**Institut für Rechtsmedizin der Universität Basel**

**Direktor: Prof. Dr. med. V. Dittmann**

**Arbeit unter der Leitung von**

**Dr. med. Daniel Wyler**

# Tod in Ausnüchterungshaft
## Ein Konzept zur Prävention

**Inauguraldissertation**

**zur Erlangung der Doktorwürde der gesamten Heilkunde vorgelegt der Medizinischen Fakultät der Universität Basel**

**von**

**Anja Mettler**

**Lauerz SZ**

Von der medizinischen Fakultät der Universität Basel genehmigt auf Antrag

von Prof. V. Dittmann

Koreferent: Prof. W. Ummenhofer

Tag der Promotion: 15. Januar 2010

# Zusammenfassung

Im Jahr 2005 musste ein 49-jähriger Mann in tief bewusstlosem Zustand aus einer Ausnüchterungszelle der Kantonspolizei Basel-Stadt (Kapo BS) notfallmässig hospitalisiert werden. Er wies ein grosses Subduralhaematom auf und verstarb sechs Tage später. Dieses Ereignis gab Anlass, das gängige Ausnüchterungsverfahren zu analysieren. Mit der vorliegenden Dissertation wurde in enger Zusammenarbeit mit der Kapo BS, dem Universitätsspital Basel (USB), dem Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB) sowie der Sanität Basel-Stadt ein neues Ablaufschema zum sichereren Umgang mit aufgegriffenen alkoholisierten Personen (AP) erarbeitet.

Die Analyse der bisherigen Betriebsabläufe ergab, dass die Beurteilung des Allgemeinzustandes der Auszunüchternden von Polizeibeamten im Dienst vorgenommen wird. Dabei verlassen sie sich weitgehend auf eine subjektive Einschätzung. Objektive Befunde, vor allem Atemalkoholtests (oder Vortestungen hinsichtlich Drogen und Medikamenten) kommen kaum zum Einsatz. Die Triage kritischer Probanden ist jedoch eine medizinische Angelegenheit und darf nicht den Polizisten alleine überlassen werden, die in der Regel nicht dafür ausgebildet sind.

Eine schriftliche Umfrage beim kantonalen Polizeikorps Basel-Stadt ergab, dass die Mehrheit das aktuelle Verfahren als problematisch empfindet. Die Entscheidungen im Umgang mit AP fallen den jüngeren Polizisten am schwersten. In Kommentaren äusserten Mitglieder des Polizeikorps als hauptsächliche Probleme – neben fehlenden personellen Ressourcen für eine lückenlose Überwachung – fehlende medizinische Kenntnisse und einen eingeschränkten Gebrauch technischer Mittel.

Der Vergleich verschiedener Systeme der Ausnüchterung in der Schweiz und im deutschsprachigen Ausland zeigt, dass in den zu Basel grundsätzlich unterschiedlichen Verfahren alle aufgegriffenen AP zuerst von einem Arzt beurteilt werden.

Das neu erarbeitete Prozedere beinhaltet als Basis einen Atemalkoholtest. Bei Werten von über 2.5 Promille bei Erwachsenen und 1.0 Promille bei Kindern und Jugendlichen erfolgt eine ärztliche Triage im Spital. Hospitalisert werden einerseits alle Personen, bei denen der gemessene Atemalkoholwert dem beobachteten Zustandsbild nicht entspricht, zusätzlicher Drogenkonsum vermutet wird oder anderseits ein Trauma wie zum Beispiel ein Sturz, ein Verkehrsunfall, eine Auseinandersetzung etc. vorausgegangen ist. Ebenso werden alle Personen, bei denen ein Atemalkoholtest nicht durchgeführt werden kann, vorsorglich von einem Arzt beurteilt. Somit werden nur „gewöhnlich“ Betrunkene von Polizisten ohne vorgängige Vorstellung im Spital überwacht.

# Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung ..... iii

Inhaltsverzeichnis ..... iv

1 Einleitung ..... 1

1.1 Problemumschreibung ..... 2

1.2 Fallbeispiele aus Belletristik und Fachliteratur ..... 2

1.3 Fälle in Basel-Stadt ..... 3

1.4 Zielsetzung ..... 4

2 Material und Methodik ..... 5

2.1 Zu den Ausnüchterungsdaten der Polizei Basel-Stadt ..... 5

2.2 Polizistenbefragung ..... 6

3 Erkennbarkeit einer Alkoholisierung ..... 7

3.1 Symptome einer Alkoholisierung ..... 7

3.2 Diagnostische Möglichkeiten und Grenzen ..... 7

3.3 Differentialdiagnose ..... 8

3.4 Klinische Einteilung der Alkoholisierung ..... 9

3.5 Gründe für fehlerhafte Einschätzungen ..... 9

4 „Ausnüchterungs-Daten“ der Kapo BS ..... 11

5 Aktuelles Vorgehen ..... 12

5.1 Kanton Basel-Stadt ..... 12

5.1.1 Kapo BS ..... 12

5.1.2 Sanität ..... 13

5.1.3 Notfallstation ..... 13

5.1.4 Übersicht über den Ablauf in Basel ..... 14

5.2 Andere Schweizer Polizeikorps ..... 14

5.3 Angrenzendes Ausland ..... 15

5.3.1 Hamburg ..... 15

5.3.2 Stuttgart ..... 17

5.4 Todesfälle ..... 17
5.5 Zusammenfassung der verschiedenen Systeme ..... 18

6 Resultate der Datenerhebung mittels Fragebogen ..... 20
6.1 Teilnehmer ..... 20
6.2 Strukturierte Fragen ..... 21
6.2.1 Geschlecht ..... 23
6.2.2 Alter ..... 24
6.2.3 Dienstjahre ..... 24
6.2.4 Dienstgrade ..... 24
6.3 Kommentare involvierter Polizisten ..... 24

7 Diskussion und Interpretation ..... 25
7.1 Kurzkasuistik ..... 25
7.2 Literatur ..... 25
7.3 Interpretation der „Ausnüchterungsdaten“ der Kapo BS ..... 26
7.4 Vergleich der verschiedenen „Ausnüchterungs-Modelle“ ..... 26
7.5 Eigene Daten ..... 27

8 Empfehlungen für ein revidiertes Verfahren ..... 29

9 Ausblick ..... 33

10 Dank ..... 34

11 Abkürzungsverzeichnis ..... 35

12 Literaturverzeichnis ..... 36

13 Abbildungsverzeichnis ..... 38

14 Tabellenverzeichnis ..... 39

Anhang ..... 40
A Formular ZAB ..... 40
B Ausnüchterungsstatistik Kapo BS ..... 42
C Aktuelle Dv der Kapo BS bezüglich Umgang mit AP ..... 44
C.1 Dv 451 Rauschzustand ..... 44
C.2 Dv 453 Einweisung in Spitäler ..... 46

D Erhebung Polizei ..... 47
D.1 Erhebungsformular ..... 47
D.2 Umfrageergebnisse ..... 49
D.3 Freie Antworten ..... 50
E Bevölkerungsstatistik Basel-Stadt ..... 52
F Ausnüchterungsdaten der ZAB ..... 53

Die vorliegende Arbeit benützt der besseren Lesbarkeit halber nur die männliche Form. Frauen sind explizit immer mitgemeint.

# 1 Einleitung

Vor zwei Jahren starb eine Person nach dem Aufenthalt in einer Ausnüchterungszelle der Kantonspolizei (Kapo BS). In der darauffolgenden Begutachtung durch das Institut für Rechtsmedizin (IRM) wurde festgestellt, dass beim Risikomanagement der polizeilichen Ausnüchterung ein Verbesserungspotential besteht. Dies gab den Anstoss zur vorliegenden Arbeit.

*Kurzkasuistik* des Todesfalles:

Am 28. September 2005, um ca. 05.40 Uhr wurde die Einsatzzentrale der Kapo BS über zwei betrunkene Männer informiert. Der fast 49 Jahre alte X.Y. wurde zur Ausnüchterung in die Bezirkswache City, der andere Mann in die Bezirkswache Kleinbasel gebracht.

Bis um 11.00 Uhr wurde nichts über Herrn X. dokumentiert. Zu jener Zeit wurde er mittels Videoüberwachung kontrolliert, und als schlafend eingestuft. Später erfolgten noch zwei Kontrollen am Monitor, die Ähnliches ergaben. Um 15 Uhr wurden keine Bewegungen mehr beobachtet und kurz darauf fand man Herrn X. leblos in einer Lache von Erbrochenem auf dem Zellenboden vor. Beim Eintreffen des Notarztes war X. nicht ansprechbar, hatte weite, lichtstarre Pupillen, war eingenässt und eingestuhlt und hatte blutig erbrochen. Der Kreislauf war stabil, zeitweise bradykard. Er wurde intubiert und von der Sanität ins Universitätsspital Basel (USB) gebracht. Dort wurde er auf der chirurgischen Intensivstation behandelt. Beim Eintritt wies er weite, lichtstarre Pupillen auf. Sein Kreislauf war ohne medikamentöse Stützung stabil und er atmete spontan.

Bei der im Spital durchgeführten Computertomographie-Untersuchung des Schädels stellten die Ärzte ein Epiduralhämatom linkshemisphärisch von über 6 cm Durchmesser und massiver Mittellinienverlagerung sowie ein Subduralhämatom links frontal fest. Die initial vorhandenen Hirnstammreflexe erloschen bis zum 3. Oktober 2005 vollständig. Eine neurochirurgische Intervention fand nicht statt.

Herr X. verstarb nach Angaben der behandelnden Ärzte am 4. Oktober 2005 um 19.15 Uhr, rund 6 Tage nachdem er von der Polizei aufgegriffen und in eine Ausnüchterungszelle gebracht worden war.

Die Polizeileitung stellte einen Untersuchungsantrag zuhanden der Staatsanwaltschaft, welche eine gerichtliche Obduktion der Leiche anordnete und Ermittlungen einleitete. Dem Obduktionsgutachten zufolge ist davon auszugehen, dass beim Aufgreifen durch die Polizei kein Atemalkoholtest bei Herrn X. durchgeführt wurde. Die an den bei der Obduktion asservierten Körperflüssigkeiten durchgeführten chemisch-toxikologischen Analysen ergaben, dass Herr X. alkoholisiert war, als er in Polizeigewahrsam kam; Trinkalkohol wurde in Erbrochenem aus der Zelle, einer nicht exakt datierten, zu Lebzeiten abgenommenen Blutprobe aus der Klinik, sowie in dem postmortal asservierten Subduralhaematom nachgewiesen. Wegen fehlender Parameter war eine Rückrechnung der Blutalkoholkonzentration auf einen bestimmten Zeitpunkt hin nicht mehr möglich.

Die Frage der Betreuung alkoholisierter Personen wurde im Anschluss an das Bekanntwerden dieses Todesfalles in der Öffentlichkeit diskutiert. So berichtete zum Beispiel die Basler Zeitung ausführlich über den Vorfall (Loser 2005a; Loser 2005b). In einem Punkt waren sich alle einig: Ein derartiger Todesfall sollte sich nicht mehr wiederholen.

## 1.1 Problemumschreibung

Polizisten verfügen in der Regel über keine medizinische Ausbildung. Daher ist es für sie schwierig, eine alkoholisiert scheinende Person richtig zu beurteilen. Das Gleiche gilt für Personen nach Betäubungsmittel- oder Medikamentenmissbrauch oder bei Kranken, mit plötzlich oder schubweise auftretender Symptomatik.

