert etwa 10 bis 14 Tage: hierbei wird das Glykogen im Körper aufgebraucht; zur Glukoneogenese (=Neubildung von Zucker bzw. Energie) werden verschiedene Aminosäuren verwendet. Hierbei kommt es zu einer Abnahme der Skelett- und der Herzmuskulatur. In der Schlussphase des Fastens wird die notwendige Energie aus Ketonen gewonnen, die vom Abbau der Fettsäuren herrühren. Sind die Fettgewebespeicher aufgebraucht, kommt es zum letztlich katastrophalen Abbau von Proteinen.

Beim Hungerstreiken ist die Dehydratation ein gefürchtetes Risiko, da die Betroffenen im Verlauf des Hungerstreikes das Hunger- und Durstgefühl verlieren.

Es wird eine Untersuchung zitiert, wonach 77% aller Hungerstreikenden depressive oder solche Symptome zeigten, die sich nicht von denjenigen bei einer posttraumatischen Belastungsstörung unterscheiden liessen.

Der Autor verweist in seinem Artikel darauf, dass nach dreiwöchigem Hungerstreik die Wiederaufnahme der Ernährung potenziell gefährlich ist. So kann es dann zum Auftreten von Herzproblemen kommen. Es wird ausserdem auf das Risiko der Hypokaliämie und der plötzlichen Zunahme der Flüssigkeit mit dem Risiko eines Herzversagens hingewiesen. Hungerstreikende seien sich ohne Aufklärung der Gefahren, die mit ihrem Verhalten einhergehen, jedoch nicht bewusst.

- Deaths due to hunger strike: post-mortem findings

In diesem Artikel, der 2004 im *Forensic Science International* erschienen ist, wird über drei Todesfälle als Folge von Hungerstreik berichtet. Die rechtsmedizinischen Abklärungen ergaben u.a., dass bei allen Leichen eine offensichtliche Abnahme der Muskelmasse, eine Reduktion des Unterhautgewebes und von inneren Fettgewebedepots sowie eine Verkleinerung gewisser Organe zu erheben war. Der Bodymass-Index betrug zwischen 13,2 und 13,8 kg/m². Der Tod trat am 173. bzw. 165. bzw. 180. Tag nach Aufnahme des Hungerstreiks ein. Als Todesursache wurden in einem Fall ein Atemversagen, in einem anderen die Folgen einer Sepsis und in einem dritten Fall eine Herzrhythmusstörung angegeben.

- Hunger Strikes at Guantanamo - Medical Ethics and Human Rights in a "Legal Black Hole"

Der Autor dieses 2006 im *New England Journal of Medicine* erschienenen wissenschaftlichen Artikels diskutiert auf dem Hintergrund der in Guantanamo durchgeführten Zwangsernährungen verschiedene Ansätze in der Betreuung von sich im Hungerstreik befindlichen inhaftierten Personen. Zur Zeit gebe es Stimmen, die dafür sprächen, dass eine ärztliche Fachperson eine hungerstreikende, inhaftierte Person nach dem durch den Hungerstreik bedingten Eintritt einer eingeschränkten Urteilsfähigkeit so behandeln sollte, wie es das beste Interesse der betreffenden Person sei. Demgegenüber stehe die Meinung, dass eine ärztliche Fachperson auch dann den Wunsch einer sich im Hungerstreik befindlichen inhaftierten Person auf keine Behandlung respektieren soll, wenn diese aufgrund des Hungerstreiks nicht mehr vollumfänglich urteilsfähig ist. Nach Einschätzung des Autors dieses Artikels ist das Verhindern des Todes bei einer urteilseingeschränkten inhaftierten, sich im Hungerstreik befindlichen Person ein erstrebenswertes Ziel. Dieses Ziel aber mittels Zwangsernährung zu erreichen, lasse sich weder ethisch, noch juristisch, noch medizinisch rechtfertigen.

- Hunger Strike, Force-Feeding, and Physicians Responsibilities

2007 wurde dieser Artikel im *Journal of the American Medical Association* publiziert. Die Autoren weisen in diesem Artikel darauf hin, dass unter Hungerstreikenden zwar eine hohe Prävalenz für eine Depression besteht. Da das Vorliegen einer Depression jedoch nicht

zwingend mit Urteilsunfähigkeit gleichzusetzen sei, müsse bei allen Personen, die die Nahrung verweigern, durch einen Psychiater eine Untersuchung der betreffenden Person erfolgen. Gemäss den WMA (*World Medical Association*)-Richtlinien sollte ausserdem eine detaillierte Krankengeschichte erhoben werden, durch die medizinische Gründe für ein allenfalls erhöhtes Komplikationsrisiko erfasst würden. Gemäss einer aus 1970 stammenden Untersuchung fangen ernsthafte medizinische Probleme ab einem Gewichtsverlust von 18% des anfänglichen Körpergewichts an. Gefühlsschwankungen seien ein spätes Symptom von Fasten; hierdurch könne die psychologische Beurteilung erschwert werden. Nach 40-tägigem Fasten träten fortschreitende Teilnahmslosigkeit, Verwirrung und Bewusstseinsstörungen auf. Es komme zum Verlust des Gehörs, zur Blindheit und Blutung; der Tod trete infolge eines Zusammenbruchs des Herzkreislaufes ein.

5.1.2 Medizinische Informationen zu positionsbedingtem Erstickungstod

- Metabolic Acidosis in Restraint-associated Cardiac Arrest: A Case Series

Die Autoren berichteten 1999 im *Academic Emergency Medicine* über 5 Fälle, bei denen es im Rahmen von Festhaltungsmassnahmen zu einer Laktatazidose und zu einem Herz-Kreislaufstillstand kam. Es wird in den Schlussfolgerungen darauf hingewiesen, dass sich Personen, die festhaltende Massnahmen bei Personen anwenden, die sich auch nach Beginn der Festhaltung weiter zur Wehr setzen, bewusst sein sollten, dass die festgehaltenen Personen hierbei einem besonderen Risiko ausgesetzt seien. In diesem Artikel wurde empfohlen, sich zur Wehr setzende Personen wenn immer möglich in Seitenlage zu fixieren, ohne die Hände auf dem Rücken festzubinden.

- Factors associated with sudden death of individuals requiring restraint for excited delirium

Die Autoren aus Kalifornien publizierten diese Untersuchung mit 23 Literaturreferenzen 2001 im *American Journal of Emergency Medicine*. Sie untersuchten plötzliche Todesfälle bei festgehaltenen Personen mit einem ausnahmebedingten Erregungszustand, bei denen für die medizinische Notfallversorgung geschultes Personal zum Zeitpunkt des Atem- und Herzkreislaufstillstandes anwesend waren. In der beobachteten Zeitperiode von 1992 bis 1998 fanden sich 214 Fälle, in denen Personen in einem ausnahmebedingten Erregungszustand festgehalten werden mussten und bei denen das oben genannte Personal zugegen war. 18 Personen starben. Alle 214 Personen waren an den Hand- und Fussgelenken gefesselt und es bestand eine Fesselung zwischen den Hand- und Fussfesseln auf dem Rücken. Bei allen Todesfällen ging ein heftiges "Sich-zur-Wehr-setzen" voraus. Vor dem Herz-Kreislaufstillstand kam es zu einer Abnahme der Abwehr. In 78% der Todesfälle wurden stimulierende Drogen (Kokain oder Amphetamine) nachgewiesen, je 56% hatten eine chronische Erkrankung bzw. waren übergewichtig. Es wurde festgehalten, dass 81% in Bauchlage, 9% in Seitenlage festgehalten wurden; bei 10% konnte die Position nicht bestimmt werden. Keine Person, die in Seitenlage fixiert wurde, starb. Alle Personen, die starben, waren in Bauchlage. Alle Herz-Kreislauf- und Atemstillstände traten ausnahmslos überraschend ein und waren gekennzeichnet durch eine Phase von geschätzt fünf oder weniger Minuten, in denen sich die betreffende Person weniger stark zur Wehr setzte. Von den 18 im Rahmen der Festhaltung gestorbenen Personen waren bei 6 Fällen eine Asystolie und bei 7 eine Rhythmusstörung nachweisbar; bei 5 Fällen war keine Information vorhanden.

- Deaths associated with restraint use in health and social care in the UK. The results of a preliminary survey

Diese 2003 im *Journal of Psychiatric and Mental Nursing* veröffentlichte Übersichtsarbeit mit 91 wissenschaftlichen Referenzen ist auf 12 Fälle in England gestossen, bei denen Personen im Rahmen von medizinischen Interventionen festgehalten werden mussten und die hierbei zu Tode kamen. Es wurde darauf hingewiesen, dass ein Festhalten in Bauchlage und mit den Händen und den Füßen gefesselt (sogenanntes "hog-tying" bzw. "hobble-tying") mit dem Risiko eines plötzlichen Todes verbunden ist. Damit eine solche "lagebedingte Asphyxie" postuliert werden kann, brauche es drei Bedingungen: 1. Die betroffene Person muss sich in einer Körperposition befinden, die den Gasaustausch in der Lunge beeinflusst, 2. muss die Unmöglichkeit sich zu retten erklärt sein (z.B. infolge Alkohol- oder Drogenbeeinflussung), 3. müssen andere Todesursachen durch postmortale Untersuchungen inklusive chemisch-toxikologischer ausgeschlossen werden. Neben dieser Möglichkeit eines Todes im Rahmen einer positionsbedingten Asphyxie wurden auch Todesfälle als Folge von Festhaltungen am Hals, bei fixierten Personen, die sich befreien wollten und bei Personen im akuten Erregungszustand einhergehend u.a. mit extremer Angst und damit verbunden einer Übersäuerung des Körpers beschrieben. Diese Übersäuerung ist im Normalfall unproblematisch, bei Festhaltung mit eingeschränkter Atemfunktion kann eine solche aber möglicherweise schwerwiegende Folgen haben.

Aufgrund der vorhandenen wissenschaftlichen Untersuchungen ist gemäss den Autoren davon auszugehen, dass Übergewicht, ein längeres "Sich-zur-Wehr-setzen", eine vorbestehende körperliche Erkrankung, eine akute seelische Störung, Einnahme von Medikamenten, Drogenkonsum und Festhaltmassnahmen, die die Atmung behindern, möglicherweise die Gefahr für eine Person erhöhen, während einer Festhaltmassnahme plötzlich zu sterben. Weiter kommen die Studienverfasser zum Schluss, dass *"restraint is intrinsically an unsafe procedure, which, however, in some circumstances may be less dangerous than the alternatives available"*.

- Excited delirium and its correlation to sudden death proximal to restraint

Der Autor, ein kanadischer Polizeibeamter, dieser 2004 durch das *Canadian Police Research Centre* der Regierung von Kanada veröffentlichten, 42 Seite umfassenden Arbeit zum Thema des plötzlichen Todes von in Polizeigewahrsam befindlichen Personen mit 60 angegebenen Literaturstellen gibt einen Überblick über die verschiedenen Aspekte, die bei plötzlich und unerwartet verstorbenen Personen in Gewahrsam von Polizei, Psychiatrie und Notfallstationen auftreten. Der Autor kommt zum Schluss, dass derartige Todesfälle häufig im Zusammenhang mit einem als *excited delirium* beschriebenen Zustand zu stehen scheinen. Hierbei handelt es sich um kein eigentliches Krankheitsbild, sondern um einen Zustand von extremer psychischer und psychologischer Erregung bei Personen, gegen die durch die Polizei, die Sanität oder die Ärzteschaft Gewalt angewendet werden musste. Ein derartiger Zustand ist charakterisiert durch extreme Agitation, Hyperthermie, Tränenträufeln, Feindseligkeit, ausserordentliche Kraft und Ausdauer ohne Ermüdungszeichen. Es wird u.a. empfohlen, vor der Anwendung von Gewalt bei entsprechend gefährdeten Personen geschultes medizinisches Fachpersonal zur Seite zu haben, die körperliche Gewaltanwendung so rasch wie möglich durchzuführen, wenn eine Person plötzlich ruhig werde und keinen Widerstand mehr leiste, kontinuierlich den Puls zu kontrollieren und den Blutdruck sowie die Körpertemperatur zu

bestimmen und gegebenenfalls Vorbereitungen für die Wiederbelebung zu treffen.

