

Tod durch Brechmitteleinsatz - Bremen 2004 -

Chronologie der Ereignisse

Laye-Alama C. ertrank bei einer Magenspülung in der Obhut der Behörden und unter Aufsicht eines Arztes

Bernd Schneider

BREMEN. Ein Brechmitteleinsatz setzt Innensenator Thomas Röwekamp unter Druck. Zur Dokumentation schildern wir die Ereignisse, wie sie sich nach bisherigen Recherchen abgespielt haben. Quellen sind Polizeiberichte sowie der Einsatz-Bericht und das Gedächtnis-Protokoll des Notarztes.

27. Dezember, gegen 0.00 Uhr: Laye-Alama C. (35) aus Sierra Leone wird an der Sielwallkreuzung aufgegriffen. Verdacht: Drogenhandel. Er schluckt Kügelchen mit Kokain. Die Beamten ordnen deren Exkorporation an (Entfernen aus dem Körper). Der Beschuldigte wird zum Polizeipräsidium (Vahr) gefahren, wo dafür ein spezieller Raum eingerichtet ist. Ein Arzt des ärztlichen Beweissicherungsdienstes leitet die weiteren Maßnahmen. Der Verdächtige weigert sich, das Brechmittel zu trinken. Der Arzt will es durch eine Magensonde zuführen. Der Afrikaner wehrt sich mit Händen und Füßen gegen den Schlauch, der durch die Nase eingeführt wird. Er zerreißt eine Handfessel. Zwei bewaffnete Polizeibeamte halten ihn, fixieren ihn an einen Stuhl. Brechmittel und Wasser werden eingeflößt.

1.57 Uhr: Im Klinikum Ost geht ein Notruf ein. Die Sauerstoffsättigung im Blut des Afrikaners scheint bedenklich niedrig. Eine Messung mit einem anderen Gerät (aus dem Rettungswagen) zeigt aber: Die Werte sind normal. Offenbar ist das erste Gerät defekt. Auf den Notarzt macht der Afrikaner einen sehr erschöpften Eindruck. Seine Füße sind mit Kabelbindern gefesselt, eine Hand mit einer Handschelle fixiert.

2.06 Uhr: Der Notarzt druckt die Daten aus und will gehen. Der Beweisarzt bittet ihn, sein Messgerät für die Dauer weiterer Magenspülungen zur Verfügung zu stellen. Der Notarzt setzt sich demonstrativ in eine entfernte Ecke und schreibt sein Protokoll. Unterstützt von den Polizeibeamten legt der Beweisarzt erneut eine Magensonde. Der Patient wehrt sich heftig, dreht den Kopf, die Sonde rutscht mehrfach heraus. Schließlich füllt der Arzt große Mengen Wasser ein. Auf besorgte Nachfrage des Notarztes erklärt er, er wolle den Magen so lange füllen, bis der Patient erbricht. Das geschieht, der Vorgang wird mehrfach wiederholt.

Gegen 2.30 Uhr: Der Patient hat vier Kokain-Pakete erbrochen. Ein Polizist registriert: Er atmet kaum noch. Der Notarzt schreitet ein, EKG-Elektroden kleben wegen großer Mengen erbrochenen Wassers nicht. Der Sauerstoffsensor am Finger des Patienten ist zerbrochen.

2.36 Uhr: Das EKG misst wieder. Es zeigt eine auffällige Kurve mit extrem niedrigem Puls. Diagnose: Extreme Sauerstoffunterversorgung. Die Pupillen des

Patienten sind lichtstarr, Zeichen für einen schweren Hirnschaden durch Sauerstoffmangel. Der Notarzt rechnet mit dem Tod des Patienten.

ab 2.38 Uhr: Herzdruckmassage. Der Notarzt braucht wertvolle Minuten, um große Mengen Wasser aus Luft- und Speiseröhre zu saugen. Erst dann kann er ihn beatmen.

3.05 Uhr: Abfahrt ins Krankenhaus. Als Befund notiert der Notarzt: "Bei ‚Magenspülung‘ ertrunkener Patient".

31. Dezember: Der Notarzt schreibt ein Gedächtnisprotokoll. In der Klinik erfährt er, der Patient sei "wahrscheinlich hirntot".