Noch schwieriger wird die Einschätzung, wenn mehrere Ursachen für eine Verhaltensveränderung in Frage kommen. Zu erwähnen sind beispielsweise körperliche Auseinandersetzungen oder Verkehrsunfälle unter Alkoholeinfluss, Politoxikomaniekörperliches Leiden oder Ähnliches. So können AP, die gestürzt sind und ein Schädelhirntrauma (SHT) erlitten haben, während des luziden Intervalls „normal alkoholisiert“ wirken und in eine Ausnüchterungszelle gebracht werden, aber innert Kürze dekompensieren.

## 1.2 Fallbeispiele aus Belletristik und Fachliteratur

In der Fachliteratur, in Kasuistiken und auch der Belletristik wird das Auftreten von Todesfällen in Ausnüchterungszellen beschrieben.

So starb zum Beispiel *Max Ghezze*, Mitglied der österreichischen Studentenverbindung Raeto-Bavaria in Innsbruck im Rahmen des „Akademischen Kulturkampfes“ anfangs des 20. Jahrhunderts (Kaier 2005). Er ist das bekannteste Opfer der Auseinandersetzungen zwischen katholischen und freiheitlichen Studentenverbindungen vor dem ersten Weltkrieg. Er erhielt mehrere Stockhiebe auf den Kopf und brach kurz darauf bewusstlos zusammen. Anschliessend wurde er von der Polizei als „volltrunken“ eingestuft und in die Zelle zur Ausnüchterung gebracht. Am nächsten Tag fanden ihn Bundesbrüder bei der Polizei nicht zugedeckt, auf dem kalten Steinboden liegend, wobei Gesicht und Boden Blutspuren aufwiesen. Nach der Klärung des Missverständnisses wurde Ghezze in die chirurgische Klinik gebracht, wo eine Gehirnerschütterung schwersten Grades, verbunden mit einer Gehirnblutung diagnostiziert wurde. Trotz sofortiger Operation verstarb er am darauffolgenden Tag, dem 6. November 1912.

Im Roman *„Das Ekel aus Säffle“*[1] (Sjöwall 2006) wird ein pensionierter Polizist umgebracht, weil er das diabetische Koma von Nyman, der Frau des Hauptverdächtigen, als Ausdruck von Trunkenheit gedeutet hatte und die Frau in die Ausnüchterungszelle sperrte, was ihren Tod zur Folge hatte.

In der Fachliteratur wird vor allem über den Tod in Polizeigewahrsam im allgemeinen berichtet. Rein alkoholbedingte Todesfälle werden nicht gesondert behandelt. So war Alkoholeinfluss in den 90er Jahren nur einer der Gründe für Todesfälle in Polizeigewahrsam in Ontario (Giles, 1992). Daneben spielten Mischintoxikationen, Schwächung durch Krankheit und Hypoglykämien und, als Häufigstes, Suizide eine gewichtige Rolle.

Eine Studie aus Bristol (Norfolk, 1998) beschreibt alle Todesfälle in Polizeigewahrsam im Jahre 1994 im Vereinigten Königreich. Die Todesfälle bei den aufgrund von Alkoholmissbrauch arrestierten Personen wurden durch Alkoholvergiftung (6 Tote), Kopfverletzungen (2), intracerebrale Blutung (1), lagebedingtes Ersticken (postural asphyxia) (1) und Linksherzinsuffizienz (1) verursacht. Die Ausnüchterungen in Polizeigewahrsam seien in der gegenwärtigen Situation gefährlich. Die Missstände seien schon länger bekannt, eine Alternative aber nie verwirklicht worden (Wissensstand 1998). Der Autor schlägt vor, dass die Polizisten die Überwachung der AP quantitativ wie qualitativ verbesserten. Letzteres durch Training für die Erkennung gefährlicher Anzeichen von Personen aus Risikogruppen (z.B. anhand von Beurteilungsskalen für Bewusstseinsniveaus wie der Glasgow Coma Scale (GCS)). Bei den von Norfolk untersuchten Todesfällen wurde ein Arzt nur in drei von elf Fällen gerufen. Eine prompte Reaktion auf eine Bewusstseinsänderung könne jedoch lebensrettend sein.

Auch Stark und Gregory (2005) erwähnen, dass vor allem für Personen mit hochgradiger Alkoholintoxikation in Polizeigewahrsam nicht genügend gesorgt werden könne.

Petschel und Gall (2000) beschreiben, dass in der Hälfte aller Todesfälle in Haft in Victoria (Australien) von 1991 – 1996 Alkohol- oder Drogeneinfluss der alleinige Grund oder eine Mitursache für den Tod waren.

## 1.3 Fälle in Basel-Stadt

Aus den letzten Jahren sind in Basel-Stadt zwei Todesfälle im zur Diskussion stehenden Kontext bekannt.

Der für die vorliegende Arbeit bedeutsamere Todesfall wurde bereits in der Einleitung als Kurzkasuistik geschildert. Beim zweiten Fall handelt es sich um ein Ereignis aus dem Untersuchungsgefängnis

[1] Schwedischer Originaltitel: „Den vedervärdige mannen från Säffle“ von Maj Sjöwall und Per Wahlöö, Erstveröffentlichung 1971

Basel-Stadt. Hier blieb bei einem Politoxikomanen eine Endokarditis während zwei Tagen unerkannt, hauptsächlich weil die Verhaltensauffälligkeiten teils als Entzugs- und teils als Intoxikationserscheinungen interpretiert wurden. Erst kurz vor seinem Tod wurde er in besorgniserregendem Zustand hospitalisiert. Rasch wurde eine Sepsis festgestellt und als Quelle dafür eine Endokarditis diagnostiziert. Der Mann überlebte nur wenige Stunden. Bei der angeordneten gerichtlichen Autopsie wurde die klinische Diagnose einer eitrigen Endokarditis bestätigt. Nachgewiesene eitrige Abszesse im Gehirn, die durch Verschleppung von Bakterien der erkrankten Herzklappe entstanden, erklärten die Verhaltensauffälligkeiten während der Untersuchungshaft. Ein Arzt wurde vom Pflegepersonal, welches den Häftling betreute, nicht beigezogen; eine Überprüfung der anfänglichen Verdachtsdiagnosen „Entzugserscheinung“ und „Intoxikation“ fand nicht statt.

## 1.4 Zielsetzung

Diese Arbeit soll den derzeitigen Umgang der Polizei mit AP darstellen, Probleme und Schwachpunkte erkennen, sowie Lösungsansätze aufzeigen.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Entwicklung eines Ablaufschemas, welches auch als Grundlage zur Überarbeitung von polizeilichen Dienstvorschriften (Dv) und schliesslich als Entscheidungshilfe für die Polizisten im Einsatz dienen kann.

# 2 Material und Methodik

Als Grundlage der vorliegenden Arbeit dienten schriftliche Quellen (Artikel aus Fachzeitschriften, Berichte aus Zeitungen und Internet), Gespräche mit den Verantwortlichen aller involvierten Parteien (Polizei, Sanität und Notfallstation des USB (NFS)) sowie Beobachtungen der Autorin anlässlich von Einsatzbegleitungen. Die Autorin legte grossen Wert auf die Berücksichtigung der Einsatz-Erfahrung der Polizisten und Sanitäter aus der alltäglichen Praxis.

In Zusammenarbeit mit der Kapo BS wurde ein Fragebogen ausgearbeitet und dem Polizeikorps zum Ausfüllen abgeben. Es entstand ein Überblick über das Meinungsspektrum von über 180 Polizisten bezüglich deren Umgang mit AP und über die Ängste der Korpsangehörigen bei dieser Arbeit. Im Einverständnis mit dem Kommandanten und unter Wahrung des Persönlichkeitsschutzes konnte umfangreiches Datenmaterial zur heutigen Situation in den Ausnüchterungszellen der Kapo BS für die Arbeit herangezogen werden.

Zudem ergab sich die Möglichkeit, die Probleme im Umgang mit AP selbst mitzuerleben. Während je einer Nacht bei der Polizei und bei der Sanität konnten ein kleiner Einblick in deren Umgang mit AP und ein Informationsgewinn aus Diskussionen erlangt werden.

Durch den persönlichen Kontakt zum Leiter des Rettungsdienstes der Feuerwehr Hamburg ergaben sich auch Einblicke in den Umgang mit AP in einem Nachbarland. So eröffnete sich die Möglichkeit, die Zentralambulanz für Betrunkene (ZAB) in Hamburg zu besichtigen und dort von den Erfahrungen der Verantwortlichen zu profitieren.

Die im Text erwähnten Blutalkoholwerte sind als Massenpromille (Gewichtspromille) definiert, das heisst 1 ‰ entspricht 1 mg Ethanol pro 1 g Blut.

## 2.1 Zu den Ausnüchterungsdaten der Polizei Basel-Stadt

Im Rahmen der Aufarbeitung des in der Einleitung erwähnten Todesfalles wurden aus archivierten Protokollen der Kapo BS die Zahlen zu Ausnüchterungen in Polizeigewahrsam in Basel der Zeitspanne von Januar 2004 bis August 2006 durch den Dienstchef Intervention der Kapo BS zusammengetragen. Diese wurden der Autorin freundlicherweise für die vorliegende Arbeit zur Verfügung gestellt.

Die Zahlen weisen die Bezirkswache (BW) City, BW West und BW Kleinbasel separat aus, wobei die Daten der BW Ost unter BW City subsumiert sind (Geiser 2007).

## 2.2 Polizistenbefragung

Im April 2007 wurde an eine repräsentative Stichprobe von 184 der insgesamt 385 auf den Posten vertretenen (Pm/Pol bis Wm1), zufällig ausgewählten Polizisten der Kapo BS Fragebogen verteilt. Die 385 Polizisten stellen die Gesamtheit der Korpsangehörigen dar, die in die Ausnüchterung von AP praktisch eingebunden sind. Der Fragebogen (siehe Anhang D.1) enthält elf Fragen und Platz für freie Kommentare. Die Befragung fand in Form einer Bestandesaufnahme statt. Sie ist als subjektive Einschätzung der Polizisten zu verstehen.

Bei den Fragen gab es vier verschiedene Antwortmöglichkeiten: 1 = trifft völlig zu, 2 = trifft eher zu, 3 = trifft eher nicht zu, 4 = trifft überhaupt nicht zu. Der Einfachheit halber wurden die Antworten teilweise in eine der Frage zustimmende (1 und 2) und eine ablehnende (3 und 4) Gruppe unterteilt.

Die Beantwortung der Fragen wurde hinsichtlich Unterschieden zwischen den Geschlechtern, der Altersgruppen – jünger als 35 Jahre, 35 bis 50 Jahre, 50 Jahre und älter –, der Dienstgrade (DG) – Polizist/Polizistin (Pm/Pol) und Gefreiter (Gfr), Korporal (Kpl), Wachtmeister (Wm) und Wachtmeister 1 (Wm1) –, sowie nach Dienstjahren (DJ) – unter 10 Jahre, 10 bis 20, 20 Jahre und mehr – untersucht.

Statistisch signifikante Unterschiede oder Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Werten sind im Text erwähnt. Der statistischen Korrektheit halber ist jeweils der dazugehörige p-Wert in eckigen Klammern angegeben. Dieser wurde mit dem $\chi^2$-Test auf dem 95 %-Signifikanzniveau berechnet.