In dieser Übersichtsarbeit wird des Weiteren dargelegt, dass Dr. Reay 1988 den Begriff der *positional asphyxia* (lagebedingte Erstickung) im Zusammenhang mit Todesfällen von mit den Händen und Füßen auf dem Rücken gefesselten Personen in Bauchlage einführte. Aufgrund der Erkenntnisse von weiteren Untersuchungen wurde sodann vermutet, dass nicht alle Todesfälle auf eine Erstickung zurückzuführen sind, sondern dass auch andere Faktoren am Todesgeschehen eine Rolle spielen dürften.

- Positionsbedingter Erstickungstod (*positional asphyxia*) mit besonderer Berücksichtigung polizeilicher Festhalte-Massnahmen

Gemäss dieses 2007 erschienen rechtsmedizinischen Skripts der Universität Bern beeinflussen gewisse Körperpositionen die Atmung ungünstig und können bei bestimmten Voraussetzungen zum Tod durch Ersticken führen. Positionsbedingtes Ersticken wird in der rechtsmedizinischen Praxis z.B. beobachtet bei Sturz in eine unglückliche Endlage, aus der sich das Opfer nicht aus eigener Kraft befreien kann, z.B. bei kraftlosem Hängen im nicht korrekt an Körpergurten befestigten Bergsteigerseil. Bei polizeilichen Festhaltmassnahmen und im Rahmen von Massnahmen bei Ausschaffungen können stark erregte Personen, die sich einer polizeilichen Festnahme widersetzen, in einen psychischen Ausnahmezustand geraten, der sich durch eine zunehmende Aggressivität und Schmerzunempfindlichkeit auszeichnet.

Aufgrund des erhöhten Sauerstoffbedarfs dieser Personen können polizeiliche Festhaltmassnahmen durch eine Behinderung der Atmung zum plötzlichen Herzkreislaufstillstand und zum Tod führen. Umgreifen des Halses von hinten in der Ellbeuge, längere Umklammerung des Brustkorbes von hinten und länger dauerndes Fixieren der Person in Bauchlage durch Druck auf den Hals und/oder Rumpf sollen so kurz wie möglich unter Beobachtung der Sprechfähigkeit vorgenommen werden. Beim Auftreten von Atemproblemen oder Bewusstlosigkeit soll die Person sofort aufgerichtet werden. Verlegungen der Atemöffnungen durch ein Körperteil, durch Gegenstände oder durch Aufliegen des Gesichts am Boden sowie Fesselungen, die die Atmung negativ beeinflussen wie z.B. fest nach hinten gezogene Arme, sind zu vermeiden.

- Conditions and circumstances predisposing to death from positional asphyxia in adults

Die Autoren dieses 2008 im *Journal of Forensic and Legal Medicine* erschienen Artikels beleuchten die Ursachen für den lagebedingten Erstickungstod. Gemäss ihren Untersuchungen tritt dieser Tod bevorzugt bei intoxikierten oder sedierten Personen ein, bei organischen Erkrankungen, bei chronischen Verletzungen, im Rahmen von Unfällen oder in Kombination der vorgenannten Umstände. Die ehemals im Vordergrund gestandene Überlegung, dass Menschen beim positionsbedingten Erstickungstodes infolge einer ungenügenden Atmung und Sauerstoffaufnahme im Körper zu Tode kommen würden, wird aufgrund der zwischenzeitlich gewonnenen neuen Erkenntnisse relativiert, wonach es im Rahmen von Versuchen zu keiner signifikanten Beeinträchtigung der Atmung und der Sauerstoffaufnahme gekommen sei, wohl aber ein anderes Atmungsmuster resultiert habe. Demzufolge stehen heute Überlegungen zum Todesgeschehen im Vordergrund, die von einem mit *excited delirium* beschriebenen Zustand ausgehen; hiermit ist gemeint, dass die betroffene Person

unter einem erheblichen Stress gestanden haben dürfte, dass hierdurch erhöhte Spiegel an Adrenalin resultierten, was das Auftreten von Rhythmusstörungen in den Herzkammern begünstige.

- Deaths in custody: Are some due to electronic control devices (including TASER devices) or excited delirium?

Der Autor dieses 2010 im *Journal of Forensic and Legal Medicine* veröffentlichten Übersichtsartikels mit 116 Literaturstellen zitiert u.a. eine kanadische Untersuchung von Todesfällen in Polizeigewahrsam, wonach in 21 Todesfällen mit einem ausnahmebedingten Erregungszustand ("excited delirium") eine Haftsituation bestanden hat. Es wird darauf hingewiesen, dass eine positionsbedingte Asphyxie beim Gesunden per se nicht zu einer signifikanten Hypoxie führe, da der Körper über erhebliche Sauerstoffreserven verfüge. Er konkludierte, dass Todesfälle bei inhaftierten Personen viel mehr allein auf einen ausnahmebedingten Erregungszustand zurückzuführen sind als auf den Einsatz von elektrischen Destabilisierungsgeräten, wenn im Rahmen eines Einsatzes dieser Geräte überhaupt ein Todeseintritt zustande kommt, was angesichts der bisher vorhandenen Untersuchungen nicht belegt sei. Zudem wies der Autor auch darauf hin, dass es aus forensischer Sicht wichtig sei, daran zu denken, dass der Tod während des Gewahrsams auch ohne eine positionsbedingte Asphyxie oder eine über einen ausnahmebedingten Erregungszustand hervorgerufene Herzrhythmusstörung eintreten kann.

5.1.3 Anderweitige medizinische Informationen

- Pneumomediastinum and soft tissue emphysema of the neck in postmortem CT and MRI: a new vital sign in hanging?

2005 wurde dieser Artikel im *Forensic Science International* publiziert. In einer Untersuchung von CT- und MRI-Aufnahmen wurden bei drei von fünf erhängten Personen Luftansammlungen im Mittelfell und in den Halsweichteilen entdeckt. Die Autoren formulierten gestützt auf Literaturangaben zur Frage der Ursache dieser Luftansammlungen u.a. in den Halsweichteilen zwei Hypothesen: Zum einen könne Luft aus den Luftwegen entweichen, wenn in den oberen oder unteren Luftwegen ein lokales Trauma stattfindet. Zum anderen sei von lebenden Personen bekannt, dass es bei Strangulation infolge des plötzlichen und heftigen Anstiegs des Druckes in den Luftwegen zu Gewebedefekten und schliesslich zum Luftaustritt ins Mediastinum und in die Halsweichteile komme. Eine nicht durch ein Trauma bedingte Luftansammlung in den vorgenannten Körperregionen sei bekannt nach Missbrauch von inhalatorisch konsumierten Drogen oder im Rahmen eines Erbrechens nach Operationen. In sehr selten kommt es zu spontanen Luftansammlungen im Mittelfell. Die Autoren gingen zudem der Frage nach den feingeweblichen Untersuchungsbefunden bei tödlichen Strangulation nach und hielten fest, dass sich gemäss anderen Autoren bei derartigen Fällen feingeweblich Blutungen um die Gefässe und in die Lungenbläschen, lokale Dystelektasen und fokale Überblähungen der Lungen nachweisen liessen.

- Spontaneous Pneumomediastinum in Anorexia Nervosa: A Case Report and Review of the Literature on Pneumomediastinum and Pneumothorax

In diesem Artikel aus dem Jahr 2010 wird der Fall einer 20 Jahre alten Frau beschrieben, die an einer Anorexia Nervosa litt und bei der in der klinischen Untersuchung ein Weichteilemphysem u.a. im Bereich der Achseln, zwischen den Schulterblättern und entlang der Wirbelsäule zu erheben war. In einer Computertomografie-Untersuchung wurden sodann Luftansammlungen im oberen Retroperitoneum im Bereich des Magens sowie links von der Hauptschlagader festgestellt. Die Frau erholte sich klinisch innerhalb von drei Wochen. In einer anschliessenden computertomografischen Untersuchung war eine vollständige Remission der Luftansammlung im Mittelfell und unter der Haut festzustellen. Eine Übersicht der aktuellen Literatur zum Thema Anorexia Nervosa/Gewichtsverlust und Luftansammlung im Körper zeigte, dass es hier in selten Fällen zu einer Luftansammlung im Mittelfell, noch seltener zu einer Luftansammlung in den Brusthöhlen kommen kann. Diese Zustände können sich mit klinischen Beschwerden wie Brustschmerzen, Husten oder Schluckbeschwerden äussern; klinische Beschwerden können aber auch fehlen. Gemäss den Autoren ist nach einer Literatursuche über die letzten 25 Jahre davon auszugehen, dass eine spontane Luftansammlung im Weichteilgewebe häufig bei Patienten mit Anorexia Nervosa anzutreffen ist und üblicherweise einen günstigen, selbstlimitierenden Verlauf hat.

- Internetinformation Wikipedia zum Thema hypertrophe Kardiomyopathie

Die hypertrophe Kardiomyopathie ist eine angeborene Erkrankung und gehört zur grossen Gruppe der Kardiomyopathien. Sie ist charakterisiert durch eine meist asymmetrische Verdickung der Herzmuskulatur der linken Herzkammer. Bei einem Teil der Fälle kommt es zu einer unter Belastung zunehmenden Verengung der linksseitigen Ausflussbahn und im Verlauf zu einer Versteifung des Herzmuskels. Hauptbeschwerden sind Luftnot unter Belastung sowie teilweise gefährliche Herzrhythmusstörungen. Behandelt wird die Erkrankung mit herzkraftsenkenden Medikamenten und mit einer herzkathetergeführten oder operativen Muskelentfernung (im Fall einer Verlegung des Ausflusstraktes). Die Erkrankung ist angeboren und tritt familiär gehäuft auf. Sie wird autosomal dominant vererbt. Männer und Frauen sind gleich häufig betroffen. Verwandte ersten Grades sollten auf das Vorliegen einer hypertrophen Kardiomyopathie untersucht werden. Kinder erkrankter Eltern haben ein 50%-iges Risiko, ebenfalls Träger des Gendefektes zu sein. Falls keine Gendiagnostik möglich ist, sollten Kinder und Jugendliche zwischen dem 12. und 18. Lebensjahr jährlich und nach dem 18. Lebensjahr alle fünf Jahre mit dem Herzschall untersucht werden.

Bezüglich der klinischen Erscheinungen ist festgehalten, dass betroffene Personen häufig keine Symptome haben. Wenn Symptome auftreten, sind diese meist unspezifisch und nicht wegweisend. Es können Luftnot, Angina pectoris, Rhythmusstörungen, Schwindel und plötzlicher Bewusstseinsverlust und gar der Tod auftreten. Neben den wenig wegweisenden Beschwerdeangaben fällt in der körperlichen Untersuchung im Rahmen des Abhörens des Herzens ein Herzgeräusch auf (*sogenanntes Systolikum*), das unter Belastung zunimmt.

Als Mittel der Wahl zur Diagnosestellung ist die Ultraschalluntersuchung des Herzens zu bezeichnen. Auch Kernspintomografie- und Herzkatheteruntersuchungen eignen sich zur Diagnostik. Labortechnisch besteht die Möglichkeit zur Gendiagnostik. Bei frühzeitiger Diagnose ist die hypertrophe Kardiomyopathie mittels Medikamente und/oder operativen

Eingriffen häufig gut behandelbar. Bisher ist diese Erkrankung nicht heilbar.