3. Januar 2005: Über einen Anwalt leitet der Notarzt eine Strafanzeige an den Leitenden Oberstaatsanwalt.

4. Januar: In Medienberichten bezeichnen Polizei und Innensenator Thomas Röwekamp (CDU) das Vorgehen als "verhältnismäßig". Der Patient, so der Senator, befinde sich wohl außer Lebensgefahr. Die Staatsanwaltschaft ermittelt gegen Unbekannt.

5. Januar: Der Bericht des Notarztes wird bekannt. Röwekamp muss einräumen, dass der Patient seinen Zustand nicht, wie zunächst behauptet, durch ein zerbissenes Drogenpaket selbst herbeigeführt hat. In seinem Blut finden Mediziner weder Heroin noch Kokain.

Gedächtnisprotokoll des hinzugezogenen Notarztes zu den Ereignissen während des Einsatzes am 27.12. 2004 um etwa 2 Uhr morgens auf dem Polizeirevier Vahr

Gegen Zwei Uhr wurden wir, also das NEF 30-82-1, alarmiert. Die Einsatzmeldung lautete: Person geht es schlecht im Polizeirevier Vahr. Wir trafen am Polizeirevier ein und fuhren zum "Polizeigewahrsam", da dort der RTW vor der Tür stand, Hier wurden wir von einem Polizisten in Uniform in einen Raum gebracht, wo sich der "Patient" befand.

Es handelte sich um einen Schwarzafrikaner (aus Sierra Leone) der auf einer Untersuchungsliege lag. Es befanden sich neben der RTW-Besatzung noch drei Personen im Raum; zwei Polizeibeamte in schwarzen Lederjacken, bewaffnet, mit Plastikschrürzen bekleidet und eine Zivilperson, hierbei handelte es sich um einen Arzt vom medizinischen Beweissicherungsdienst, ebenfalls mit Plastikschrürze bekleidet. Alle trugen Latexhandschuhe.

Der Kollege trug mir vor, er habe sich damit beschäftigt bei dem Mann Kokain-Päckchen aus dem Magen zu bergen. Ein kleines etwa haselnussgroßes mit grüner Plastikfolie ummanteltes Paket hatte er bereits geborgen. Er habe die Vitalfunktionen des Mannes dabei mittels eines Gerätes überwacht, welches den Blutdruck misst und die Sauerstoffsättigung erfasst. Diese sei bedenklich abgefallen, da habe er den Notarzt gerufen.

Inzwischen war aber die RTW-Besatzung angekommen und hatte ihren Monitor mitgebracht, dieser habe völlig normale Vitalparameterwerte angezeigt und man

müsse davon ausgehen, dass es sich lediglich um eine Fehlfunktion seines Sättigungsmessgerätes handelt. Der Mann lag ohne sich zu äußern an den Füßen mit Kabelbindern gefesselt da. Die linke Hand war mit einer Handschelle an der Untersuchungsliege fixiert. Der Mann wirkte sehr erschöpft. Der Kollege versicherte, er habe da Erfahrung, dieses Klientel würde immer so tun als seien sie bewusstlos um ein Ende der Maßnahmen zu erreichen. Der Mann lag zu diesem Zeitpunkt flach auf dem Rücken. Der Kollege hatte versucht, dem Mann eine Venenverweilkanüle anzulegen, diese war aber wohl bei der vorhergehenden Ring mit dem Mann wieder herausgerutscht. Ein Rettungsassistent vom RTW hat dann eine neue Venenverweilkanüle am linken Unterarm des Mannes gelegt. Ich habe mich daraufhin davon überzeugt, dass das Messgerät des RTWs glaubhafte Werte liefert, diese ausgedruckt (Uhrzeit auf dem Ausdruck 2:06 Uhr) und wollte mich verabschieden, da meine Tätigkeit hier nicht erforderlich sei. Der Kollege bat uns doch noch so lange vor Ort zu bleiben, bis er mit seiner Maßnahme fertig sei. Er müsse noch eine Magenspülung zur Bergung weiterer Kokain-Päckchen durchführen und sein Überwachungsgerät funktioniere ja nicht einwandfrei. Ich setzte mich daraufhin an den im Zimmer vorhandenen Schreibtisch und wartete den weiteren Verlauf ab.