# 3 Erkennbarkeit einer Alkoholisierung

## 3.1 Symptome einer Alkoholisierung

Die akute Alkoholintoxikation, auch Rausch genannt, äussert sich je nach Blutalkoholkonzentration und Gewöhnungsgrad unterschiedlich. Eine Blutalkoholkonzentration von mehr als 5 ‰ führt i.d.R zu einer Atemdepression und ist bei den meisten Menschen mit dem Leben nicht zu vereinbaren. In der Literatur wird erwähnt, dass, an einer akuten Alkoholintoxikation Verstorbene, vor ihrem Tod im Durchschnitt 330 g Alkohol zu sich nahmen (bezogen auf einen erwachsenen Mann von 70 kg, ohne Alkoholtoleranz) (Gable 2004).

Die Symptome eines Rausches können sich unter anderem in folgenden Symptomen äussern:

- Verhaltensstörungen (z.B. Enthemmung)
- Neurologische Störungen (z.B. Koordinations- und Artikulationsstörungen)
- Erinnerungslücken („Filmriss“, Blackouts)
- Mittelbare Folgeerscheinungen wie zum Beispiel Aspiration, Bolustod, Unterkühlung
- Störungen der Bewusstseinslage von Somnolenz bis Koma; Tod durch Atemdepression.

Nicht unerwähnt bleiben soll der qualitativ oder quantitativ abnorme Rausch, der nur selten, aber bei individueller Disposition schon nach dem Konsum geringer Alkoholmengen auftreten kann. Hierbei können u.a. schwere Verhaltensstörungen (oft Aggressivität), Bewusstseinsstörungen und amnestische Lücken auftreten (Herold 2007).

## 3.2 Diagnostische Möglichkeiten und Grenzen

Zur Beurteilung der Beeinflussung von Probanden oder Patienten durch Trinkalkohol und zur Einschätzung der Alkoholwirkung stehen im polizeilichen Alltag in der Regel Atemalkoholtestgeräte zur Verfügung. Im Spitalbetrieb ist man meist auf Laboranalysen angewiesen; die Resultate treffen allerdings mit einer Latenz ein. Deshalb können im medizinischen Alltag neurologische Untersuchungsbefunde hilfreich sein. Über die Vor- und Nachteile der generell zur Verfügung stehenden Methoden gibt Tab. 1 einen Überblick.

*Tab. 1:* ***Überblick über Diagnostika zur Beurteilung alkoholisierter Personen.***

| **Untersuchungsmethode** | **Vorteil** | **Nachteil** |
|---|---|---|
| „Bauchgefühl“ (medizinischer Laie) | Grundsätzlich von jedem und überall machbar | Grosse Fehlerwahrscheinlichkeit, subjektiv |
| Direktbefragung | Keine Infrastruktur nötig, gratis | Kooperation notwendig, Glaubwürdigkeit und Aussagekraft fraglich |
| Fremdbefragung | Hilfe zur Abschätzung der getrunkenen Menge, Trinkverhalten meist eruierbar | Subjektiv, Grad der Alkoholisierung nicht abschätzbar |
| Geruchsprobe (Prüfung der Ausatmungsluft auf Alkoholgeruch) | Keine Infrastruktur nötig, gratis | Diverse Stör- und Verschleierungsfaktoren bekannt, nicht möglich auf Höhe des Alkoholspiegels zu schliessen, geruchslose alkoholhaltige Getränke schwer detektierbar (z.B. Wodka). Geruchsvermögen des Untersuchenden z.B. bei Schnupfen, subjektiv (Forster 1975) |
| Ärztliche Beurteilung | Neurologische Untersuchung, Kenntnis der Symptome anderer Krankheiten | Subjektiv, erfahrungsabhängig, aufwändig, meist Fahrt ins Spital nötig |
| Atemalkoholtest | Schnell, billig, einfach, vor Ort verfügbar, objektiv | Nicht immer durchführbar (keine Kooperation, bei starker Eintrübung), diverse Fehlerquellen[2] (Forster 1975) |
| Blutalkoholanalyse | Exakt, auch bei nicht kooperativen, oder bewusstlosen Personen durchführbar, rechtlich verwertbar, objektiv | Medizinisches Personal beiziehen, ev. Fahrt ins Spital nötig, Rechtsgrundlage klären bei fehlender Einwilligung |

## 3.3 Differentialdiagnose

Da ein Rausch eine Veränderung der Bewusstseinslage bewirkt, sollen bei einer scheinbar alkoholisierten Person immer auch andere Gründe für das angetroffene Verhalten bedacht werden. So kommen als Differentialdiagnosen der Alkoholisierung ein SHT (z.B. nach Sturz) oder andere Intoxikationen in Frage, aber auch an Stoffwechselentgleisungen (z.B. Hypoglykämien) oder psychiatrische Störungen muss gedacht werden.

[2] Mund zuvor mit Alkohol gespült, Atemtechnik, Zeitpunkt der Probe etc.

## 3.4 Klinische Einteilung der Alkoholisierung

**Akute Alkoholvergiftung (einfacher Rausch**) (Reiche 2003)

*1. Stadium:* Fröhlichkeit (Euphorie), Rededrang, Selbstgefühlsteigerung

*2. Stadium:* kurz dauernde symptomatische Psychose mit verminderter Schmerzempfindlichkeit, Bewegungsdrang mit Bewegungsstörungen (zerebelläre Ataxie), Spracherschwernis, psychische Enthemmung, Denkstörung, Amnesie, allenfalls auch Hypothermie

*3. Stadium:* Vollrausch mit Störung der Ziel- und Haltemotorik

*4. Stadium:* Koma

**Einteilung nach Blutalkoholwerten** (Reiche 2003)

0 – 0.5 ‰ = nicht betrunken

0 – 1.0 ‰ = zur Hälfte funktionelle Einbussen

0.5 – 1.5 ‰ = gestörte Konzentration

1.5 – 2.0 ‰ = betrunken

2.0 – 2.5 ‰ = teilweise schwere Vergiftung

3 – 5 ‰ = Koma, Todesgefahr

5 ‰ = letale Dosis

Der Schwachpunkt dieser und ähnlicher Einteilungen ist, dass eine sichere Zuordnung der Symptome zu einer Blutalkoholkonzentration wegen erheblicher individueller Variabilität nicht sicher möglich ist.

## 3.5 Gründe für fehlerhafte Einschätzungen

Atemalkoholgeruch, neurologische Ausfallserscheinungen, wie lallende Sprache, unsicherer Gang, Sturztendenz und Bewusstseinseintrübungen unterschiedlicher Ausprägung, führen für medizinische Laien meistens zur phänomenologischen Diagnose der Angetrunkenheit oder des Rauschzustandes. Differentialdiagnostische Probleme ergeben sich in erster Linie dann, wenn ausser Alkohol andere Einflüsse ins Spiel kommen. In diesen Fällen sind auch medizinische Fachleute zu genauen Abklärungen gezwungen. Spitälern stehen für diese Situationen umfangreiche diagnostische Mittel, sowie die Möglichkeit einer medizinischen Überwachung (Atmung, Herzfrequenz, EKG, Sauerstoffsättigung etc.) zur Verfügung. So kann bei einer Zustandsverschlechterung frühzeitig eingegriffen werden.

Ein Diabetiker beispielsweise, der eine Hypoglykämie erleidet, kann wie eine AP wirken. Wenn er zudem Alkohol konsumiert hat und somit nach Alkohol riecht, wird er von nicht medizinisch geschultem Personal mit grosser Wahrscheinlichkeit als Betrunkener verkannt, obwohl er eine notfallmedizinische Behandlung benötigen würde.

Vergleichbare Schwierigkeiten ergeben sich auch bei Personen, die von der Polizei wegen ihres Verhaltens aufgegriffen werden und bei denen ein Sturzereignis vorausgegangen ist. Wird eine Person unter diesen Umständen aufgegriffen, so kann sie durch Eintrübung oder Verwirrung wie betrunken wirken. Es ist aber auch möglich, dass ein Mensch mit einem SHT sich im freien Intervall befindet, weitgehend stabil wirkt und mit oder ohne Anzeichen eines Alkoholkonsums bezüglich des Gefährdungspotentials unterschätzt werden kann.

Es besteht prinzipiell das Risiko, eine Situation falsch einzuschätzen, wenn die Beurteilung allein anhand der Phänomenologie „Alkoholisierung“ erfolgt.

# 4 „Ausnüchterungs-Daten“ der Kapo BS

Während der Zeit von Januar 2004 bis August 2006 wurden 1554 Personen (Geiser 2007) in basel-städtischem Polizeigewahrsam ausgenüchtert. Dies sind rund 580 Personen pro Jahr.

Die BW Kleinbasel stellt mit 46.6 % den grössten Anteil an Ausnüchterungen in der Zelle, gefolgt von BW City mit 33.3 % und BW West mit 20.1 %.

Zwischen 18 Uhr und 6 Uhr wurden 81 % der Klientel ausgenüchtert.

An Samstagen gibt es mehr AP in Polizeigewahrsam. In den Wintermonaten November bis Februar zeigt sich eine Verminderung der Ausnüchterungen. Eine Ausnahme bildet die Zeit des Jahreswechsels.

Visualisierungen zur Statistik befinden sich im Anhang B.

# 5 Aktuelles Vorgehen

## 5.1 Kanton Basel-Stadt

### 5.1.1 Kapo BS

Laut Dv (siehe Anhang C) sind die AP „bis zur Nüchternheit in Arrest zu setzen“. Ab welchem Alkoholisierungsgrad sie als problematisch, das heisst überwachungsbedürftig gelten, ist nicht geregelt. Die Dv erwähnt kurz, dass Abklärungen über Diabetes, Drogen- oder Alkoholmissbrauch gemacht werden müssen. Zudem ist „bei unklaren Symptomen oder Situationen“ immer die Sanität beizuziehen, sowie auch bei „ernstlichen Verletzungen“.

Im täglichen Ablauf werden alle AP, welche von der Polizei aufgegriffen werden, die nicht mehr stehen können, eine lallende Aussprache haben oder erbrechen, zwecks Ausnüchterung in den Arrest in Zellen der Polizei gebracht. Arrestiert wird, wer als selbst- oder fremdgefährdend betrachtet wird.

Ein Polizist entscheidet also, ob eine aufgegriffene Person in Ausnüchterungshaft oder durch die aufgebotene Sanität ins USB gebracht wird. Bei Ungewissheit wird in der Regel die Sanität beigezogen. Seit dem Todesfall, der den Ausgangspunkt dieser Arbeit darstellt, wird die Sanität tendenziell vermehrt gerufen.

Eine spezielle Ausnüchterungszelle gibt es in Basel-Stadt nicht. Zur Ausnüchterung werden die normalen, EMRK[3] konformen, Arrestzellen der Polizei genutzt. Es sind dies Einer- oder Zweierzellen, die mit ein oder zwei auf dem Boden liegenden Matratzen und mit einer Toilette ausgestattet sind. Die Toilette ist mit einem Betonwändchen als Sichtschutz abgetrennt. Die Zellen können, mit Ausnahme der Toilette und einem toten Winkel unmittelbar vor der Zellentüre, komplett videoüberwacht werden.

Die Polizei greift nicht nur AP auf, die sie selbst bei ihren Einsätzen antreffen. Bei Kapazitätsengpässen der Sanität, oder bei Personen, die sich weigern bei der Sanität mitzufahren, unterstützt die Polizei die Sanität. Um bei Bedarf AP auch gegen ihren Willen ins Spital einweisen zu können, muss ausser bei akut lebensbedrohlichen Notfällen zuvor eine fürsorgerische Freiheitsentziehung (FFE) vom kantonsärztlichen Dienst angeordnet werden.