- Fatal Impact - Concussion of the Heart

1998 wurde dieser wissenschaftliche Beitrag im *New England Journal of Medicine* veröffentlicht. Der Autor berichtet darin über plötzliche Todesfälle von jungen Erwachsenen, die beim Eishockeyspiel einen Puck bzw. beim Baseballspiel einen Baseball auf die Brust gespielt bekommen haben und dann plötzlich verstorben sind. Es wird in diesem Artikel daraufhin hingewiesen, dass derartige, eher als geringgradige Traumata in einer Herzerschütterung (sogenannte "*Commotio cordis*") enden, deren Besonderheit es ist, dass bei der autoptischen Untersuchung keine Auffälligkeiten zu beobachten sind. Als Todesursache wird hierbei eine Herzrhythmusstörung in Form eines Kammerflimmerns vermutet. Da es offensichtlich genau darauf ankommt, zu welcher Zeit in einem Herzschlagrhythmus und an welchem genauen Ort am Herz ein entsprechendes Trauma auftritt, sind derartige plötzliche Todesfälle infolge einer *Commotio cordis* selten.

- Sudden Death in Young Athletes

In diesem 2003 im *New England Journal of Medicine* veröffentlichten Übersichtsartikel mit 100 zitierten Literaturstellen wird auf die Ursachen des plötzlichen Todes bei jungen Athleten eingegangen. Es werden eine Reihe von angeborenen, klinisch vor dem kritischen Ereignis nicht in Erscheinung getretenen Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems aufgeführt, von denen bekannt ist, dass sie einen plötzlichen Tod verursachen können. Hierzu gehören u.a. die hypertrophe Kardiomyopathie, die *Commotio cordis*, Anomalien der Herzkranzgefäße, eine Herzmuskelentzündung, Gefäßrupturen, die arrhythmogene rechtsventrikuläre Kardiomyopathie, eine Aortenklappenstenose, eine dilatative Herzmuskelerkrankung oder eine myxomatöse Mitralklappenerkrankung. Derartige vorbestehende Herzerkrankungen können bei jungen Athleten insbesondere bei körperlicher Betätigung einen plötzlichen Tod verursachen. Immerhin 2% der plötzlich verstorbenen jungen Athleten weisen jedoch autoptisch eine normale Herzstruktur auf und es kann keine eigentliche Ursache für den Tod eruiert werden. Bezüglich der *Commotio cordis* hält der Autor fest, dass dieses Ereignis typischerweise bei Kindern und Jugendlichen anzutreffen ist, weil bei diesen die Brustwand derart strukturiert ist, dass die Energie eines Traumas auf den Brustkorb direkt auf die Herzmuskulatur übertragen wird. Es wird an dieser Stelle ebenfalls darauf aufmerksam gemacht, dass neben einem Puck oder Baseball, der von vorne auf den Brustkorb auftrifft, auch Karateschläge, ein Zusammenprall zwischen Baseballspielern sowie auch anderweitige Traumata des Brustkorbes geeignet sind, eine *Commotio cordis* zu verursachen.

- Internetinformation Wikipedia zum Thema Hungerstoffwechsel

Ohne Wasser werden einem gesunden Menschen etwa drei bis vier Tage bis zum Verdursten zugestanden. Diese Zeitspanne ist jedoch extrem temperaturabhängig. Gesunde Menschen können zwischen 30 und 200 Tagen überleben. Der ehemalige Ordinarius für Innere Medizin an der Universität Zürich geht davon aus, dass ein "normal ernährter" Mensch bei völligem Fasten mit erhaltener Wasser- und Vitaminzufuhr etwa 50 bis 80 Tage überleben dürfte.

- Body Mass Index (BMI) Klassifikation der WHO

Als Untergewicht wird ein BMI $< 18,5 \text{ kg/m}^2$ bezeichnet. Ein normaler BMI liegt zwischen $18,5$ und $24,99 \text{ kg/m}^2$, ein BMI $> 25 \text{ kg/m}^2$ wird als Übergewicht angegeben.

- Psychogene Todesfälle - Ein ungelöstes rechtsmedizinisches Rätsel

2009 publizierte der Autor, der als leitender Arzt in einer Schweizerischen Psychiatrischen Klinik arbeitet, diesen wissenschaftlichen Artikel. Er bezog sich darin auf mehrere Beispiele von Todesfällen, deren Ursache ein psychogener Tod gewesen sein könnte. Der Autor kommt zum Schluss, dass ein psychogener Tod dann in Betracht zu ziehen ist, wenn eine organopathologische Ursache mit Sicherheit ausgeschlossen ist. Ausserdem ist für die Annahme eines psychogenen Todes nachzuweisen, dass ein psychogener Auslöser für den Tod, eine psychische Krisensituation und ein psychogener Verlauf bestanden haben. Der Beweis für ein solches Ereignis ist laut Autor im Einzelfall mit den Mitteln der modernen Rechtsmedizin schwer zu erbringen. Indessen lägen aber insgesamt in der ethologischen, ethnologischen und historischen Literatur eine derart erhebliche Anzahl von Berichten über psychogene Todesfälle vor, so dass diese Möglichkeit auch für den modernen Menschen nicht ganz ausgeschlossen werden könne. Der Autor leitete hieraus sodann eine erhebliche juristische Bedeutung insbesondere bei Todesfällen in Untersuchungshaft oder bei Ausschaffungen ab.

- Befund: Tod durch Einbildung

Die NZZ hat den vorher zusammengefassten Artikel über psychogene Todesfälle dem Direktor des Instituts für Rechtsmedizin Basel (und derzeitigem Präsidenten der Schweizerischen Gesellschaft für Rechtsmedizin) zur Stellungnahme unterbreitet. Der Direktor des IRM Basel wird in diesem Artikel zitiert, dass „bisher nie nachgewiesen wurde, dass jemand wegen rein psychischer Ursachen gestorben wäre, ohne dass er vorher organische Schäden wie zum Beispiel nach einem Herzinfarkt hatte“. Der Autor dieses NZZ-Berichtes schlussfolgerte, dass der Rechtsmediziner in erster Linie das glaube, was man bei Obduktionen sehen und in Analysen messen könne. Der Psychiater hingegen interpretiere und philosophiere.

- Voodoo Death

In diesem 2009 erschienen Übersichtsartikel mit 71 zitierten Literaturstellen gibt der Autor einen Überblick über die wissenschaftliche Literatur zum Thema von psychogenen Todesfällen. Es werden verschiedene Fälle beschrieben, bei denen aufgrund von fehlenden todesurächlichen Organveränderungen auf ein derartiges Geschehen geschlossen wurde. Gefühle der Hilflosigkeit und der Hoffnungslosigkeit, ein gestörtes Selbstbild, die Unmöglichkeit, Genugtuung aus dem sozialen Umfeld zu erfahren sowie ein Zustand ohne Bezug zwischen Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft werden als psychologische Gründe für einen psychogenen Tod angesehen.

5.2 Juristische Informationen

- Zusammenfassung des Bundesgesetzes über die Anwendung polizeilichen Zwangs und polizeilicher Massnahmen im Zuständigkeitsbereich des Bundes vom 20.03.2008

Art. 1 Gegenstand

Dieses Gesetz regelt die Grundsätze der Anwendung polizeilichen Zwangs und polizeilicher Massnahmen im Zuständigkeitsbereich des Bundes

Art. 2 Verpflichtete Behörden und Personen

Dieses Gesetz gilt (a) für alle Bundesbehörden, die bei der Erfüllung ihrer Aufgaben polizeilichen Zwang oder polizeiliche Massnahmen anwenden müssen; (b) für alle kantonalen Behörden, die im Bereich der Ausländer- und der Asylgesetzgebung polizeilichen Zwang oder polizeiliche Massnahmen anwenden müssen; (c) für alle kantonalen Behörden, die im Zusammenwirken mit Polizeiorganen des Bundes Aufgaben der gerichtlichen Polizei des Bundes wahrnehmen; (d) für alle kantonalen Behörden, die im Auftrag einer Bundesbehörde Personen mit Freiheitsbeschränkungen transportieren

....

Art. 24 Medizinische Überwachung

Eine festgehaltene oder transportierte Person muss durch eine medizinisch geschulte Person überwacht werden, (a) wenn sie aus medizinischen Gründen mit Arzneimitteln ruhig gestellt wird oder (b) eine ärztliche Beurteilung ergibt, dass mit gesundheitlichen Komplikationen zu rechnen ist.

Art. 25 Einsatz von Arzneimitteln

Arzneimittel dürfen nicht an Stelle von Hilfsmitteln verwendet werden. Sie dürfen nur gestützt auf eine medizinische Indikation und von den nach der Heilmittelgesetzgebung zuständigen Personen verschrieben, abgegeben oder verabreicht werden.

...

Art. 27 Vorbereitung von Rückführungen auf dem Luftweg

(1) Die zwangsweise Rückführung von Personen auf dem Luftweg ist von den zuständigen Behörden jeweils aufgrund der konkreten Umstände vorzubereiten. (2) Die betroffenen Personen sind vorgängig zu orientieren, soweit der Vollzug selbst dadurch nicht in Frage gestellt wird. (...) (3) Eine betroffene Person ist vor Beginn des Transportes ärztlich zu untersuchen, wenn (a) die betroffene Person dies verlangt; (b) Anzeichen für gesundheitliche Probleme feststellbar sind.

- Zusammenfassung der Zwangsanwendungsverordnung des Bundesrates vom 12.11.2008

1. Kapitel: Gegenstand und Geltungsbereich

...

Art. 5 Transporte auf dem Luftweg

Werden Personen, die Freiheitsbeschränkungen unterstehen, auf dem Luftweg transportiert, so dürfen folgenden Zwangsmittel eingesetzt werden: (a) Fesselungsmittel, mit Ausnahme metallischer Fesselungsmittel; (b) Schlag- und Abwehrstöcke

....

3. Kapitel: Transport von Personen, die Freiheitsbeschränkungen unterstehen:

1. Abschnitt: Allgemeine Bestimmungen

...

Art. 18 Transportfähigkeit

(1) Die anordnende Behörde und das Vollzugsorgan prüfen, ob die zu transportierende Person transportfähig ist. Im Zweifelsfall lassen sie die Transportfähigkeit medizinisch abklären. (2) Die untersuchende Medizinalperson kann die Transportfähigkeit von der Einhaltung bestimmter Auflagen für den Transport abhängig machen. Die Auflagen sind im Transportformular zu vermerken.

Art. 19 Information

(1) Bei Transportbeginn ist die zu transportierende Person über die Destination, den Zweck und die voraussichtliche Dauer des Transportes zu informieren. (2) Die Information hat in einer für die betroffene Person verständlichen Sprache zu erfolgen.

Art. 20 Vorbereitung auf den Transport

(1) Die anordnende Behörde und das Vollzugsorgan haben dafür zu sorgen, dass die zu transportierende Person Gelegenheit hat, sich entsprechend der Transportdauer, den Transportumständen und dem Transportziel zu kleiden. (2) Soweit erforderlich, sind persönliche Ausweise und Effekten der zu transportierenden Person auf den Transport mitzuführen. Die persönlichen Ausweise und die Effekten werden auf dem Transportformular oder in dessen Anhang aufgeführt.

Art. 21 Sicherheitsmassnahmen

(1) Die anordnende Behörde und das Vollzugsorgan weisen im Transportformular auf allfällige besondere Risiken hin. (2) Sie sorgen dafür, dass die zu transportierende Person weder Waffen noch andere für sie selbst oder Dritte gefährliche Gegenstände mit sich führt.