Der Kollege führte dann seine Maßnahme weiter durch. Er wurde hierbei von den beiden Polizeibeamten unterstützt. Die Rettungsassistenten von dem RTW haben im weiteren Verlauf insofern bei der Maßnahme mitgewirkt, als sie sich bemühten, die bei der Maßnahme entstehenden Wasserlachen am Fußboden und an dem Mann zu verhindern bzw. aufzuwischen. Dies war notwendig, da nur so eine Aufrechterhaltung der Überwachung wenigstens zeitweise möglich war. Der Kollege legte dem Mann eine Magensonde und befüllte diese mittels einer sehr großen (100 bis 200 ml) Spritze mit Leitungswasser. Er füllte drei oder vier Spritzen hinein und ich erkundigte mich, ob er das Wasser auch wieder ablassen wolle. Er antwortete, er werde den Magen so weit mit Wasser befüllen, bis der Patient erbricht. Sowohl der Kollege wie auch die beiden Polizeibeamten vermittelten den Eindruck als sei dies ein absolut übliches Standardvorgehen. Der Mann wehrte sich gegen das Einführen der Magensonde durch Hin- und Herdrehen des Kopfes. Dieser wurde ihm von einem Polizeibeamten festgehalten während der andere den linken Arm festhielt, der nicht mehr mit der Handschelle fixiert war, da der Mann jetzt wieder in eine aufrechte, sitzende Position gebracht worden war. Dennoch rutschte die Magensonde einige Male heraus und musste von dem Kollegen vom medizinischen Beweissicherungsdienst erneut platziert werden.

Mehrfach erbracht der Mann schließlich Wasser, wobei der Polizeibeamte, der den Kopf hielt berichtete, dass der Mann die Zähne bewusst zusammenhält um das Wasser zu filtern und so die Entdeckung der Kokain-Päckchen zu erschweren. Hatte der Mann erbrochen wurde die Magensonde danach wieder gelegt und der Magen mit Wasser befüllt bis erneut Erbrechen auftrat. So gelang es dem Kollegen vom Beweissicherungsdienst insgesamt drei weitere Päckchen (geschätzter Wert lt. anwesender Polizisten 20 € pro Päckchen) zu bergen. Einmal versuchte der Kollege auch mit der Rückseite (also der stumpfen Seite) einer Pinzette durch Manipulation im Rachen das Erbrechen zu provozieren. Ein Rettungsassistent holte ihm aus dem RTW hierzu einige Holzspatel. Nach etwa 20 Minuten wirkte der Mann sehr matt und einem der Polizisten fiel auf, dass er nur noch sehr flach, fast gar nicht mehr atmete. Hierauf veranlasste ich die Neuanlage der EKG-Elektroden, welche wegen der großen Wassermengen, die der Mann erbrochen hatte, nicht mehr klebten. Hierbei fiel auch auf, dass der Sauerstoffsensordienst der auf dem Finger des Mannes befestigt war, während der Magenspülung zerbrochen war. Der Rettungsassistent des NEF