Oft verhalten sich die AP renitent gegenüber den Uniformierten und akzeptieren deren Anweisungen nicht. Einsätze mit AP scheinen unter den Polizisten wenig beliebt zu sein, wie eigene Einsatzbe-

[3] Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten des Europarates

obachtungen vermuten liessen. Diese Vermutung wurde durch die schriftliche Umfrage beim Polizeikorps bestätigt (siehe Kapitel 6 und Anhang D).

AP binden grosse Ressourcen der Polizei, welche für andere Verpflichtungen nicht mehr zur Verfügung stehen (siehe Kapitel 4).

### 5.1.2 Sanität

Während eines Nachteinsatzes bei der Sanität Basel konnte die Autorin beobachten, dass die Rettungssanitäter AP, die nicht mehr gehen oder nicht mehr klar sprechen können, grundsätzlich in die NFS bringen. Falls jemand sich weigert mitzukommen oder Kapazitätsengpässe bestehen, wird die Polizei beigezogen.

Auch bei der Sanität sind die Einsätze wegen AP unbeliebt, binden sie doch Kapazitäten der Sanitäter, die für andere Patienten nicht mehr zur Verfügung stehen. „Nur um Betrunkene zu chauffieren hätte ich nicht eine dreijährige Ausbildung absolvieren müssen (…)“, so die Aussage eines Rettungssanitäters.

Laut Aussagen des stellvertretenden Abteilungsleiters der Rettung Basel-Stadt habe die Anzahl AP, die von der Sanität betreut werden mussten, seit seinem Amtsantritt (1988) stetig zugenommen. In den letzten zehn Jahren, besonders seit fünf Jahren, steige insbesondere die Anzahl der alkoholisierten weiblichen Jugendlichen stark an. Dies stehe mit dem Aufkommen von Alcopops auf dem Markt im Zusammenhang.

### 5.1.3 Notfallstation

In der NFS wird von jeder AP der Aethylalkoholspiegel im Blutserum bestimmt. Je nach Situation wird zusätzlich ein Drogenscreening im Blutserum, welches Opiate, Benzodiazepine, Trizyklische Antidepressiva und Amphetamine qualitativ erfasst, durchgeführt.

Falls Zeichen einer stumpfen Gewalteinwirkung oberhalb des Schlüsselbeines vorliegen, wird standardmässig ein cCT erstellt. Ein cCT wird auch bei inadäquatem, also nicht mit den Ergebnissen der Alkoholkonzentrationsmessung und dem Ergebnis des Drogenscreening übereinstimmenden Zustand, gemacht.

Die Zusammenarbeit zwischen Polizei und NFS sei vor allem bei Trinkgewohnten, das heisst trotz hohem Promille-Wert nicht schwer beeinträchtigten Personen, manchmal schwierig. Wenn eine zu dieser Gruppe gehörenden Person auf der NFS zu randalieren beginnt, wäre sie in der Ausnüchterungszelle einfacher zu kontrollieren, als im Spitalbetrieb. Jedoch ist eine Person mit einem sehr hohen Blutalkoholwert, nach Meinung des Leiters der NFS, im Spital besser medizinisch überwachbar.

Auch hier stellt sich ein Kapazitätsproblem, da diese Personen für längere Zeit eine Koje der NFS belegen.

### 5.1.4 Übersicht über den Ablauf in Basel

Fig. 1 zeigt den Ablauf auf, den eine AP durchläuft, bis sie versorgt ist. Wird sie von der Sanität erstversorgt, verläuft der Weg sehr geradlinig. Die AP wird direkt in die NFS gebracht und dort medizinisch abgeklärt und betreut. Wird sie jedoch von der Polizei aufgegriffen, so ist das weitere Vorgehen nicht exakt definiert. Je nach Einschätzung der Selbst- oder Fremdgefährdung und der Beurteilungssicherheit der Polizisten vor Ort, ist das Durchlaufen grösserer Umwege möglich. So kann es vorkommen, dass erst die Sanität zwecks Mitbeurteilung beigezogen wird, anschliessende Abklärungen im USB stattfinden und dann die AP wieder zurück zur Polizei in die Zelle geführt wird.

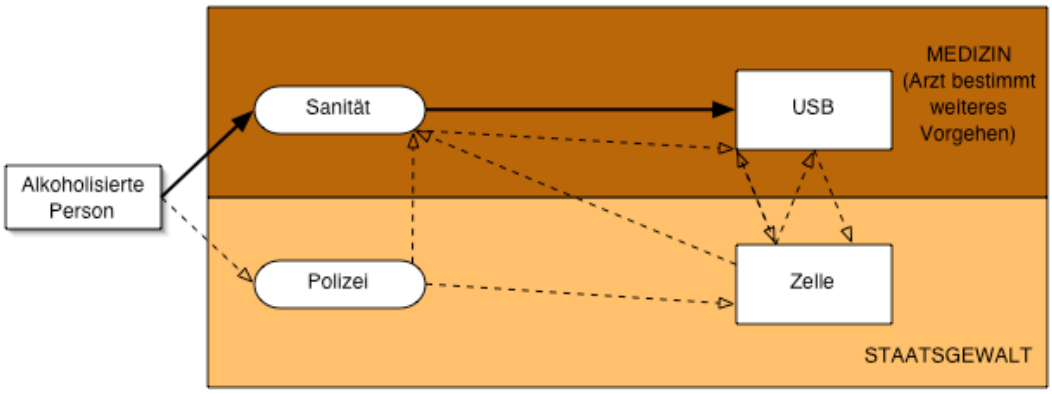



*Fig. 1:* ***Status quo des Ablaufs nach dem Auffinden alkoholisierter Personen.*** *Trifft eine AP zuerst auf die Polizei, besteht kein klares Ablaufschema. Findet der Erstkontakt mit der Sanität statt, so kommt es zu einem geradlinigeren Vorgehen.*

## 5.2 Andere Schweizer Polizeikorps

Der Dienstchef Intervention der Kapo BS verglich anhand von Dv und Weisungen bezüglich Ausnüchterungshaft das basel-städtische Vorgehen mit demjenigen anderer schweizerischer Polizeikorps. Die Stadtpolizei Zürich und die Kantonspolizei Basel-Landschaft pflegen beispielsweise ein Vorgehen analog zu demjenigen der Kapo BS. Die Genfer Kantonspolizei schreibt vor, dass AP spätestens vier Stunden nach Inhaftierung wieder entlassen werden müssen.

Eine etwas andere Situation findet sich in der Stadt Chur. Hier werden die von Sanität oder Polizei aufgegriffenen AP meist in die Notfallstation des Kantonsspitals Graubünden gebracht. Dort werden sie von einem Arzt untersucht und je nach Zustand nach Hause entlassen, im Spital auf dem Notfall oder auf der Station ausgenüchtert oder bei Bedarf, in die geschlossene Abteilung der Psychiatrischen

Klinik Waldhaus verlegt. Ausnahmen bilden der Polizei wohlbekannte AP, die ein gewohntes Verhalten zeigen und von den Polizisten in die Zelle zur Ausnüchterung mitgenommen werden.

## 5.3 Angrenzendes Ausland

Im deutschsprachigen Raum gibt es wenige Städte, die die Versorgung der AP in einem zum Basler Modell grundsätzlich unterschiedlichen Ansatz regeln.

Exemplarisch besprochen werden Hamburg und Stuttgart.

### 5.3.1 Hamburg

Als Grundlage für das folgende Unterkapitel dienen ein Artikel des Ärztlichen Leiters des Rettungsdienstes der Feuerwehr Hamburg (Kappus 2005) und mündliche Berichte von ihm und Mitarbeitern der Zentralambulanz für Betrunkene (ZAB) während eines direkten Kontakts in Hamburg.

Seit 1974 können in Hamburg hilflose, betrunkene Personen unter medizinischer Aufsicht in der ZAB ausgenüchtert werden. Da es Anfang der 1970er Jahre zu Todesfällen in den Arrestzellen der Polizeireviere kam, wurde ein neuartiges Ausnüchterungskonzept entwickelt und vom Landesbetrieb Krankenhäuser geführt.

Die Trägerschaft wurde 2003 von der Feuerwehr[4] übernommen, da das alte Modell den Krankenhäusern zu kostenintensiv wurde. Das Personal des Rettungsdienstes der Feuerwehr betreut und überwacht die AP.

Ziel der ZAB ist die zeitlich befristete, qualifizierte medizinische Überwachung der Ausnüchterung und damit die Reduzierung von lebensbedrohlichen Komplikationen bei den AP. Gleichzeitig sollen die Aufnahmestationen der Notfallversorgungskrankenhäuser und die Polizeireviere entlastet werden. Die ZAB ist jede Nacht von 19.00 bis 7.00 Uhr geöffnet.

In der ZAB können maximal 18 AP gleichzeitig betreut werden. Von den zwei Mitarbeitern vor Ort hat mindestens eine Person die Qualifikation eines Rettungsassistenten (2 Jahre Ausbildung) oder einer examinierten Pflegekraft, der zweite Mitarbeiter mindestens die Qualifikation eines Rettungssanitäters (250 Stunden Ausbildung).

Die AP dürfen der ZAB erst nach ärztlicher Untersuchung zugeführt werden. Seit der Neuorganisation im Jahre 2003 ist kein Arzt mehr vor Ort. So werden die AP vom Rettungsdienst oder der Polizei grundsätzlich zuerst in die Notfallaufnahme des nächstgelegenen Notfallversorgungskrankenhauses

gebracht. Dort wird die Person untersucht und wenn nötig medizinisch versorgt. Der behandelnde Arzt entscheidet, ob eine Ingewahrsamnahme und Ausnüchterung unter Aufsicht in der ZAB notwendig und möglich ist.

Die ZAB nimmt nur Personen im Alter von 16 bis 75 Jahren auf. Personen mit bekannten Stoffwechselerkrankungen, einem Herzschrittmacher, körperlicher oder geistiger Behinderung, sowie Personen mit Erkrankungen, die zu einer Bewusstseinsstörung oder Epilepsie führen könnten, werden von der ZAB nicht aufgenommen. Sie bleiben unter ärztlicher Aufsicht in der Klinik. Auch gesicherte oder vermutete Mischintoxikationen stellen ein Ausschlusskriterium für eine Aufnahme in die ZAB dar.

In der ZAB werden mindestens alle 20 Minuten die Vitalparameter (Bewusstsein, Atmung und Kreislauf) geprüft (vgl. Protokollformular ZAB, Anhang A). Bei stark bewusstseinsgetrübten Personen werden Herzfrequenz, EKG und Sauerstoffsättigung erfasst. Die Daten werden auf einen zentralen Überwachungsmonitor übertragen. Die Zellen sind videoüberwacht.

Vor der Entlassung werden Wachheit, Orientierung zur eigenen Person, zum Ort und zur Zeit, sowie Gangsicherheit und Koordinationsfähigkeit durch die Rettungsassistenten der ZAB geprüft. Ein Alkoholtest wird zu keiner Zeit durchgeführt. Bei Unsicherheiten wird ein Arzt zugezogen. Bei Schliessung der ZAB am Morgen werden die noch nicht ausreichend ausgenüchterten Personen ins einweisende Krankenhaus zurückverlegt.

Der Betrieb wird aus Steuergeldern finanziert. Seit Januar 2008 werden den Klienten die Kosten für den Aufenthalt pauschal (€ 290) in Rechnung gestellt. Abzuwarten gilt, ob das Inkasso dieser Beträge in der Praxis durchzuführen ist, da viele Ausgenüchterte finanziell schlecht gestellte Sozialhilfebezüger sind.