Art. 22 Persönliche Bedürfnisse

(1) Erfordern es die Tageszeit oder die Dauer des Transportes oder andere Umstände, so stellt das Vollzugsorgan der zu transportierenden Person Getränke und Esswaren zur Verfügung. (2) Der zu transportierenden Person ist vor Beginn des Transportes sowie in angemessenen Abständen während des Transportes Gelegenheit zu geben, eine Toilette aufzusuchen.

Art. 23 Fesselung

(1) Fesselungsmittel dürfen während des Transportes nur eingesetzt werden, um (a) die Flucht zu verhindern; (b) Angriffe zu verhindern; (c) Selbstverletzungen zu verhindern. (2) Der Einsatz der Fesselungsmittel und die Dauer der Fesselung richten sich nach den Umständen des Einzelfalles, insbesondere nach der konkreten Gefahr, die von der betroffenen Person ausgeht. Sofern erforderlich, darf die zu transportierende Person auf einen Rollstuhl oder eine Tragbahre gefesselt werden. Das Vollzugsorgan kontrolliert regelmässig, dass die gefesselte Person keine Verletzungen, Durchblutungsstörungen oder Beeinträchtigung der Atmung erleidet. (4) Muss eine Person gefesselt transportiert werden, so ist sie in der Regel vor dem Blick Dritter zu schützen.

...

3. Abschnitt:

Besondere Bestimmungen für Rückführungen auf dem Luftweg

...

Art. 27 Vorbereitung des Transportes

(1) Eine begleitete Rückführung auf dem Luftweg wird grundsätzlich von den Polizeiorganen des Kantons durchgeführt, der mit der Rückführung beauftragt wurde oder diese verfügt hat. (2) Die Rückführung selbst wird unter der Leitung des Equipenleiters oder der Equipenleiterin und in Zusammenarbeit mit den Organen der Flughafenpolizei durchgeführt. (3) Die Flughafenpolizei sorgt für die Vorbereitung des Transports auf dem Areal des Flughafens. (4) Der Kanton informiert das Bundesamt für Migration (BFM) über die Anzahl der rückzuführenden Personen und die Anzahl der Begleitpersonen, die er zur Verfügung stellen kann. (5) Die vom BFM zu leistende Vollzugsunterstützung, insbesondere die Organisation der Rückführung auf dem Luftweg, richtet sich nach der Verordnung vom 11. August 1999 über den Vollzug der Weg- und Ausweisung von ausländischen Personen.

Art. 28 Vollzugsstufen für die Rückführungen

(1) Die Behörde ordnet je nach den konkreten Umständen und dem Verhalten, das von der rückzuführenden Person zu erwarten ist, eine der folgenden Vollzugsstufen an: (a) Vollzugsstufe 1: Die rückzuführende Person hat einer selbstständigen Rückreise zugestimmt. Sie wird von der Polizei bis zum Flugzeug begleitet; die Rückreise erfolgt ohne Begleitung; (b) Vollzugsstufe 2: Die rückzuführende Person hat einer selbstständigen Rückreise nicht zugestimmt. Sie wird in der Regel durch zwei Polizistinnen oder Polizisten in Zivil begleitet. Sofern nötig, können Handfesseln eingesetzt werden; (c) Vollzugsstufe 3: Es ist zu erwarten, dass die rückzuführende Person körperlichen Widerstand leistet, der Transport mit einem Linienflug ist jedoch möglich. Die rückzuführende Person wird in der Regel von zwei Polizistinnen oder Polizisten in Zivil begleitet. Bei der Rückführung können Handfesseln und andere Fesselungsmittel sowie körperliche Gewalt eingesetzt werden. (d) Vollzugsstufe 4: Es ist zu erwarten, dass die rückzuführende Person starken körperlichen Widerstand leistet; für den Transport ist ein Sonderflug nötig. Jede rückzuführende Person wird von mindestens zwei Polizistinnen oder Polizisten begleitet. Es dürfen die gleichen Zwangsmittel eingesetzt werden wie bei der Vollzugsstufe 3. (2) Für jede Rückführung der Vollzugsstufe 4 bezeichnet das BFM auf Vorschlag der Kantone einen ausgebildeten Equipenleiter oder eine ausgebildete Equipenleiterin.

...

- Ausschaffungshaft im Flughafengefängnis, Gefängnisse Kanton Zürich, Justizvollzug Kanton Zürich, 01.01.2007

Die Abteilung Ausschaffungshaft des Flughafengefängnisse hat gemäss der vorliegenden Informationsschrift den Auftrag, ausländische Personen festzuhalten, die über keine Aufenthalts- oder Niederlassungsbewilligung verfügen, und zwar während der Vorbereitung des Entscheids über ihre Aufenthaltsberechtigung, oder für die erstinstanzlich der Weg- oder Ausweisungssentscheid vorliegt, und zwar um den Vollzug der Weg- oder Ausweisung sicher zu stellen. Den Inhaftierten ist eine geeignete Beschäftigung anzubieten. Die Inhaftierten sollen einem anderen Haftregime unterstehen als Personen in der Untersuchungshaft oder im Strafvollzug. Die Persönlichkeitsrechte der Inhaftierten dürfen beim Vollzug der Ausschaffungshaft nur soweit beschränkt werden, als es der Zweck der Haft, die Sicherheit der Häftlinge und des Personals sowie Ordnung und Hygiene verlangen. Den Inhaftierten sind soziale Kontakte mit anderen ausländerrechtlich Inhaftierten zu gewähren, was die regelmässige Benutzung von Gemeinschaftsräumen zwecks gemeinschaftlicher Aktivität bedingt. Überdies sind Besuche ohne Trennscheibe und ein freier Telefonverkehr zuzulassen.

In der Ausschaffungshaft im Flughafengefängnis können maximal 106 Klienten in 16

Dreierzellen und 58 Einzern untergebracht werden. Einziges Ziel der Ausschaffungshaft ist es, den Inhaftierten für die Ausschaffung bereit zu halten. Weder besteht ein Bedürfnis, Massnahmen zur Verhinderung von Verdunklungsgefahr zu treffen, noch muss der Klient mit erzieherischen Mitteln resozialisiert werden.

Das Vollzugskonzept der Ausschaffungshaft im Flughafengefängnis beruht auf einem Stufenprogramm. In der Regel erfolgt der Eintritt in einer "geschlossenen" Abteilung mit Einzelhaft solange, bis Klarheit darüber herrscht, welcher Gruppe der Klient zwecks Gemeinschaftsvollzugs zugewiesen werden kann. In dieser Phase bleibt der Klient eingeschlossen und kann nicht arbeiten. Nach ca. 10 bis 14 Tagen kommt er in die "offene" Abteilung mit Gruppenvollzug. Falls sein Verhalten Anlass dazu bietet, kann der Klient wieder in den Einzelvollzug zurückversetzt werden.

- Zusammenfassung des Gesetzes über den Straf- und Massnahmenvollzug vom 25.06.2003, Kanton Bern

...

Art. 61 Zwangsernährung

(1) Im Fall eines Hungerstreiks kann die Leitung der Vollzugseinrichtung eine unter ärztlicher Leitung und Beteiligung durchzuführende Zwangsernährung anordnen, sofern Lebensgefahr oder eine schwerwiegende Gefahr für die betroffene Person bestehen. Die Massnahmen müssen für die Beteiligten zumutbar und dürfen nicht mit erheblicher Gefahr für das Leben oder die Gesundheit der eingewiesenen Person verbunden sein. (2) Solange von einer freien Willensbestimmung der betroffenen Person ausgegangen werden kann, erfolgt von Seiten der Vollzugseinrichtung keine Intervention.

...

- Merkblatt des Justiz- und Polizeidepartements des Kantons St. Gallens

Der Leiter des Straf- und Massnahmenvollzugs des Kantons St. Gallen hat zum Thema Hungerstreik in Gefängnissen im November 2006 für den Fall des protestbedingten Fastens bzw. der Verweigerung der Nahrungsaufnahme folgendes Vorgehen empfohlen:

Der Gefängnisarzt wird durch das Gefängnispersonal über die Situation informiert. Der Arzt klärt den Gefangenen über mögliche Risiken von längerem Fasten auf. Gegebenenfalls ist hierfür ein Übersetzer beizuziehen. Der Gefängnisarzt soll sich vergewissern, dass der Gefangene urteilsfähig und dessen Willens- und Steuerungsfähigkeit nicht eingeschränkt ist. Bestehen Zweifel an der Urteilsfähigkeit, sollte der für das Gefängnis zuständige Psychiater beigezogen werden. Die Orientierung des Gefangenen sollte dokumentiert werden. Ist die Orientierung erfolgt, wird Urteilsfähigkeit festgestellt und hält der Gefangene an seinem Hungerstreik fest, dann muss sein Entscheid auch im Falle eines beträchtlichen Gesundheitsrisikos respektiert werden. Der Gefängnisarzt sorgt sodann für die weitere medizinische Betreuung des Gefangenen. Er kann bei der einweisenden Stelle die Einweisung des Gefangenen in ein Spital oder eine Klinik beantragen, wenn es dessen gesundheitliche Situation erfordert, insbesondere auch wenn der Gefangene soweit geschwächt ist, dass er regelmässiger Pflege bedarf und diese Pflege im Gefängnis nicht oder nur ungenügend gewährleistet ist. Die einweisende Stelle entscheidet, ob die Haft oder der Vollzug aufrecht erhalten und allenfalls in einem gesicherten Spital oder einer Klinik vollzogen oder ob die Haft aufgehoben oder der Vollzug unterbrochen wird. Im Notfall, wenn die einweisende Stelle

nicht erreichbar ist, entscheidet die Gefängnisleitung. Trotz der geäusserten Verweigerung der Nahrungsaufnahme hat das Gefängnispersonal dem Gefangenen dreimal täglich die Mahlzeit anzubieten. Es sorgt insbesondere auch dafür, dass dem Gefangenen jederzeit Getränke zur Verfügung stehen.

- BGE 124 II 1

Gemäss dieses Bundesgerichtsentscheids vom 22.12.1997 bildet ein Hungerstreik grundsätzlich keinen Grund, die Ausschaffungshaft zu beenden. Die Fremdenpolizei bzw. der Haftrichter haben sich im Rahmen der ordentlichen Haftprüfungen zu vergewissern, ob und inwieweit aufgrund allfällig eingetretener körperlicher Beeinträchtigungen des Betroffenen eine Ausschaffung (auch bei Vorliegen allfälliger Reisepapiere) mittel- und längerfristig aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich sein könnte.

- BGE 130 II 56

Gemäss dieses Bundesgerichtsentscheids vom 30.01.2004 darf ein Ausländer, der in Verletzung der Visumsvorschriften in die Schweiz eingereist ist und sich wiederholt geweigert hat, in seinen Heimatstaat zurückzukehren, zur Sicherung der formlosen Wegweisung wegen Untertauchungsgefahr in Ausschaffungshaft genommen werden, auch wenn er im Nachhinein wahrheitsgetreue Angaben macht. Mit dem Vollzug der Wegweisung muss aber ernsthaft zu rechnen sein, ansonsten die Haft rechtswidrig ist.

- BGE 130 II 377

Gemäss dieses Bundesgerichtsentscheids vom 15.07.2004 besteht in einem Fall, wo ein Asylsuchender seine grundlegenden verfahrensrechtlichen Mitwirkungspflichten verletzt oder sich anderweitig im Sinne von Art. 32 Abs 2 lit. a-c bzw. Art. 33 AsylG missbräuchlich verhält, eine "objektivierte" Untertauchungsgefahr, welche den Schluss zulässt, dass er sich (auch) dem Vollzug der Ausschaffung widersetzen bzw. einen solchen zu vereiteln versuchen wird. Die Ausschaffungshaft ist in einem solchen Fall weder konventions- noch verfassungswidrig.