holte einen neuen Sensor aus dem NEF. Inzwischen klebte das EKG und zeigte eine ausgeprägte Sinusbradykardie (Zeit auf dem Ausdruck 2:36 Uhr). Zu diesem Zeitpunkt habe ich die Betreuung des Patienten übernommen und einen Rettungsassistenten veranlasst Atropin aufzuziehen. Ich habe 0,5 mg Atropin intravenös verabreicht. Dies hatte keinen unmittelbaren Effekt, das EKG verschlechterte sich eher in dem Sinne, dass nun keine p-Wellen mehr erkennbar waren und die Bradykardie sich verstärkte. Die inzwischen wieder gemessene Sauerstoffsättigung lag bei 30%. War ich bis zu diesem Zeitpunkt noch von einer vagalen Reaktion auf die Manipulationen zuvor ausgegangen, war mir jetzt unmittelbar klar, dass hier eine hypoxische Reaktion des Herzens vorlag. Die Kontrolle der Pupillen ergab maximal weite, lichtstarre Pupillen und der Patient entwickelte eine Asystolie. Ein Rettungsassistent der RTW-Besatzung begann mit der Herzdruckmassage, ich versuchte eine Beutelbeatmung, jedoch stand der Mund des Patienten voller Wasser. Inzwischen hatte der Patient 0,5 mg Suprarenin intravenös erhalten, ebenfalls ohne erkennbaren Effekt auf die Herzleistung. Einzig die zügige Wiederherstellung der Sauerstoffversorgung über die Lunge konnte jetzt helfen. Hierzu musste der Patient intubiert werden. Diese Maßnahme gelang mir jedoch erst nach relativ langer Zeit, da aus dem Ösophagus (Speiseröhre) und der Trachea (Luftröhre) Unmengen an Wasser den Rachen immer wieder füllten. Die mobile Absaugung war hier völlig überfordert, eine stationäre Absauganlage gab es in dem Raum nicht. Darüber hinaus war die Lampe des Laryngoskops nicht einwandfrei funktionsfähig, es musste ein zweites aus dem NEF besorgt werden. Der Patient erhielt nochmals 0,5 mg Suprarenin und 1 mg Atropin intravenös ohne Effekt. Während der gesamten Zeit ab etwa 2:38 wurde eine Herzdruckmassage durchgeführt, lediglich unterbrochen während meiner Versuche, den Patienten zu intubieren. Dies gelang erst im dritten Anlauf. Nachdem der Patient intubiert und endotracheal abgesaugt war, also die Sauerstoffversorgung wieder gewährleistet war, entwickelte sich sofort ein tastbarer Puls und der Kreislauf war dann ohne weitere Maßnahmen stabil. Ich legte dann erneut eine Magensonde über die noch schätzungsweise 1 bis 2 Liter Wasser auf den Fußboden abließen. Auf mein Bitten wurde Zellstoff auf den Boden gelegt, um das Wasser aufzusaugen. Gegen 03:05 Uhr Abtransport des Patienten ins Krankenhaus St. Joseph-Stift. Hier waren in den Sekretbeutel an der Magensonde nochmals etwa 500 ml Wasser abgelaufen. Die weitere Versorgung wurde auf der internistischen Intensivstation des Hauses vorgenommen. Bei Übergabe hatte der Patient immer noch weite, lichtstarre Pupillen, ein Zeichen für einen schweren Hirnschaden durch Sauerstoffmangel. Ein erster Hustenreflex zeigte sich während der Anlage eines ZVK durch den diensthabenden Internisten.

Am 31.12 habe ich mich nach dem Befinden des Patienten erkundigt und erfahren, dass dieser wahrscheinlich Hirntod sei.

Noch einmal zusammengefasst muss ich feststellen, dass der Patient einen erheblichen, wahrscheinlich zum Tode führenden Hirnschaden erlitten hat, aufgrund eines Sauerstoffmangels, der entstanden ist durch das in die Lunge eingedrungene Wasser bei einer "Magenspülung" zur Sicherung von Beweismitteln. Dementsprechend habe ich als Diagnose auf meinem Notarztprotokoll "Ertrinken" angegeben.

Es ergeben sich für mich im Nachhinein einige Fragen:

Durfte diese Art der "Magenspülung" angewendet werden? Ich habe noch nie von so einer Vorgehensweise gehört.

Wenn diese Vorgehensweise üblich ist, durfte sie unter den beschriebenen Bedingungen durchgeführt werden? Konnte der vor Ort tätige Arzt die Komplikationen (mit den ihm dort zur Verfügung stehenden Mitteln) beherrschen?

Wurde die Maßnahme mit der notwendigen Vorsicht und Sorgfalt durchgeführt? Lagekontrolle der Magensonde? Bilanzierung der Ein- und Ausfuhr des Wassers? Stand die Maßnahme in irgendeinem Verhältnis zum gewünschten Ziel?

Bremen, 31. Dezember 2004