Laut Angaben der ZAB-Mitarbeiter, werden die AP von manchen Klinikern nur ungern zur Ausnüchterung aufgenommen oder aber, sie drängen auf einen möglichst schnellen Austritt.

Gemäss Mitarbeitern stieg die Zahl der Klienten, die der ZAB während der Fussball-Weltmeisterschaften 2006 (WM) und den damit verbundenen Feierlichkeiten und dem riesigen Fanauflauf zugeführt wurden, nicht an. Im Vergleich mit den Daten aus dem Jahre 2005 gab es während der WM sogar eine Abnahme der Anzahl der Ausnüchterungen (exakte Zahlen der ZAB während der WM: siehe Anhang E.) Es gilt zu beachten, dass im entsprechenden Zeitraum 2005 die Grossveranstaltung „Schlagermove“ stattfand. 2005 wurden im Durchschnitt 3.3 Personen pro Nacht ausgenüchtert, während der WM lediglich 2.7. Der Jahresdurchschnitt lag 2006 bei 1.9 Personen. In den Sommermonaten liegt die Zahl jedoch immer höher.

---

[4] In Hamburg ist die Feuerwehr generell für den Sanitätsdienst zuständig

### 5.3.2 Stuttgart

Seit 2001 werden Menschen, die nach Alkohol- oder Drogenmissbrauch hilflos aufgegriffen werden, in die Zentrale Ausnüchterungseinheit (ZAE) des Polizeipräsidiums Stuttgart eingewiesen und unter ärztlicher Aufsicht ausgenüchtert (Polizeipräsidium Stuttgart 2007; Lisson 2003).

Die ZAE bietet Platz für 15 Personen. Die Zellen sind videoüberwacht und mit Gegensprechanlagen versehen.

Ein Arzt und Pflegepersonal leisten zusammen mit den Polizeibeamten Dienst. Die Beamten sind für den allgemeinen Dienstbetrieb in der ZAE, die Aufnahme und Entlassung der AP, sowie das Rechtliche zuständig. Arzt und Pfleger garantieren jede Nacht von 19.00 Uhr bis 7.00 Uhr die medizinische Betreuung hilfloser Personen. Das medizinische Personal kann allfällige Komplikationen und kritische Veränderungen rechtzeitig erkennen und mit der medizinischen Versorgung beginnen. Es entscheidet über Haft- und Entlassungsfähigkeit, kontrolliert regelmässig die Vitalfunktionen, überwacht die Personen ständig am Monitor, leistet Notfallversorgung bei Verletzungen oder Komplikationen und entnimmt die polizeilich angeordneten Blutproben.

## 5.4 Todesfälle

In Hamburg und Stuttgart wurde eine Neuerung im Umgang mit AP beschlossen, nachdem Todesfälle auftraten. Dies ist auch in Basel der Anlass für eine Neubeurteilung.

In Hamburg kam es Anfangs der 70er-Jahre zu mehreren Todesfällen in den Arrestzellen der Polizei, worauf die ZAB gegründet wurde. Seit der Gründung wurden die Todesfälle sehr selten (genaue Zahlen konnten nicht übermittelt werden).

In Stuttgart starben zwischen 1986 und 1999 14 Menschen in Polizeigewahrsam im Zusammenhang mit Alkoholkonsum. Die Reaktion darauf war die Errichtung der ZAE, eine Ausnüchterungseinheit im Polizeigewahrsam mit medizinischer Betreuung.

In Chur ist bis anhin kein Todesfall in Polizeigewahrsam bekannt.

## 5.5 Zusammenfassung der verschiedenen Systeme

Die erwähnten Konzepte sind schwerpunktmässig folgendermassen aufgebaut:

- In Basel bringt die Sanität die AP direkt in die Notfallstation eines Spitals, die Polizei bringt sie in der Regel in ihre Zellen. Die Polizei nüchtert also nur Personen aus, die von einer Polizei-Patrouille aufgegriffen worden sind.
- In Stuttgart kommen *alle* AP in die ZAE.
- In Hamburg werden zuerst alle AP ins Spital gebracht. Ein ausgewähltes Kollektiv davon findet den Weg in die ZAB.
- In Chur erfolgt die Erstbeurteilung im Spital.

Die Tabelle 2 zeigt eine Übersicht der Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Konzepte der Ausnüchterung der drei Städte Hamburg, Stuttgart und Basel.

*Tab. 2:* ***Verschiedene "Ausnüchterungsmodelle" im Vergleich.***

| | **Hamburg (ZAB)** | **Stuttgart (ZAE)** | **Basel (bei Polizei)** |
|---|---|---|---|
| **Träger** | Feuerwehr | Polizei | Polizei |
| **Arzt vor Ort** | – | ✓ | – |
| **Ärztliche Konsultation** | Vor jeder Einweisung | Bei jeder Einweisung | Nach Zwischenfall |
| | Im Spital | Vor Ort | Im Spital |
| **Pflegepersonal vor Ort** | ✓ | ✓ | – |
| **Personal** | 2 Rettungsassistenten | Arzt, Pflegepersonen, Polizisten | Polizisten |
| **Sanitätsbeizug** | ✓ | – | Bei Unsicherheit |
| **Plätze** | 18 | 15 (in 8 Zellen) | Keine offizielle Ausnüchterungszelle, nur Arrestzellen (für insgesamt 40 Personen*) |
| **Einführung des aktuellen Modells** | 1974, Neustrukturierung im 2003 | 2001 | |

| | **Hamburg (ZAB)** | **Stuttgart (ZAE)** | **Basel (bei Polizei)** |
|---|---|---|---|
| **(Dauer)Überwachung** | Alle 20 min persönlich, Monitor, ev. portables EKG und $O_2$-Sättigung | Via Monitor | Via Monitor |
| **Todesfälle** | Seit 2003 keine<br>14 (zwischen 1986 und 1999) | 14 (während der letzten 15 Jahre, vor der ZAE-Gründung), „mehrere Todesfälle“ Anfang der 70erJahre | 1 |
| **Ausnüchterungen/Jahr** | 690 (2006) | 3959 (2003) | 521 (2005) |
| **Spezielle Ausnüchte-rungszellen** | ✓ | ✓ | – |
| **Kosten / Jahr** | € 450’000 | € 300’000 | Teil des Polizeibetriebs, nicht speziell ausgewie-sen |
| **Kostenträger** | Steuergelder / Betroffe-ner bezahlt € 290 pro Aufenthalt | | Betroffener (wird ver-zeigt) |

✓ Aussage trifft zu – Aussage trifft nicht zu

*BW West, BW City, BW Kleinbasel je 4 Zellen; Riehen 2 Zellen

# 6 Resultate der Datenerhebung mittels Fragebogen

Um die Meinung der Korpsangehörigen der Kapo BS zur Problematik des Umgangs mit AP zu erfassen, wurden im April 2007 im Rahmen der vorliegenden Arbeit Basler Kantonspolizisten befragt. Das Ziel der Erhebung war, in Erfahrung zu bringen, ob Unsicherheiten oder Probleme bestehen.

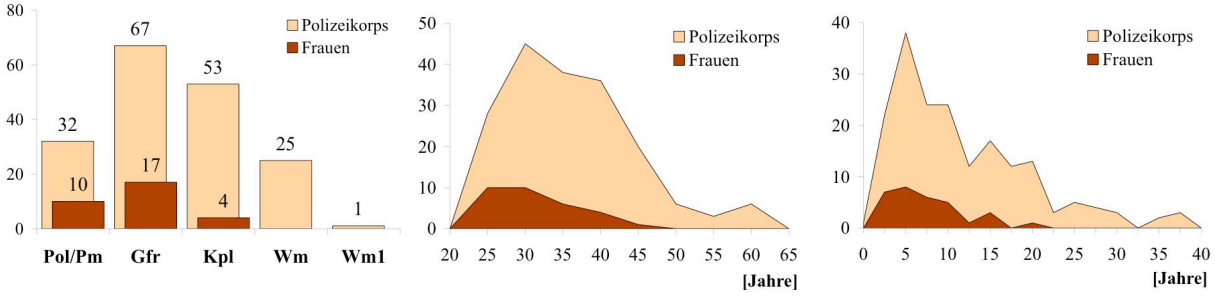
## 6.1 Teilnehmer

Alle 184 Polizisten, die zur Teilnahme eingeladen wurden gaben den Bogen ausgefüllt zurück. Dies ergibt bei einer Rücklaufquote von 100 % einen detaillierten Überblick über die Meinungen von 47.8 % derjenigen Polizisten des gesamten Korps, die in ihrer täglichen Arbeit mit AP in Kontakt kommen. Vier Fragebogen wurden nicht ausgewertet, da sie ungenügende Angaben zur eigenen Person enthielten. (Detaillierte Resultate: siehe Anhang D.2)

Die Fragebogen von 147 Männern und 31 Frauen, sowie von 2 Personen, die ihr Geschlecht nicht angegeben hatten, wurden ausgewertet (siehe Fig. 2). Die befragten Polizisten waren zwischen 23 und 60 Jahre alt, der Schnitt lag bei 37.9 Jahren. Das zweite und dritte Quartil lag zwischen 29 und 40 Jahren (Fig. 2b).

Die Frauen stellen 17.4 % des gesamten Korps und sind vor allem unter den jüngeren, dienstgradmässig niederrangigen Vertretern anzutreffen.

Durchschnittlich hatten die Teilnehmer 11.5 DJ geleistet und waren zwischen 2 und 38 Jahren bei der Polizei (Fig. 2c). Die Verteilung der DG ist aus Fig. 2a ersichtlich.




*a) Verteilung nach DG* *b) Verteilung nach Alter* *c) Verteilung nach DJ*

*Fig. 2:* ***Zusammensetzung des an der Befragung teilnehmenden Polizeikorps.***

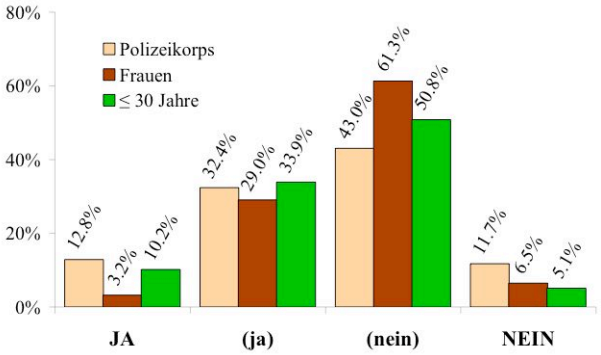



*Fig. 3:* ***Problemlosigkeit des aktuellen Verfahrens mit AP.*** *Die Mehrheit des Korps hält die Aussage, dass das aktuelle Verfahren mit AP problemlos sei, für unzutreffend („NEIN“) oder eher unzutreffend („(nein)“). Bei den Frauen fällt die uneingeschränkte Bejahung („JA“) bzw. die bedingte Zustimmung („(ja)“) unterdurchschnittlich aus.*