6. Beurteilung

6.1 Zur Frage des Zustandes von Khamma Alex

Khamma Alex wurde am 13.12.2009 durch die Stadtpolizei Zürich in Ausschaffungshaft genommen. Die anlässlich dieser Begutachtung bezüglich des Zustandes von Khamma Alex in die Wege geleiteten Abklärungen in der Notunterkunft Uster, wo dieser vom 28.08.2009 bis 13.12.2009 weilte, ergaben weder in psychischer noch physischer Hinsicht Auffälligkeiten. Khamma Alex hatte zu dieser Zeit offenbar keine Arzttermine. Er wird als ruhig und problemlos im Verhalten beschrieben.

Am 18.12.2009 betrug gemäss Angaben in der Krankengeschichte des Flughafengefängnisses das Körpergewicht von Khamma Alex 93 kg. Die im Rahmen der postmortalen rechtsmedizinischen Untersuchung erhobene Körperlänge war 180 cm. Der BMI hatte somit bei Eintritt ins Flughafengefängnis 28,7 kg/m² betragen. Khamma Alex war damals leicht übergewichtig. Er hatte weiter bei Haftantritt einen als normal zu interpretierenden Puls von 65 Schlägen pro Minute, der damals bestimmte Blutdruck war mit 138/95 mm Hg grenzwertig erhöht.

Aufgrund der bei Abschluss dieses Gutachtens bekannten Angaben für die Zeit vor dem Gefängnisaufenthalt und aufgrund der am 18.12.2009 erhobenen klinischen Befunde ergeben sich somit keine konkreten Hinweise darauf, dass am 18.12.2009 bei Khamma Alex eine schwerwiegende physische und/oder psychische Störung manifest war.

Am 28. bzw. 29.12.2009 - 10 Tage nach Eintritt ins Flughafengefängnis - wurde Khamma Alex dem Psychiater sowie dem Gefängnisarzt vorgeführt, da er fastete oder keine Nahrung zu sich nahm. Der Psychiater konnte nach einem Gespräch mit Khamma Alex keine psychische Störung diagnostizieren. In den Aufzeichnungen zur damaligen Visite beim Gefängnisarzt ist festgehalten, dass die Kommunikation zwischen Khamma Alex und dem Gefängnisarzt schwierig war; der Ernährungs- und Allgemeinzustand wurden als gut bezeichnet.

Die offenbar vorhandene Schwierigkeit, mit Khamma Alex zu kommunizieren, ergibt sich auch aus den Schilderungen des zuständigen Teamleiters des Gefängnispersonals des Flughafengefängnisses. Dieser berichtete anlässlich seiner Einvernahme, dass Khamma Alex bis zum ersten, auf den 25.01.2010 angesetzten, letztlich gescheiterten Ausschaffungsversuch etwas wenig in Englisch mit dem Gefängnispersonal gesprochen hat. Nach dem ersten Ausschaffungsversuch soll Khamma Alex nicht mehr mit Mitgefangenen, dem Gefängnispersonal oder anderweitig für seine Betreuung zuständigen Personen gesprochen haben.

Anlässlich der zweiten Konsultation vom 09.02.2010 beim Gefängnisarzt wurde durch diesen sodann festgehalten, dass sich Khamma Alex seit einer unbekannt Anzahl von Tagen im Hungerstreik befunden habe. Khamma Alex verweigerte in der Folge an diesem Tag wie auch an 7 weiteren Terminen bis zum 16.03.2010 jegliche ärztliche Untersuchung. Aufgrund dieser ablehnenden Haltung von Khamma Alex gegenüber einer umfassenden körperlichen Untersuchung konnte sich der Gefängnisarzt gemäss seinen eigenen Worten lediglich „visuell“ ein Bild über den (Ernährungs-)Zustand von Khamma Alex machen. Erschwerend kam offenbar hinzu, dass sich Khamma Alex gemäss den übereinstimmenden Aussagen des

Gefängnisarztes und der Pflegefachfrau zudem bei den Visiten jeweils eine Decke bis zum Kopf über den Körper zog.

Der Gefängnisarzt und die Pflegefachfrau stellten im Verlauf der Zeit eine sichtbare Gewichtsabnahme fest. Da der Allgemein- und Ernährungszustand von Khamma Alex durch den Gefängnisarzt als nicht hospitalisationsbedürftig eingeschätzt wurde, wurde von einer Hospitalisation von Khamma Alex abgesehen. Aufgrund der schwierigen Betreuungssituation, weniger wegen des Zustandes von Khamma Alex, hatte der Gefängnisarzt laut eigenen Angaben in Erwägung gezogen, Khamma Alex zu hospitalisieren. Gemäss des Gefängnisarztes war das Verhalten von Khamma Alex auffallend und schwierig einzuschätzen. Diese Einschätzung wird sowohl vom Teamleiter des Gefängnispersonals als auch der zuständigen Angestellten des Gesundheitsdienstes des Flughafengefängnisses geteilt.

Aus rechtsmedizinischer Sicht ist an dieser Stelle festzustellen, dass die ärztliche Betreuung von Khamma Alex ab dem Zeitpunkt, als sicher bekannt war, dass er nichts mehr gegessen hat, gekennzeichnet war auch durch regelmässige ärztliche Kontrollen. Die ärztliche Beurteilung seines Zustandes war aber erschwert durch das Verhalten von Khamma Alex, der jegliche ärztliche Untersuchung verweigerte. Der Gefängnisarzt wusste aber vom Gefängnispersonal, dass Khamma Alex regelmässig Essen und Trinken angeboten wurde. Der Gefängnisarzt führte im Rahmen der Abklärungen zu diesem Gutachten aus, dass es aus seiner Erfahrung in der Betreuung von Hungerstreikenden häufig günstig ist, diesen - noch bevor irreversible körperliche Schädigungen auftreten - einen Ausweg aus dem Hungerstreik zu ermöglichen. Dies geschähe nach rund 3 Monaten dadurch, dass der Hungerstreikende verlegt wird und dieser dann den Hungerstreik ohne Gesichtsverlust abbrechen könne.

Die Schweizerische Akademie für medizinische Wissenschaften (*SAMW*) hat in ihren 2002 veröffentlichten Richtlinien für die ärztliche Betreuung von sich im Hungerstreik befindenden Gefangenen u.a. festgehalten, dass der Wille des urteilsfähigen, ärztlicherseits über die Risiken des Hungerstreiks aufgeklärten Gefangenen auch dann zu respektieren ist, wenn durch den Hungerstreik letztlich eine lebensbedrohliche Situation oder gar der Tod des Gefangenen eintritt.

In den SAMW-Richtlinien ist aber gefordert, dass ein zweiter, unabhängiger Arzt bei Unklarheit bezüglich der Urteilsfähigkeit beizuziehen ist. Eine Unklarheit bezüglich der Urteilsfähigkeit hat zu Beginn des Gefängnisaufenthaltes bei Khamma Alex nicht bestanden: sowohl seitens des Teamleiters des Gefängnispersonals und des Gefängnisarztes bzw. der Pflegefachfrau, als auch seitens des am 28.12.2009 beigezogenen Psychiaters wurden keine Feststellungen gemacht, mit denen sich Zweifel an einer Beeinträchtigung der Urteilsfähigkeit begründen liessen.

Das Verhalten von Khamma Alex soll sich aber nach dem gescheiterten Ausschaffungsversuch am 25.01.2010 deutlich geändert haben. Gemäss übereinstimmender Angaben des Gefängnisarztes, der Pflegefachfrau sowie des Teamleiters des Gefängnispersonals hatte Khamma Alex nach dem gescheiterten Ausschaffungsversuch nicht mehr gesprochen, die Zelle nicht mehr verlassen und keine Kontakte mehr gehabt; offenbar wurde er praktisch ausschliesslich im Bett liegend angetroffen. Aus medizinischer Sicht ist ein solches Verhalten nicht nur retrospektiv als auffallend zu beurteilen. Auch der Gefängnisarzt und der Teamleiter des Gefängnispersonals schätzten dies - wie sich aus ihren Einvernahmen ergibt - offenbar so ein.

Es sind psychologische wie auch medizinische Gründe vorstellbar, weshalb eine Person während mehreren Wochen nicht kommuniziert. Zu denken ist hier z.B. an ein psychotisches Zustandsbild oder eine depressive Entwicklung. Es ist medizinisch bekannt, dass sich gerade bei Hungerstreikenden durch die hervorgerufenen Veränderungen im Stoffwechsel im Verlauf der Zeit psychologische und psychische Veränderungen einstellen können (*Peel 1997; Sondra 2007*). Neben diesen medizinischen Gründen für ein Schweigen gibt es auch als normalpsychologisch zu interpretierende Motive, weshalb eine Person nicht mehr mit anderen Personen spricht: zu denken ist hierbei etwa an eine Trotzreaktion, eine offenkundig nach aussen getragenen Ablehnung der Situation gegenüber oder eine bewusste Willensentscheidung.

Aus gutachterlicher Sicht ist anzumerken, dass sich der Gefängnisarzt in dieser sicherlich sehr schwierig einzuschätzenden Situation dazu hätte entscheiden sollen, eine nochmalige Beurteilung des Verhaltens von Khamma Alex durch einen zweiten, aussenstehenden Arzt in die Wege zu leiten - so wie dies in den Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften vorgesehen ist. Dies umso mehr, als dem Gefängnisarzt ja bekannt war, dass Khamma Alex ausgeschafft werden sollte. Zur Klärung der Frage, ob Khamma Alex noch als urteilsfähig bezüglich der mit dem Hungerstreik einhergehenden gesundheitlichen Risiken angesehen werden konnte, hätte eine ärztliche Beurteilung insbesondere des psychischen Zustandes idealerweise durch eine Psychiaterin oder einen Psychiater stattfinden sollen.

Bezüglich der Frage, wie konkret mit einem im Hungerstreik stehenden Gefangenen in ärztlicher Hinsicht, aber auch aus Sicht des Gefängnispersonals umzugehen ist und welche - auch administrativen - Schritte wie geregelt sind, wurden neben den vorgenannten Richtlinien Ausführungen z.B. im Gesetz über den Straf- und Massnahmenvollzug des Kantons Bern und in einem Merkblatt des Justiz- und Polizeidepartements des Kantons St. Gallen gefunden. Eine entsprechende Anfrage beim Justizvollzug des Kantons Zürich wurde mit Verweis auf die Richtlinien der SAMW beantwortet.

Allerdings ist weder in den Richtlinien der Schweizerischen Akademie für medizinische Wissenschaften, noch im Merkblatt des Kantons St. Gallen, noch in den gesetzlichen Bestimmungen des Kantons Bern zum Umgang mit hungerstreikenden Gefangenen ausgeführt, wie sich die für die Betreuung des im Hungerstreik stehenden Gefangenen verantwortlichen Personen (Gefängnispersonal, Gefängnisarzt, Gesundheitspersonal) konkret über die in den vorerwähnten Richtlinien festgehaltenen Handlungen hinaus zu verhalten haben. Da ein Gefangener auf die besondere Fürsorgepflicht einer Anstalt ihm gegenüber zählen darf, sollte der Umgang mit einem hungerstreikenden Gefangenen aus rechtsmedizinischer Sicht so genau wie möglich geregelt sein. Wie in den Richtlinien der SAMW ausgeführt, steht insbesondere der Gefängnisarzt in einem Dilemma, da er zwischen den Interessen seines Patienten und denjenigen des Gefängnisses bzw. der Allgemeinheit abzuwägen hat.

An dieser Stelle muss angefügt werden, dass sich Khamma Alex offenbar nur bei Eintritt ins Flughafengefängnis körperlich untersuchen liess und anschliessend alle Untersuchungen ablehnte. So musste sich der Gefängnisarzt damit begnügen, sich lediglich visuell einen Eindruck über den Zustand von Khamma Alex verschaffen zu können. Die ablehnende Haltung von Khamma Alex verunmöglichte es z.B., das Körpergewicht von Khamma Alex zu bestimmen oder eine Blutentnahme bzw. den Hauttest, wie vom Gefängnisarzt bzw. der Pflegefachfrau angedacht, durchzuführen, um z.B. das Ausmass eines Flüssigkeitsverlustes

besser einschätzen zu können.

Das bei der Obduktion erhobene Körpergewicht betrug 60 kg. Bei einer bei der Obduktion festgestellten Körperlänge von 180 cm ergibt sich somit zwar ein gerade noch als normal zu bezeichnender Body-Mass-Index von 18,5 kg/m². Sowohl bei der äusseren Untersuchung wie auch bei der Untersuchung der Organe von Khamma Alex liessen sich aber nicht nur Folgen einer längere Zeit dauernden, zu geringen Nahrungs-, sondern auch einer ungenügenden Flüssigkeitszufuhr erheben. So fehlte das Fettgewebe unter der Haut und im Körperinnern praktisch vollständig (vgl. hierzu auch *Fotodokumentation S. 34-37, 44-45*), das Herz war klein, die Gallenblase prall mit Galle angefüllt. Der im Rahmen der chemisch-toxikologischen Untersuchungen erbrachte Nachweis einer erhöhten Konzentration an Aceton und Betahydroxybuttersäure ist ebenfalls mit einem längere Zeit anhaltendem Fasten in Einklang zu bringen, bei dem die Zuckerspeicher von Muskulatur und Leber derart aufgebraucht werden, dass Fettgewebe abgebaut wurde und die Zuckerneubildung durch aufgespaltene Eiweisse erfolgte.

Es ist medizinisch belegt (*Peel 1997*), dass ein mehr als 14 Tage dauerndes Fasten bzw. eine ungenügende Flüssigkeitszufuhr unter Umständen sehr gefährlich sein kann: zum einen kann es über die Verschiebung von körpereigenen Elektrolyten u.a. zu Herzrhythmusstörungen und letztlich zum Tod kommen; zum anderen beeinflusst eine ungenügende Flüssigkeitsaufnahme die psychische Leistungsfähigkeit.

Khamma Alex war bei Eintritt ins Flughafengefängnis 93 kg schwer und hatte damals einen BMI von 28,7 kg/m². Zum Zeitpunkt seines Todes war er gerade noch normgewichtig. Er hatte somit innerhalb von rund 3 Monaten 33 kg an Gewicht verloren. Ab einem Gewichtsverlust von rund einem Fünftel des ursprünglichen Körpergewichts wird von einer kritischen Situation gesprochen (*Sondra 2007*). Angesichts des bei Khamma Alex vorgelegenen Gewichtsverlustes von mehr als einem Drittel des Körpergewichts muss von einer ernsthaften gesundheitlichen körperlichen Störung gesprochen werden.

Aus rechtsmedizinischer Sicht wäre es angezeigt gewesen, im Verlauf des Hungerstreiks von Khamma Alex dessen Urteilsfähigkeit bzw. dessen psychischen Zustand noch einmal fachärztlich abklären zu lassen. Wenn im Rahmen dieser Abklärung der Entscheid gefallen wäre, Khamma Alex als nicht urteilsfähig einschätzen zu müssen, dann hätte er auch gegen seinen Willen bzw. ohne sein Einverständnis hospitalisiert werden können. Es ist an dieser Stelle allerdings darauf hinzuweisen, dass sich mit den bei Khamma Alex autoptisch bzw. feingeweblich erhobenen Befunde insbesondere am Herzen jederzeit - auch ohne äussere Einwirkung - ein plötzlicher Tod infolge eines Herzversagens begründen liesse (*siehe unten*). Angesichts dieses Umstandes muss die Frage, ob Khamma Alex noch am Leben wäre, wenn er rechtzeitig hospitalisiert worden wäre und den Hungerstreik abgebrochen hätte, offen gelassen werden.

6.2 Zur Frage der Transportfähigkeit

Gemäss der am 12.11.2008 durch den Bundesrat erlassenen Zwangsanwendungsverordnung prüfen die anordnende Behörde und das Vollzugsorgan, ob die zu transportierende Person transportfähig ist. Im Zwangsanwendungsgesetz ist festgehalten, dass die Transportfähigkeit im Zweifel ärztlich abzuklären ist. Aus rechtsmedizinischer Sicht handelt es sich bei der

Frage, ob eine Person aus medizinischer Sicht transportiert werden kann, eindeutig und unmissverständlich um eine Abklärung, die durch eine Ärztin oder einen Arzt zu erfolgen hat. Die zu transportierende Person muss gegebenenfalls körperlich untersucht werden, es müssen allenfalls medizinische Fakten wie Arztberichte oder Laborergebnisse interpretiert werden. Dies sind ärztliche Tätigkeiten, die nicht von anderen Personen des Gesundheitswesens erbracht werden können. Hierauf wird im Rahmen dieses Gutachtens und an dieser Stelle daher explizit hingewiesen, da die in der entsprechenden Vollzugsverordnung festgehaltene Formulierung, dass eine Abklärung der Transportfähigkeit medizinisch bzw. durch eine Medizinalperson zu geschehen hat, missverständlich ist und das Gesetz nicht richtig wiedergibt.

Unter Medizinalpersonen sind nämlich auch andere Berufsgruppen als Ärztinnen und Ärzte wie z.B. Physiotherapeuten oder Pflegefachpersonen zu verstehen. Aus rechtsmedizinischer Sicht ist aber die Abklärung der Transportfähigkeit einer Person eindeutig eine ärztliche Aufgabe, vergleichbar mit der Abklärung, ob eine Person aus medizinischen Gründen hafterstehungs- oder einvernahmefähig ist: beide Abklärungen werden ebenfalls ausschliesslich durch Ärztinnen oder Ärzte durchgeführt. Im hier vorliegenden Fall wurde durch eine Pflegefachfrau ein Schreiben ausgefüllt, das als Bescheinigung der Transportfähigkeit missverstanden werden konnte.

Der Gefängnisarzt führte zur Frage der Transportfähigkeit einerseits aus, dass er sich seit jeher dagegen gewehrt hat, den Behörden eine entsprechende Bescheinigung der Transportfähigkeit eines Auszuschaffenden auszustellen. Er legte in diesem Zusammenhang dar, dass er als Arzt, der einen Gefangenen behandelt, diese Abklärung der Transportfähigkeit gutachterlich nicht unbefangen feststellen kann. Er stelle lediglich fest, ob ein Gefangener hafterstehungsfähig ist oder ob er hospitalisiert werden muss. Andererseits gab der Gefängnisarzt auf die ihm in der polizeilichen Einvernahme gestellten Frage nach der Transportfähigkeit von Khamma Alex aufgrund der Untersuchung vom 16.03.2010 zur Antwort, dass dieser sitzend vermutlich transportfähig gewesen sei.

Die Ausführungen des Gefängnisarztes, wonach er als Behandler eine solche ärztliche Überprüfung der Transportfähigkeit aufgrund einer möglichen Befangenheit nicht durchführt, ist rechtsmedizinisch nachvollziehbar und entspricht den Richtlinien der Schweizerischen Akademie für medizinische Wissenschaften, die im Speziellen lediglich in der Notfallsituation dem Gefängnisarzt auch die Rolle des Gutachters einräumt. Bei der hier zur Diskussion stehenden Abklärung der Transportfähigkeit war eine solche Notfallsituation jedoch nicht gegeben.

Der Gefängnisarzt betonte in der polizeilichen Einvernahme vom 06.04.2010, dass diese Haltung den zuständigen Stellen bekannt gewesen war. Dies wurde am 12.05.2010 im Rahmen der staatsanwaltschaftlichen Einvernahme durch den Chef Flughafendienst von swissREPAT bestätigt. Wie der staatsanwaltschaftlichen Einvernahme vom 06.05.2010 der für die Ausschaffung von Khamma Alex zuständigen Sachbearbeiterin der Kantonspolizei Zürich zu entnehmen ist, war diese Haltung des Gefängnisarztes auch den involvierten Stellen der Kantonspolizei Zürich bekannt.

Der Dienst Grenzpolizeiliche Massnahmen der Kantonspolizei Zürich hat sich am 11.03.2010 als ausführendes Organ beim Flughafengefängnis mittels einer Fax-Anfrage an den zuständigen Gesundheitsdienst pauschal nach dem Gesundheitszustand der am 17.03.2010 aus

dem Flughafengefängnis auszuscaffenden Personen erkundigt. Die zuständige Pflegefachfrau hat diese Liste offenbar gegengelesen und ausser bei einer Person, bei welcher Medikamente verzeichnet sind, ohne weitere Feststellungen an die Kantonspolizei zurückübermittelt.

Khamma Alex hat sich aber im Zeitpunkt der Ausschaffung in einem körperlich und möglicherweise auch seelischen Zustand befunden, bei dem eine Hospitalisation allenfalls hätte in Betracht gezogen werden können. Die Schilderungen der am 17.03.2010 handelnden Polizeibeamten, dass Khamma Alex selber gehen können, geben keinen Aufschluss über den tatsächlichen körperlichen und seelischen Zustand, in dem er sich zu Beginn der Ausschaffungsaktion befunden hat. Den Polizeibeamten ist zwar aufgefallen, dass Khamma Alex eine extrem trockene Haut aufwies. Ein Polizeibeamter führte zudem aus, dass Khamma Alex einen körperlich total schwachen Eindruck erweckt habe. Ohne die Angabe, dass Khamma Alex seit Wochen im Hungerstreik stand und innerhalb von rund 3 Monaten 33 kg Körpergewicht verloren hatte, war es ihnen aber unmöglich, das Ausmass des allenfalls reduzierten Allgemeinzustandes von Khamma Alex korrekt einzuschätzen. Da Khamma Alex wie bei der Obduktion nachgewiesen einen gerade noch normalen BMI von 18,5 kg/m² (*BMI Klassifikation WHO*) aufwies, war dieser massive Gewichtsverlust für neuinvolvierte, nicht medizinisch geschulte Personen zudem nicht zwingend ersichtlich.

In Kenntnis der diesem Gutachten zugrunde liegenden Unterlagen hat bei Khamma Alex somit keine ärztliche Prüfung der Transportfähigkeit stattgefunden. Angesichts des seit Anfang Februar 2010 in der medizinischen Krankengeschichte dokumentierten, möglicherweise bereits seit Ende Dezember 2009 andauernden Hungerstreikes wäre eine solche ärztliche Abklärung der Transportfähigkeit jedoch zwingend gewesen.

6.3 Zur Frage der Todesursache

Die postmortalen Untersuchungsbefunde belegen, dass bei Khamma Alex mit einer hypertrophischen Kardiomyopathie eine schwerwiegende Vorerkrankung des Herzens vorgelegen hat. Es handelt sich hierbei um eine meist angeborene Erkrankung des Herzmuskelgewebes, die häufig asymptomatisch ist. Wenn eine betroffene Person klinische Erscheinungen aufweist, dann sind diese meist nicht wegweisend. Durch den Hungerstreik von Khamma Alex dürfte diese morphologische Veränderung im Herzmuskelgewebe ungünstig beeinflusst worden sein. Eine derartige Herzerkrankung kann zuverlässig in der Regel erst nach dem Tod diagnostiziert werden und verursacht zu Lebzeiten nur bedingt klinische Symptome wie z.B. Herzrhythmusstörungen. Ohne klinische Untersuchung - u.a. mit Ableitung der Herzstromkurven, Ultraschall- und Kernspintomografieuntersuchungen des Herzens - ist es praktisch unmöglich, eine derartige Herzerkrankung festzustellen.