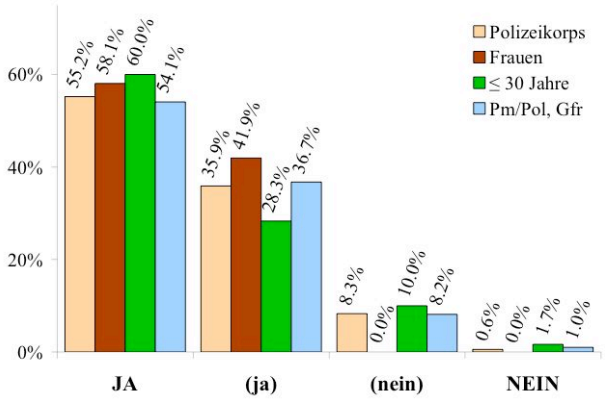
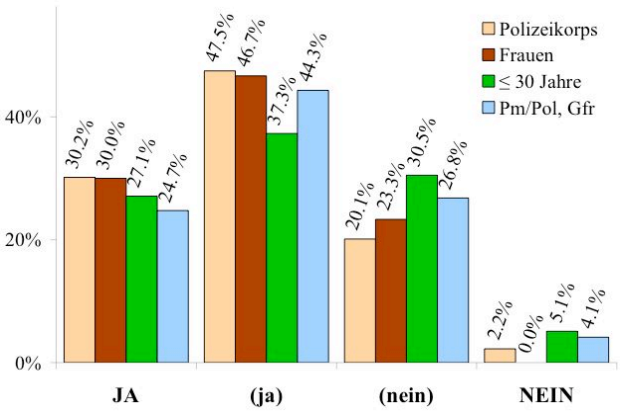



*Fig. 4:* ***Klarheit über Entlassung.*** *Die überwiegende Mehrheit der Befragten bejaht die Frage, ob klar sei, wann eine AP aus der Zelle entlassen werden darf. Die Frauen sind sich sicherer als der Durchschnitt des Korps.*

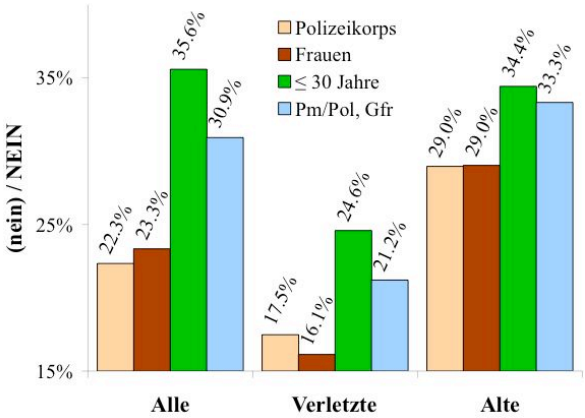
## 6.2 Strukturierte Fragen

Für gut die Hälfte (54.8 %) der Polizisten ist das aktuelle Verfahren mit AP problematisch (siehe Fig. 3).

Eine beträchtliche Minderheit von 22.8 % ist unsicher, in welchen Fällen sie AP in die Ausnüchterungszelle mitnehmen sollen (s. Fig. 5a). Bei der Beurteilung von Verletzten sind die Korpsangehörigen sicherer (17.2 % sind unsicher), bei Alten unsicherer (28.9 % sind unsicher) (s. Fig. 5b).

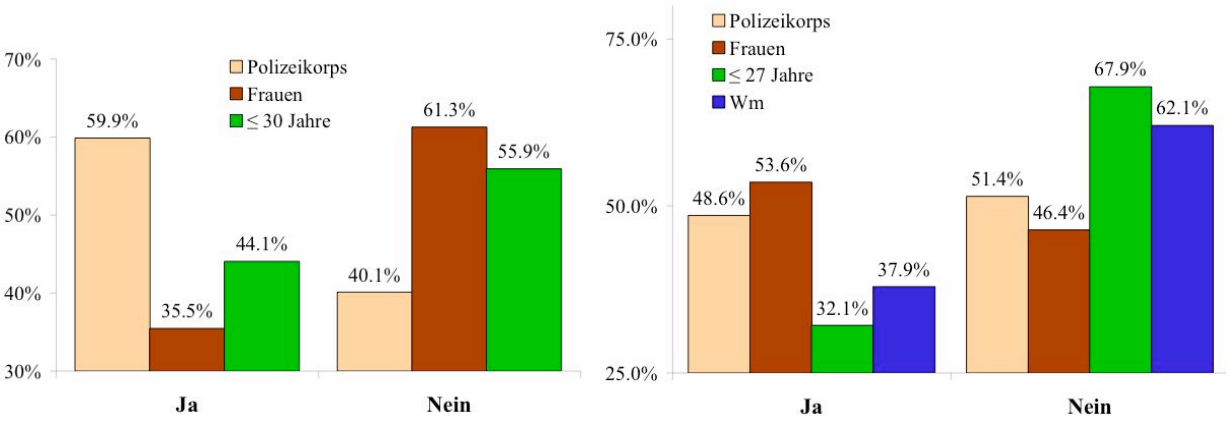



*a) generell*




*b) Verletzte oder alte Personen*

*Fig. 5:* ***Klarheit über Mitnahme in Zelle.*** *Für rund 78 % des Korps ist klar oder eher klar, in welchen Fällen sie AP zwecks Ausnüchterung mitnehmen sollen (a). Verglichen mit diesem allgemeinen Fall, verneint ein kleinerer Anteil Mühe bei der Bestimmung des weiteren Vorgehens beim Aufgreifen verletzter AP (b). Dagegen bekunden die Basler Kantonspolizisten zusätzliche Schwierigkeiten, beim Umgang mit alten AP. Generell haben die Rangniedrigeren und Jungen mehr Mühe.*




*a) Genügen der Dv* *b) Benötigen zusätzlicher Hilfsmittel*

*Fig. 6:* ***Dv und Hilfsmittel.*** *40 % des Korps genügt die aktuelle Dv nicht, dies sind vor allem Frauen und jüngere Mitglieder (a). Fast die Hälfte des Korps findet, dass es zusätzliche Hilfsmittel zur Beurteilung von AP brauche. Das Anliegen ist vor allem unter den Frauen populär. Die Allerjüngsten (≤ 27 Jahre) – nicht aber die Jungen (≤ 30 Jahre) – finden die zusätzlichen Hilfsmittel eher unnötig, genauso wie die Wm und Wm1 (Wm).*

Für die Mehrheit der Polizisten (91.6 %) bestehen keine Entscheidungsschwierigkeiten, wann jemand aus der Zelle entlassen werden darf (s. Fig. 4). Jeder neunte junge und jeder elfte niederrangige Polizist (Pm/Pol oder Gfr) ist bei der Frage des richtigen Zeitpunkts der Entlassung im Ungewissen.

Bei der Frage, ob die Dv für den Umgang mit AP genügt, zeigte das Korps keine eindeutige Präferenz. 40.5 % der Befragten wünschten sich Änderungen, beispielsweise konkretere Angaben zu gefährlichen Promille-Werten oder eine Aktualisierung bezüglich der heutigen Verfügbarkeit alkoholischer Getränke (s. Fig. 6a und Anhang D.3).

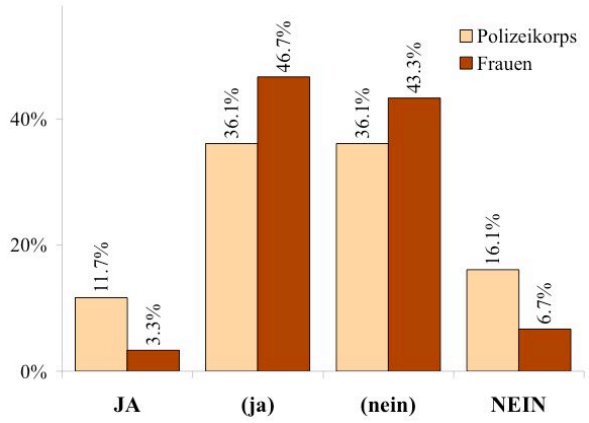



*Fig. 7:* ***Unsicherheit bei Entscheid zwischen Zelle und Spital.*** *48 % des Korps fühlt sich unsicher beim Entscheid, ob eine AP in eine Zelle oder den Spital gehört.*

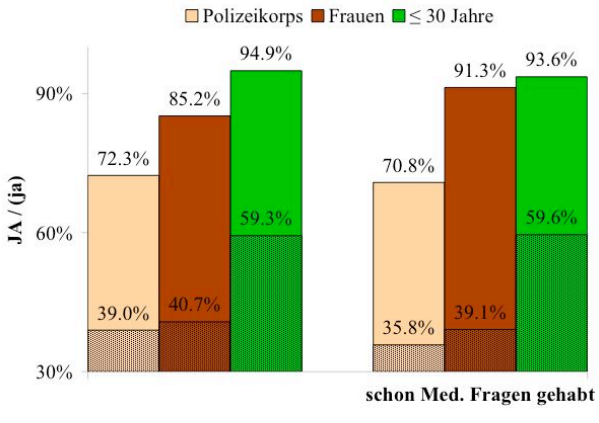
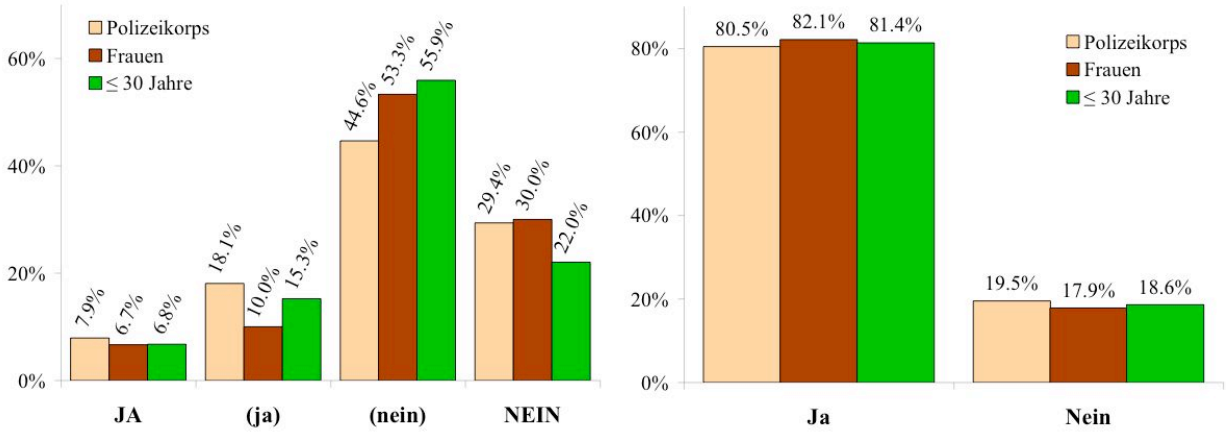



*Fig. 8:* ***Um Rat fragen der Älteren bei Unsicherheit.*** *Vor allem Junge und Frauen fragen bei Unsicherheiten ältere Kollegen um Rat (Diagramm links; uneingeschränkte Bejahung schraffiert). Z.T. niedriger liegen die Werte (rechts) für denjenigen Anteil des Korps, der schon mit dem Gefühl, dass bei einer Person in der Ausnüchterungszelle ein medizinisches Problem auftreten könnte, konfrontiert war!*




*a) Problemlosigkeit der Überwachung* *b) gehabte Befürchtungen über medizinische Probleme*

*Fig. 9:* ***Überwachung der Arrestanten.*** *Nur ein gutes Viertel des Korps empfindet die Überwachung der AP als problemlos oder eher problemlos, wobei dieser Anteil bei den Frauen schwächer ausgeprägt ist (a). Dies kann nicht mit deren Jugendlichkeit erklärt werden. Dass die aktuelle Situation nicht Problemlos ist, illustriert auch die Figur (b); gut 80 % hatten schon das Gefühl, dass bei der Überwachung einer AP ein medizinisches Problem auftauchen könnte. Hier machten die Frauen und Jungen die gleichen Erfahrungen.*

Rund die Hälfte (48.6 %) der Polizisten bekunden Mühe beim Entscheid, ob eine AP in eine Zelle oder ins Spital gebracht werden soll (s. Fig. 7).