Khamma Alex dürfte sich spätestens ab dem Zeitpunkt, als er in seiner Zelle abgeholt wurde, in einem Stresszustand befunden haben. Ob Khamma Alex bewusst und bekannt war, dass er ausgeschafft werden würde, ist angesichts des Umstandes, dass er mit niemanden gesprochen hat und aufgrund der Tatsache, dass er aus logistischen Gründen direkt aus der eigenen Zelle abgeholt wurde, fraglich bzw. unklar. Aufgrund der bisher bekannten Angaben zu Khamma Alex war er zuvor bei allen Kontakten mit Behörden jedoch nie gewalttätig geworden und hatte sich lediglich passiv - durch Weigerung zur Mitarbeit - zur Wehr gesetzt. Plötzlich sah er sich mit einer Leibesvisitation sowie Fesselungsmassnahmen konfrontiert. Angesichts dieser Umstände erscheint es aus gutachterlicher Sicht plausibel, dass bei Khamma Alex in

dieser Situation neben körperlichen, stressbedingten Veränderungen wie ein schneller Puls oder eine beschleunigte Atmung - situativ auch als normalpsychologisch zu bezeichnende - Symptome wie Angst, Unruhe, Verunsicherung oder Verzweiflung vorgelegen haben können - mitunter alles Symptome, die für eine - nach aussen hin nicht zwingend erkennbare - akute Erregung sprechen. Der Umstand, dass durch den Rettungssanitäter bei Khamma Alex kurz vor dessen Tod ein erhöhter Blutzuckergehalt festgestellt wurde, weist ebenso auf eine deutliche Stressreaktion hin wie die feingeweblich erhobene Sinusleukozytose der Leber (*Ansammlung von weissen Blutkörperchen in Lebersinusoiden*) und eine fokale Lipidentspeicherung der Nebennierenrinde.

Aufgrund der feingeweblichen Untersuchungsbefunde u.a. am Herzen sowie der bekannten Angaben zum Ereignishergang muss der Tod von Khamma Alex somit auf ein Herzversagen des schwer vorgeschädigten Herzens bei einer akuten Erregung zurückgeführt werden. Die im Rahmen der Bildgebung entdeckte Luftansammlung in den Brusthöhlen und Halsweichteilen sowie die Blutungen unter das Lungenfell und im Bereich des Herzbeutels sind am ehesten Folgen der Festhaltung nach dem "Sich-zur-Wehr-setzen" von Khamma Alex. Ähnliche, computertomografisch erfasste Luftansammlungen u.a. in den Halsweichteilen wurden bei Erhängten gefunden und als Folge einer erhaltenen Atmung gegen einen Widerstand im Bereich der Luftwege interpretiert (*Aghayev 2005*). Eine ausschliesslich durch Fasten bedingte Entstehung der Luftansammlung in den Brusthöhlen und Halsweichteilen kann aufgrund von kürzlich erschienenen Literaturangaben aber nicht sicher ausgeschlossen werden (*Hochlehnert 2010*) und könnte die Entstehung des ausgedehnten Befundes bei Khamma Alex begünstigt haben.

Bei der Obduktion liessen sich keine Befunde erheben, die für ein Ersticken (*z.B. im Rahmen einer sogenannten "positional asphyxia"*) sprechen und mit denen morphologisch eine Verlegung der Atemwege belegt werden könnte. Es fanden sich im gesamten Gesichtsbereich, in den Augen und in der Mundschleimhaut keine Stauungsblutungen; die Mundschleimhaut wie auch das Gesicht und der Hals waren unverletzt. Aus der rechtsmedizinischen Praxis ist bekannt, dass grossflächige Verlegungen der Atemwege (Mund und Nase) durch weiche Gegenstände ein Ersticken verursachen können, ohne dass entsprechende morphologische Befunde am Leichnam zu erheben sind. Aufgrund der Angaben der beteiligten Polizeibeamten zum Ereignishergang wie auch der Schilderungen des involvierten Sanitäters, der bei der ersten Untersuchung von Khamma Alex Minuten nach Beendigung der Festhaltmassnahme bei diesem sowohl Atmung wie auch einen Puls feststellte, ist ein solches Geschehen mit breitflächiger Verlegung von Mund und Nase bis zum Todeseintritt praktisch auszuschliessen. Da an der Halshaut, in den Halsweichteilen, am Zungenbein und Kehlkopfskelett keine Verletzungen erhoben werden konnten, ergeben sich zudem keine anderen morphologisch fassbaren Anhaltspunkte, die auf eine todesursächlich relevante Strangulation wie bspw. durch einen Unterarmwürgegriff hinweisen. Die streifenförmigen, an der Schleimhaut der Unterlippeninnenseite nachgewiesenen Rötungen sind mit einem Druck von aussen auf die Unterlippe zu vereinbaren. Im vorliegenden Fall mit Wiederbelebungsmaßnahmen mit Maskenbeatmung kann diese Veränderung aber auch Folge der Wiederbelebungsmaßnahme sein.

Todesfälle im Zusammenhang mit polizeilichen Festhaltmassnahmen werden seit vielen Jahren wissenschaftlich untersucht (*Hick 1999, Stratton 2001, Paterson 2003, Laur 2004, Byard 2008, Jauchem 2010*). Solche Todesfälle sind teilweise auch unter dem Begriff des lagebedingten Erstickungstodes bekannt geworden. Es wurde erkannt, dass die Gefahr eines

derartigen Geschehens insbesondere bei Personen vorliegt, die während längerer Zeit in Bauchlage an Händen und Füssen gefesselt festgehalten wurden. U.a. hat die rechtsmedizinische Aufarbeitung dieser Todesfälle zur Erkenntnis geführt, dass eine derartige Körperposition und Fesselung wenn immer möglich zu vermeiden ist. Aufgrund der wissenschaftlichen Untersuchungen wurde zudem erkannt, dass gewisse Personen einem grösseren Risiko unterliegen, im Rahmen einer polizeilichen oder anderweitigen Festhaltung plötzlich zu versterben. Als Risikofaktoren für einen derartigen, plötzlich eintretenden Tod wurden u.a. identifiziert: Übergewicht, Beeinflussung zum Ereigniszeitpunkt durch stimulierende Substanzen wie Kokain oder Amphetamine, vorbestehende körperliche Erkrankung oder eine akute psychische Störung, zudem eine Festhaltung, die mit einer Behinderung der Atemtätigkeit einherging (*Paterson 2003*). Es liessen sich bei der Untersuchung von Khamma Alex keine morphologischen und chemisch-toxikologischen Befunde erheben, die für die Annahme eines lagebedingten Erstickungstodes sprechen.

Aufgrund der Ergebnisse von toxikologischen, mikrobiologischen und virologischen Untersuchungen kann eine todesursächliche Intoxikation oder Infektion ausgeschlossen werden. Der bei der Obduktion entdeckte kleine Tumor in der rechten Nebenniere ist feingeweblich gutartig und somit ohne Krankheitswert. Die festgestellte Herzerkrankung schliesst die Annahme eines psychogenen Todes aus.

6.4 Zur Frage des Todesart

Bei Khamma Alex fanden sich abgesehen von alten, teils von Operationen herrührenden Narben und von frische, oberflächlichen Hautabschürfungen am Rücken, am linken Knie aussen sowie an den Händen keine weiteren Verletzungen. Vorgenannte oberflächliche Hautabschürfungen sind auf tangentielle, stumpfe Gewalteinwirkung zurückzuführen und können im Rahmen des hier zur Diskussion stehenden Ereignisses (*Festhaltung durch Polizeibeamte am Boden nach "Sich-zur-Wehr-setzen" von Khamma Alex*) aufgetreten sein. Es handelt sich hierbei um Bagatellverletzungen. Auch bei der ausgedehnten Untersuchung der Weichteile an Rücken, Armen und Beinen liessen sich an keiner Stelle Verletzungen nachweisen. Es ergeben sich somit keine Hinweise dafür, dass neben den eingangs beschriebenen Krafteinwirkungen bei den Festhaltungen mechanische Gewalteinwirkung auf Khamma Alex stattgefunden hat.

Aus den diesem Gutachten zugrunde liegenden Unterlagen ergibt sich, dass Khamma Alex selbstständig in einen Hungerstreik getreten ist. Der Gefängnisarzt hat Khamma Alex vermutlich auf die Gefahren eines solchen Verhaltens aufmerksam gemacht. Der Gefängnisarzt hat sich bezüglich der Respektierung des Entscheides von Khamma Alex für die Aufnahme eines Hungerstreiks, der notwendigen Aufklärung über die Gefahr des Hungerstreiks sowie der Absicherung, dass Khamma Alex regelmässig zu essen und zu trinken angeboten wurde, entsprechend den Richtlinien der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften aus dem Jahr 2002 für die ärztliche Betreuung von Inhaftierten verhalten. Das Bundesgericht hat bereits 1997 festgestellt, dass ein Hungerstreik eines Inhaftierten kein Grund für den Abbruch einer Ausschaffungshaft darstellt; der Haftrichter und die einweisenden Behörden hätten sich jedoch im Rahmen der ordentlichen Haftprüfungen zu vergewissern, inwieweit aufgrund allfälliger körperlicher Beeinträchtigungen des Betroffenen eine Ausschaffung aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich sein könnte. Offenbar hatten im vorliegenden Fall der Haftrichter und die

einweisenden Behörden aber aus bisher unbekanntem Gründen keine Kenntnis davon, dass Khamma Alex im Hungerstreik stand.

Der für die Betreuung von Khamma Alex zuständige Gefängnisarzt hat es trotz der auch von ihm erfassten Auffälligkeiten im Verhalten von Khamma Alex unterlassen, die Urteilsfähigkeit von Khamma Alex im Verlauf des Hungerstreiks noch einmal fachärztlich abzuklären. Wäre man hierbei zu Beurteilung gelangt, dass Khamma Alex nicht urteilsfähig ist, hätte man ihn vermutlich hospitalisiert. Ob sich Khamma Alex dann wieder vollständig erholt hätte bzw. wie lange Khamma Alex ohne eine stationäre spitalärztliche Behandlung und ohne Ausschaffung im Flughafengefängnis bei fortgesetztem Hungerstreik überlebt hätte, ist angesichts der autopsisch erhobenen Veränderungen insbesondere am Herzen - mit der Möglichkeit eines Herzversagens auch ohne äusseren Einfluss - spekulativ.

Weshalb die handelnden Polizeibeamten nicht vorgängig über den Hungerstreik von Khamma Alex orientiert waren - immerhin hat es auf dem Stammblatt des Flughafengefängnisses zu Khamma Alex zwei handschriftliche Bemerkungen, dass dieser sich im Hungerstreik befindet, es wurde zudem während der Vorbereitung von Khamma Alex für den Transport über dessen Hungerstreik auch im Beisein von Polizeibeamten gesprochen - entzieht sich der Kenntnis des Gutachters.

Aufgrund des derzeit bekannten Ereignisherganges sowie den vorhandenen Aussagen haben sich die mit dem Festhalten von Khamma Alex befassten Polizeibeamten auf eine Festhaltung in Seitenlage, ein Nichtbelasten des Brustkorbes sowie die Möglichkeit des freien Atmens geachtet und mit Khamma Alex gesprochen. Wenn diese Festhaltungsmassnahmen in der genannten Art und Weise durchgeführt wurden, so sind diese weisungskonform und unter Beachtung der hierfür notwendigen Vorsichtsmassnahmen erfolgt (*Stratton 2001, Zollinger 2007*). Eine nicht erregte, nicht im Hungerstreik stehende Person ohne vorbestandene Veränderungen am Herz hätte eine solche Festhaltung ohne gesundheitliche Probleme überstanden.