Über den Bedarf an zusätzlichen Hilfsmitteln zur Beurteilung einer AP halten sich die zustimmenden und ablehnenden Meinungsäusserungen die Waage. 48.8 % verfügten gerne über solche Hilfsmittel (s. Fig. 6b).

74.2% der Befragten beurteilen die Überwachung von AP in der Ausnüchterungszelle als problematisch (s. Fig. 9a). Vier von fünf Befragten (80.3 %) gaben an schon mindestens einmal befürchtet zu haben, dass bei einer Person in der Ausnüchterungszelle ein medizinisches Problem auftreten könnte (s. Fig. 9b).

Eine Mehrheit von 72.4 % der Studienteilnehmer bittet bei Unsicherheiten ältere Kollegen um Rat (s. Fig. 8).

### 6.2.1 Geschlecht

Den befragten Männern genügt die aktuelle Dv im Gegensatz zu den Frauen eher [p = 0.0057].

Männliche Polizisten fühlen sich sicherer in der Beurteilung alter Menschen. Wenige Polizisten machten jedoch geltend, die Beurteilung von alten Menschen für ein grosses Problem zu halten, was auf keine der weiblichen Korpsangehörigen zutrifft.

Polizistinnen fragen ältere Kollegen häufiger um Rat, als ihre männlichen Kollegen dies tun [p = 0.04].

Frauen wählten bei den Antworten oft die mittleren Antwortkategorien (eingeschränkte Bejahung oder Verneinung einer Frage); Männer antworteten eindeutiger und entschieden sich häufiger für „trifft völlig zu“ oder „trifft überhaupt nicht zu“.

### 6.2.2 Alter

Junge fragen häufiger ältere Kollegen um Rat, als dies Polizisten der mittlere Altersgruppe tun [$p < 0.0001$].

Die mittlere Altersgruppe ist bei der Entscheidung, ob eine AP in die Zelle mitgenommen wird oder nicht, am unsichersten. Die Ältesten sind sich am sichersten. [$p = 0.054$].

### 6.2.3 Dienstjahre

Die Personen in der mittleren DJ-Klasse fühlen sich sicher in der Entscheidung ob eine AP in die Zelle mitgenommen wird oder nicht, die Dienstjüngsten am unsichersten [$p = 0.014$].

Die Dienstjüngsten fragen bei Unsicherheit immer ältere Kollegen um Rat. Mit zunehmendem Dienstalter wird weniger nachgefragt [$p < 0.001$].

### 6.2.4 Dienstgrade

Polizisten mit den niedrigsten DG fällt die Entscheidung schwerer als ranghöheren Kollegen, ob jemand in die Zelle mitgenommen werden soll oder nicht [$p = 0.0095$].

Ranghöhere fragen ältere Kollegen weniger um Rat als Rangniedrigere [$p < 0.0001$].

## 6.3 Kommentare involvierter Polizisten

Die Befragten Polizisten notierten viele Anmerkungen. Mehrere brachten zum Ausdruck, dass sie so oft als möglich die Sanität beiziehen oder die AP direkt ins Spital bringen möchten. Erwähnt wurden auch personelle Engpässe und Schwierigkeiten bei der Überwachung (Monitor). Es wurden Wünsche hinsichtlich einer Betreuung der Auszunüchternden durch medizinisch geschultes Personal geäussert.

Eine vollständige Auflistung dieser Kommentare ist im Anhang D.3 zu finden.

# 7 Diskussion und Interpretation

## 7.1 Kurzkasuistik

Beim „Todesfall Basel“ (siehe Kapitel 1) – ein scheinbar alkoholisierter Mann verstarb im Spital an einem SHT, rund sechs Tage nach dem Aufgriff durch die Polizei mit anschliessender neunstündiger Ausnüchterung – gab es in Polizeiobhut eine Überwachungslücke von knapp sechs Stunden. Während dieser Lücke und in den nachfolgenden Stunden hätte durch eine in kurzen Intervallen durchgeführte qualitativ bessere Überwachung die prekäre gesundheitliche Situation des mutmasslich Betrunkenen entdeckt werden und so eine Spitaleinweisung schneller erfolgen können. Dies hätte unter Umständen den fatalen Verlauf verhindern können.

Daraus lässt sich die Notwendigkeit regelmässiger und vollständig dokumentierter Kontrollen der AP ableiten, unabhängig davon, wo die Überwachung stattfindet. Den diensthabenden Polizisten ist es im vorliegenden Fall nicht gelungen eine Person mit durch Alkoholkonsum verschleierter, körperlicher Erkrankung richtig zu beurteilen. Darin zeigt sich der Bedarf nach einem neuen Verfahren, das kritische AP zwingend medizinischem Fachpersonal zur Begutachtung zuführt.

## 7.2 Literatur

Die Studie aus Bristol (Norfolk 1998) schlägt vor, Polizisten in medizinischer Überwachung von AP zu schulen, dies zum Beispiel anhand des GCS.

Um die GCS-Beurteilung richtig zu beherrschen, bedarf es der Übung und Erfahrung und somit einer intensiven Schulung. Da Polizisten im allgemeinen nur über marginale medizinische Kenntnisse verfügen, wäre intensive Ausbildungsarbeit notwendig, um die grosse Verantwortung der medizinischen Triage übernehmen könnten.

Wegen der hohen zeit- und ortsnahen Verfügbarkeit medizinischer Versorgung drängt sich die medizinische Schulung der Polizisten für Basel nicht auf, nicht zuletzt, da das Verhältnis von Kosten und Nutzen ungünstig erscheint.

## 7.3 Interpretation der „Ausnüchterungsdaten“ der Kapo BS

Die Daten zeigen auf, dass die Ausnüchterungszahlen der verschiedenen Basler Polizeiwachen mit den Bevölkerungsstrukturen der Quartiere (Moll 2006) sowie dem Sozial- und Freizeitverhalten der Basler Bevölkerung zusammenhängen (vgl. Bevölkerungsstatistik im Anhang E).

Die BW Kleinbasel weist die höchste Ausnüchterungsrate auf. Zudem steigen hier die Ausnüchterungszahlen für die Zeit des gesamten Wochenendes an.

Am Samstag ist die Belegung durch AP in der BW City eineinhalbmal bis doppelt so hoch, wie an den anderen Tagen. Das Basler „Nachtleben“ liegt zu grossen Teilen im Einzugsgebiet der BW City.

In der BW West bleiben die Ausnüchterungen bis auf eine Verminderung am Freitag stabiler. Diese Verminderung dürfte mit dem vermehrten Aufenthalt der Bewohner im City-Gebiet zusammenhängen.

Aufgrund der Erhebungen erachtet die Autorin eine personelle Verstärkung – vorrangig samstags auf der BW City und der BW Kleinbasel und während der ganzen Woche nachts, zwischen 18.00 bis 6.00 Uhr, auf allen BWs – als wünschenswert. Diese Mitarbeiter sollten im Umgang mit AP besonders geschult sein.

## 7.4 Vergleich der verschiedenen „Ausnüchterungs-Modelle“

Die drei Modelle (Hamburg, Stuttgart, Basel) sind, anders als Tabelle 1 möglicherweise suggeriert, nicht ohne weiteres direkt miteinander vergleichbar.

Der grosse Unterschied in den Ausnüchterungszahlen ist erklärbar. Da die ZAE in Stuttgart von Polizei und Gesundheitswesen gemeinsam geführt wird, bringen die Polizei und die Sanität alle AP an den gleichen Ort. In Stuttgart sind also praktisch alle auszunüchternden Personen in der ZAE vorzufinden. Die Stuttgarter Spitäler unterstützen dieses Konzept. Aus ihrer Sicht ist es besonders wichtig, dass Ärzte vor Ort sind.

Anders in Hamburg, hier müssen alle AP zuerst für eine Eintrittsuntersuchung ins Spital und werden erst danach in die ZAB eingewiesen. Seit der Übernahme der ZAB durch die Feuerwehr und der damit fehlenden ärztlichen Betreuung vor Ort, leiten die Ärzte der Notfallstationen nur stabile AP weiter, bei denen nicht alkoholbedingte Störungen weitgehend ausgeschlossen werden konnten. Als der Landesbetrieb Krankenhäuser noch die Leitung innehatte, wurden etwa doppelt so viele Personen der ZAB zugewiesen. Damals gab es auch Direktzuweisungen aus sozialer Indikation, welche heute nicht mehr möglich sind. Zudem ist die Polizei organisatorisch nicht direkt in die ZAB eingebunden, so steht es ihr frei, wohin sie „ihre“ AP bringt. Zwecks besserer Auslastung der Notfallstationen nüchtern manche Krankenhäuser ihre Patienten wieder vermehrt selber aus.

In Basel bringt die Sanität alle Auszunüchternden ins Spital, die Polizei das Gros der AP in die eigenen Arrestzellen.

## 7.5 Eigene Daten

Anhand der Antworten der Angehörigen des Korps der Kapo BS auf die strukturierten Fragen lässt sich zusammenfassend feststellen, dass die Polizisten mit dem aktuellen Verfahren im Grossen und Ganzen zufrieden sind und sich im angesprochenen Kontext zumeist sicher fühlen. Dennoch gaben 23 % der Befragten an, sich nicht sicher zu fühlen, unter welchen Umständen sie jemanden aufnehmen oder entlassen können. AP mit Verletzungen oder hohen Alters erschweren die Arbeit der Polizisten nicht wesentlich. Das Alter scheint nur eine geringe Zusatzproblematik darzustellen, (sichtbar) Verletzte zu beurteilen wird gar als einfacher empfunden, vermutlich, weil diese AP ohnehin auf die NFS gebracht werden müssen.

Die von den Polizisten geäusserten zusätzlichen Kommentare decken sich nicht vollumfänglich mit den Antworten auf die strukturierten Fragen. In vielen Einzelkommentaren offenbaren die befragten Polizisten Unsicherheiten über ihre Beurteilungen von AP und ihre Entscheidungen in der Frage, ob diese in der Zelle verbleiben können oder in ein Spital gebracht werden müssen.

Viele Polizisten hatten schon dass Gefühl, dass ein medizinisches Problem auftreten könnte, weswegen sie dann auch gerne ältere Kollegen um Rat fragen. 15 % der Männer jedoch fragen ältere Kollegen gemäss den Erhebungen nie um Rat. Dies ist mutmasslich durch die Altersverteilung des Korps zu erklären. Die ältesten Polizisten sind Männer. Sie werden eher gefragt, während sie selber oft keine älteren Kollegen mehr haben, die sie anfragen könnten. Die Frauen hingegen sind mehrheitlich jung und haben allesamt ältere Kollegen, die sie zu Rate ziehen können.

Das Korps hat keine einheitliche Meinung bezüglich des aktuellen Ausnüchterungsverfahrens, der Praktikabilität der Dv und der Hilfsmittel. Etwa die Hälfte findet die Ist-Situation in Ordnung, die andere nicht. Änderungswünsche werden vom gesamten Korps geäussert. Die Forderung nach einer Aktualisierung der Dv ist weit verbreitet. Auch wünschen die Polizisten mehr Unterstützung, sei es durch mehr Personal, oder durch zusätzliche Anleitungen und Schulungen. Im Gegensatz zu allen anderen geäusserten Änderungswünschen sind es hinsichtlich der bestehenden Dv signifikant mehr Frauen, die sich Veränderungen erhoffen.