Die involvierten Polizeibeamten führten zum Verlauf nach dem Festhalten und vollständigen Fesseln aus, dass bemerkt wurde, dass Khamma Alex den Kopf gesenkt habe. Offenbar erfolgte in dieser Zeit die Kontrolle des Pulses, dieser wurde als kräftig beschrieben. Wenn die Aussage zutrifft, dass Khamma Alex, nachdem er fertig gefesselt auf einen Stuhl gesetzt worden war, tatsächlich einen kräftigen Puls aufgewiesen hat, dann ist es aus Sicht des Gutachters nachvollziehbar, dass für die beteiligten Polizeibeamten die sich möglicherweise ankündigende Gefahr - in diesem Moment angezeigt durch ein Kopf hängen lassen von Khamma Alex - nicht erkannt wurde und dass dieses "den-Kopf-hängen-lassen" irrtümlicherweise als ein theatralisches Gebahren interpretiert wurde, wie es offenbar laut den Angaben von Polizeibeamten, die schon häufiger an Ausschaffungen beteiligt waren, gelegentlich beobachtet werden kann.

Weder im Hinblick auf dieses Verhalten der beteiligten Polizeibeamten noch hinsichtlich des Umstandes, dass Khamma Alex auf dem Stuhl gefesselt blieb, als er zur Wiederbelebung mitsamt dem Stuhl auf den Boden gebracht wurde und die Fesselung bzw. der Stuhl erst nach Aufnahme der Wiederbelebungsmassnahmen entfernt wurden, ergeben sich derzeit aus Sicht des Gutachters Anhaltspunkte für ein vorschriftswidriges Verhalten der Polizeibeamten des Fesselungs- bzw. Sicherheitsteams.

Die in die Wege geleiteten Wiederbelebungsmassnahmen sind sowohl durch den

Rettungsanitäter wie auch den Rettungsdienst bzw. die Notfallärztin korrekt durchgeführt worden. Aufgrund der sofort erhobenen Aufzeichnung der fehlenden elektrischen Herzaktivität und der fortan bestehen bleibenden Asystolie trotz mechanischer und medikamentöser Reanimationsbemühungen ist zu vermuten, dass Khamma Alex bereits einen Herzstillstand erlitten hatte, als der Rettungsanitäter mit den Wiederbelebungsmaßnahmen begann.

Khamma Alex hätte am 25.01.2010 in der Vollzugsstufe 1 rückgeführt werden sollen. Es sind keine Hinweise bekannt geworden, dass sich Khamma Alex früher einmal körperlich zur Wehr gesetzt hat. Es ist daher auffallend, dass für die geplante Rückführung am 17.03.2010 eine Vollzugsstufe 4 geplant wurde, dass also davon ausgegangen wurde, dass Khamma Alex starken körperlichen Widerstand leisten würde, ohne dass offensichtlich mit ihm diesbezüglich gesprochen wurde. Es entzieht sich derzeit der Kenntnis des Gutachters, welche Überlegungen Grundlage für diesen Entscheid bildeten.

Aus rechtsmedizinischer Sicht ist angesichts dieser Umstände die Todesart als Gegenstand untersuchungsrichterlicher Abklärungen zu bezeichnen.

6.5 Weitere sachdienliche Feststellungen

Zur Betreuung von Gefangenen im Hungerstreik im Kanton Zürich

Im Rahmen der vorliegenden Begutachtung wurde der Frage nachgegangen, ob es Richtlinien des Justizvollzugs des Kantons Zürich für die Betreuung von sich im Hungerstreik befindenden Gefangenen gibt. Diese Frage drängte sich auf, da der Gefängnisarzt des Flughafengefängnisses Zürich geltend machte, dass ihm keine solchen bekannt sind und er lediglich auf die Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften hinwies. Im Rahmen dieser Begutachtung wurde erhoben, dass bspw. in den Kantonen Bern und St. Gallen gewisse konkrete gesetzliche Bestimmungen bzw. ein Merkblatt vorliegen. Es ist aus gutachterlicher Sicht zu betonen, dass gegenüber einem im Hungerstreik stehenden Gefangenen eine besondere Aufsichtspflicht besteht. Es sollte daher durch die verantwortlichen Behörden geprüft werden, ob es nicht zweckdienlich wäre, hierzu konkrete Weisungen bzw. Richtlinien zu erlassen. In diesen Weisungen oder Richtlinien sollte u.a. verbindlich geregelt sein, wem der Gefängnisarzt in welcher zeitlichen Abfolge über einen sich im Hungerstreik befindlichen Gefangenen zu berichten hat, wer die einweisenden Behörden und das ausführende Organ in welchem zeitlichen Rhythmus über den Zustand des sich im Hungerstreik befindlichen Gefangenen orientiert und in welches Spital eine Verlegung eines im Hungerstreik stehenden Gefangenen erfolgt.

Zur Frage der Abklärung der Transportfähigkeit

Im Rahmen dieser Begutachtung ist aufgefallen, dass es zwischen den gesetzlichen Bestimmungen zur Zwangsausschaffung und der dazugehörenden Verordnung Unklarheiten bezüglich der Frage gibt, welche Fachperson die Transportfähigkeit eines Gefangenen abklären soll. Aus rechtsmedizinischer Sicht handelt es sich bei der Abklärung der Transportfähigkeit eindeutig um eine ärztliche Tätigkeit. Der in der Zwangsverordnung verwendete Begriff "Medizinalperson" lässt aber die Möglichkeit offen, dass auch andere

Personen als Ärztinnen und Ärzte eine entsprechende Abklärung vornehmen. Die zuständige Behörde sollte deshalb prüfen, wie die entsprechende Verordnung angepasst werden kann bzw. wie sichergestellt wird, dass die Abklärung der Transportfähigkeit künftig ärztlich erfolgt. Bei der Attestierung einer Transportfähigkeit handelt es sich zudem immer nur um eine momentane Beurteilung des körperlichen und seelischen Zustandes der untersuchten Person. Eine solche ärztliche Beurteilung kann deshalb nur für einen sehr beschränkten Zeitraum gelten. Um eine aktuelle Abklärung der Transportfähigkeit zu gewährleisten, sollte diese daher möglichst nahe an den Zeitpunkt des geplanten Transportes gelegt werden. Alternativ wäre daran zu denken, dass in kritischen Fällen oder überhaupt während der gesamten Ausschaffungsaktion (*inklusive Fesselung im Gefängnis*) ein Arzt anwesend ist. Gemäss Aussagen einzelner der im vorliegenden Fall involvierten Polizeibeamten ist dieses Vorgehen schon mehrfach erfolgreich zur Anwendung gekommen, wenn bei einer auszuscaffenden Person vorgängig gesundheitliche Probleme bekannt waren.

Dieses Gutachten wurde in Kenntnis der Straffolgen gemäss Art. 307 StGB verfasst.

Freundliche Grüsse



Dr. med. Morten Keller-Sutter
Abteilungsleiter
Facharzt für Rechtsmedizin und
Psychiatrie/Psychotherapie

Mit der Begutachtung und den
Schlussfolgerungen einverstanden



Prof. Dr. med. W. Bär
Direktor
Facharzt für Rechtsmedizin

Allfällig vorhandene Asservate werden nach Versand des Gutachtens für 1 Jahr aufbewahrt und danach vernichtet. Eine über diesen Zeitraum hinaus reichende Lagerung muss vor Ablauf der Frist schriftlich beauftragt werden und ist kostenpflichtig.

Beilagen:

- Fotodokumentation Aussergewöhnlicher Todesfall Khamma Alex KTA Kantonspolizei Zürich
- 3 Körperschemazeichnungen, 3 Digitalaufnahmen des formalinfixierten Herzens
- Bericht Rechtsmedizinische Bildgebung Dr. med. Ch. Jackowski/Dr. med. W. Schweitzer, IRM Zürich
- Pathologie-Bericht Prof. Dr. med. Th. Schaffner
- Radiologie-Bericht Prof. Dr. med. A. Persson

(Rechnung folgt separat)

7. Verzeichnis der beigezogenen Informationen

- Aghayev E et al. Pneumomediastinum and soft tissue emphysema of the neck in postmortem CT and MRI: a new vital sign in hanging? *Forensic Science International* 2005;153:181-188
- Altun G et al. Deaths to hunger strike: post-mortem findings. *For Sci Int* 2004; 146:35-38
- Annas GJ. Hunger Strikes at Guantanamo - Medical Ethics and Human Rights in a "Legal Black Hole". *NEJM* 2006.355;13:1377-82
- BGE 124 II 1, BGE 130 II 56, BGE 130 II 377
- BMI Classification gemäss WHO
- Bundesgesetz über die Anwendung polizeilichen Zwangs und polizeilicher Massnahmen im Zuständigkeitsbereich des Bundes (Zwangsanwendungsgesetz ZAG) vom 20.03.2008
- Byard RW et al. Conditions and circumstances predisposing to death from positional asphyxia in adults. *Journal of Forensic and Legal Medicine*. 2008;15:415-419
- Crosby S et al. Hunger Strikes, Force-Feeding, and Physicians Responsibilities. *JAMA* 2007;298:564-566
- Curfmann GD. Fatal Impact - Concussion of the Heart. *NEJM* 1998.338:1841-1843
- Gesetz über den Straf- und Massnahmenvollzug vom 25.06.2003 des Kantons Bern
- Hick JL et al. Metabolic Acidosis in Restraint-associated Cardiac Arrest: A Case Series. *Academic emergency medicine*. 1999(6);3: 239-243
- Hochlehnert et al. Spontaneous Pneumomediastinum in Anorexia Nervosa: A Case Report and Review of the Literature on Pneumomediastinum and Pneumothorax. *Eur Eat Disorders Rev* 2010;18:107-115
- <http://de.wikipedia.org/wiki/Hungerstoffwechsel>, 26.03.2010
- http://de.wikipedia.org/wiki/Hypertrophe_Kardiomyopathie, 15.06.2010
- Imhasly P. Befund: Tod durch Einbildung. *NZZ Online* 07.April 2009
- Jauchem JR. Deaths in custody: Are some due to electronic control devices (including TASER devices) or excited delirium? *Journal of Forensic and Legal Medicine*.2010;17:1-7
- Knecht Th. Psychogene Todesfälle. *Kriminalistik* 2009;5:306-309
- Laur D. Excited delirium and its correlation to sudden and unexpected death proximal to restraint. Canadian police research center. Government of Canada. December 2004

- Lester D. Voodoo Death. *Omega* 2009;59(1):1-18
- Maron BJ. Sudden Death in Young Athletes. *NEJM* 2003.349:1064-1075
- Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW bezüglich Ausübung der ärztliche Tätigkeit bei inhaftierten Personen vom 28.11.2002, publiziert in der Schweizerischen Ärztezeitung 2003;84(7):306-310
- Paterson B et al. Deaths associated with restraint use in health and social care in the UK. The results of a preliminary survey. *Journal of Psychiatric and Mental Nursing*. 2003;10:3-15
- Peel M. Hunger strikes. *BMJ* 1997;315:829-830
- Stratton S et al. Factors associated with sudden death of individuals requiring restraint for excited delirium. *American Journal of Emergency Medicine*. 2001;19:188-191
- Verordnung über die Anwendung polizeilichen Zwangs und polizeilicher Massnahmen im Zuständigkeitsbereich des Bundes (Zwangsanwendungsverordnung, ZAV) vom 12.11.2008
- Zollinger U et al. Positionsbedingter Erstickungstod mit besonderer Berücksichtigung polizeilicher Festhalte-Massnahmen. In: *Skriptum Rechtsmedizin*. 8. überarbeitete Auflage 2007