Insbesondere in der Zeit zwischen der Aufnahme und der Entlassung der AP wünschen sich die Polizisten eine Verbesserung. Eine Dreiviertelmehrheit beurteilt die Überwachung als Problem, was Veränderungsbedarf aufzeigt. Die rein technischen Aspekte des Problems könnten vergleichsweise kostengünstig gelöst werden, zum Beispiel durch die Installation zusätzlicher Kameras. Dies würde je-

doch am Grundproblem, der sicheren Einschätzung der AP während der Überwachung nichts ändern, da die Schwierigkeiten des Erkennens von gesundheitlichen Verschlechterungen der Auszunüchternden keine rein technische Angelegenheit darstellt.

Zur Lösung dieses Grundproblems drängt sich eine nachhaltige Kooperation zwischen Polizei, Sanität und der NFS auf. Es müssen definierte Abläufe geschaffen, sowie die Zuständigkeiten der beteiligten Institutionen festgelegt werden. Voraussetzung ist ein hohes Mass an Problembewusstsein und Verständnis für die sachlichen Schwierigkeiten der Kooperationspartner.

Durch eine Zusammenarbeit nach einheitlichem Schema könnten sicherere Abläufe entstehen. Zudem würde das Verfahren effizienter, nicht zuletzt, weil sich die beteiligten Institutionen die unbeliebten AP nicht gegenseitig zuschieben können.

Im nachfolgenden Kapitel wird ein Ablaufschema vorgestellt, welchem alle involvierten Institutionen zugestimmt haben. Als Basis dienten die Studien zur vorliegenden Arbeit.

# 8 Empfehlungen für ein revidiertes Verfahren

Die Hauptaufgabe einer Ausnüchterung in Polizeigewahrsam besteht im Schutz der AP und ihres Umfeldes, also in der Verhinderung einer Selbst- oder Fremdgefährdung. AP können aufgrund ihres unkontrollierten Verhaltens zu einem erheblichen Störfaktor werden, weswegen es nachvollziehbar ist, dass weder Polizei noch Ärzteschaft ein grosses Interesse haben, diesen Personenkreis in Obhut zu nehmen. Sobald die Polizei avisiert wird, meistens weil eine AP aufgrund des Verhaltens für ihre Umgebung untragbar geworden ist, steht sie in der Pflicht und muss für die Sicherheit der Öffentlichkeit und des betroffenen Betrunkenen sorgen.

Während der Ausnüchterung von Personen, die neben der Alkoholisierung unter zusätzlichen gesundheitlichen Problemen leiden oder sehr hohe Alkoholwerte aufweisen, können lebensbedrohende Zustände auftreten. Die Ausnüchterung dieser gefährdeten Personen ist bis zur Abwendung eines fatalen Verlaufs zwingend eine medizinische Aufgabe.

Da es die Kapazitäten des NFS sprengen würde, wenn alle AP vor Ort von einem Arzt beurteilt oder ausgenüchtert werden müssten, muss bereits die Polizei eine gewisse Triage vornehmen.

Routine und Erfahrung sind bei der Triage von AP von Bedeutung. Sie können zu einer sichereren Einschätzung der Lage verhelfen, aber auch zur Verkennung von Extremsituationen beitragen. Zur besseren Qualität der Triage sind die gegenseitige Unterstützung der Beurteilenden und ein gutes Vertrauensverhältnis untereinander wichtig, genauso, wie die Möglichkeiten zum kritischen Erfahrungsaustausch und zur konstruktiven Kritik. Als Hauptmerkmal eines qualitativ gesteigerten Beurteilungsprozederes für AP bei der Polizei ist, nach Ansicht der Autorin, jedoch die Medizinalisierung problematischer AP unumgänglich.

Für eine erste Triage stünde den diensthabenden Polizisten mit dem Atemalkoholtest ein geeignetes, einfaches und im Polizeieinsatz bestens bekanntes und erprobtes Mittel zur Erstbeurteilung von AP zur Verfügung. Der Test müsste nach 20 Minuten ein zweites Mal durchgeführt werden, damit die Gefährdung von Personen, die sich in der Anflutungsphase befinden, nicht unterschätzt wird. Mit Hilfe solcher Tests kann einerseits entschieden werden, ob und in welchem Ausmass die betroffene Person alkoholisiert ist und andererseits, ob ein anderes Problem als Ursache für die Verhaltensauffälligkeit in Betracht gezogen werden muss, dies beim Vorliegen einer Diskrepanz[5] von Eintrübung und ermitteltem Promille-Wert.

[5] Z.B. bei Medikamenten- oder Betäubungsmittelintoxikation, Stoffwechselerkrankung, psychiatrischer Störung

Beim neu erarbeiteten Ablaufschema wird bei jeder von der Polizei aufgegriffenen alkoholisierten, oder als alkoholisiert eingeschätzten, erwachsenen Person als Erstes – wie oben beschrieben – ein Atemalkoholtest durchgeführt. Wird ein Promille-Wert oberhalb eines Grenzwertes festgestellt, so wird die betroffene AP hospitalisiert. Ebenfalls auf die NFS gebracht werden Personen, bei denen neben der Alkoholisierung (unabhängig vom Promille-Wert) mindestens einer der folgenden Faktoren festgestellt wird: Status nach Sturz[6], Kollision im Verkehr, relevanter körperlicher Auseinandersetzung, sowie auffälliges Verhalten.

Auch wohlbekannte AP, die ein unübliches Verhalten zeigen, Personen, bei denen eine Diskrepanz von Bewusstseinslage und ermitteltem Promille-Wert vorliegt, unkooperative oder solche, bei denen die Polizei den Atemalkoholtest anderweitig nicht durchführen kann, müssen auf der NFS medizinisch abgeklärt werden, da sie von Laien nicht genügend gut einschätzbar sind.

Alle übrigen AP werden in einer Zelle der Kapo BS ausgenüchtert und dort durch stündliche Kontrollen überwacht. Bei einer im Verlauf auftretenden Verschlechterung des Allgemeinzustandes oder stärkeren Eintrübung, werden sie auf die NFS gebracht.

Eine von der Polizei auf die NFS gebrachte, dort von einem Arzt als unkritisch beurteilte AP, wird zur Ausnüchterung zurück zur Polizei verlegt.

Das Ablaufschema bei Kindern (< 16 Jahre) gestaltet sich analog zu demjenigen für die erwachsenen AP. Im Unterschied zu diesen, werden die Kinder auf die Notfallstation des Universitätskinderspitals beider Basel gebracht oder in unkritischen Fällen den Eltern respektive dem Vormund übergeben (allenfalls mit Benachrichtigung des Sozialdienstes), anstatt sie in einer Polizeizelle auszunüchtern.

Der Promille-Grenzwert der eine Einweisung auf eine Notfallstation nach sich zieht, wurde gemeinsam von allen beteiligten Institutionen festgelegt. Für Erwachsene gilt ein Wert von 2.5 ‰, bei Kindern ein solcher von 1.0 ‰. Für Kinder über 12 Jahren, die sich adäquat verhalten und bei denen keine Hinweise auf eine Einnahme von Medikamenten oder Drogen besteht, wird der Grenzwert auf 1.5 ‰ erhöht.

Nachfolgend sind in den Figuren 10 und 11 die neu erarbeiteten Ablaufschemata für Erwachsene und Kinder visualisiert.

[6] Erhöhtes Risiko eines SHT oder innerer Organverletzungen

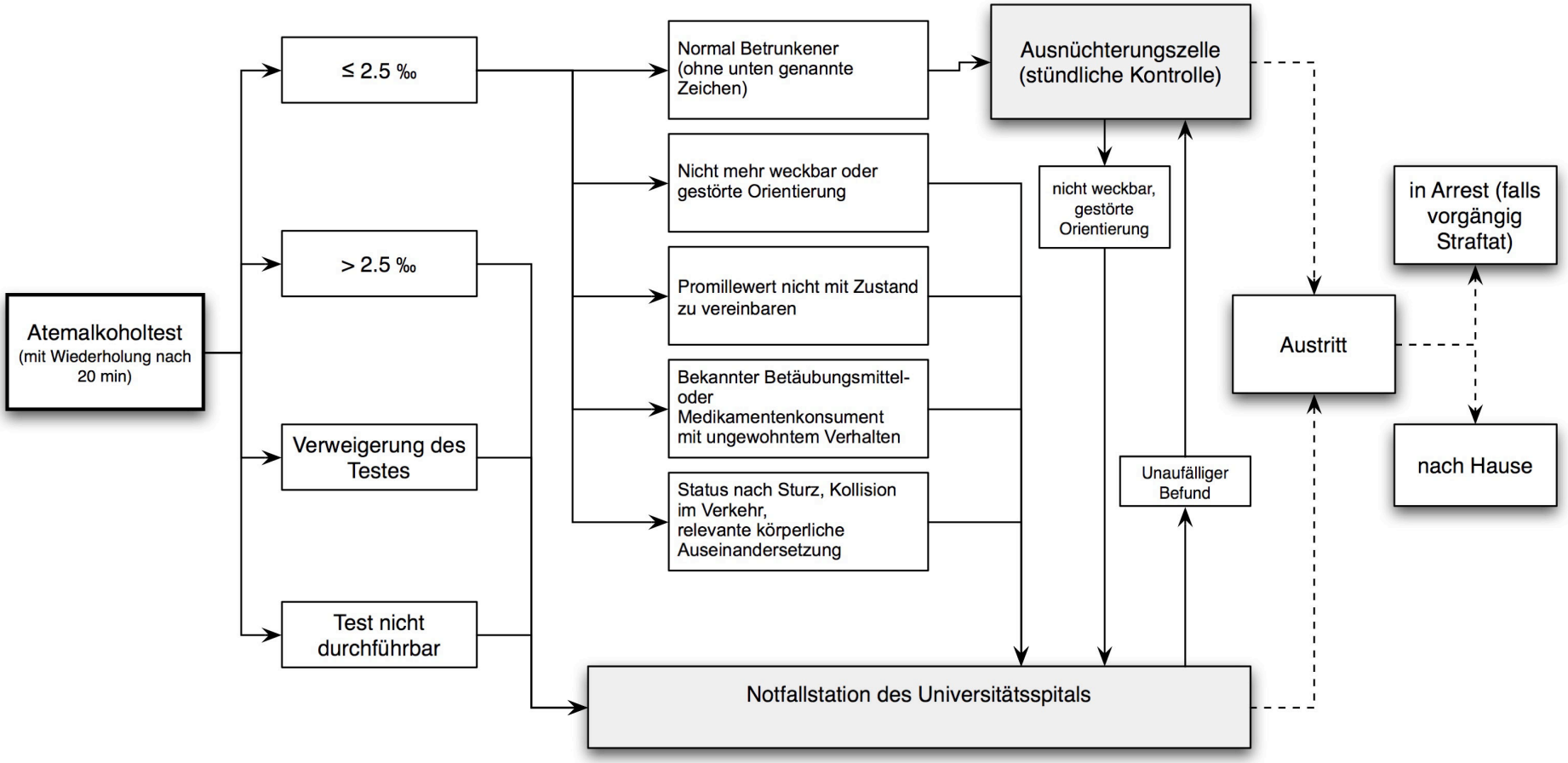



*Fig. 10:* ***Flussdiagramm zum Vorgehen beim Auffinden von alkoholisierten Erwachsenen.***.

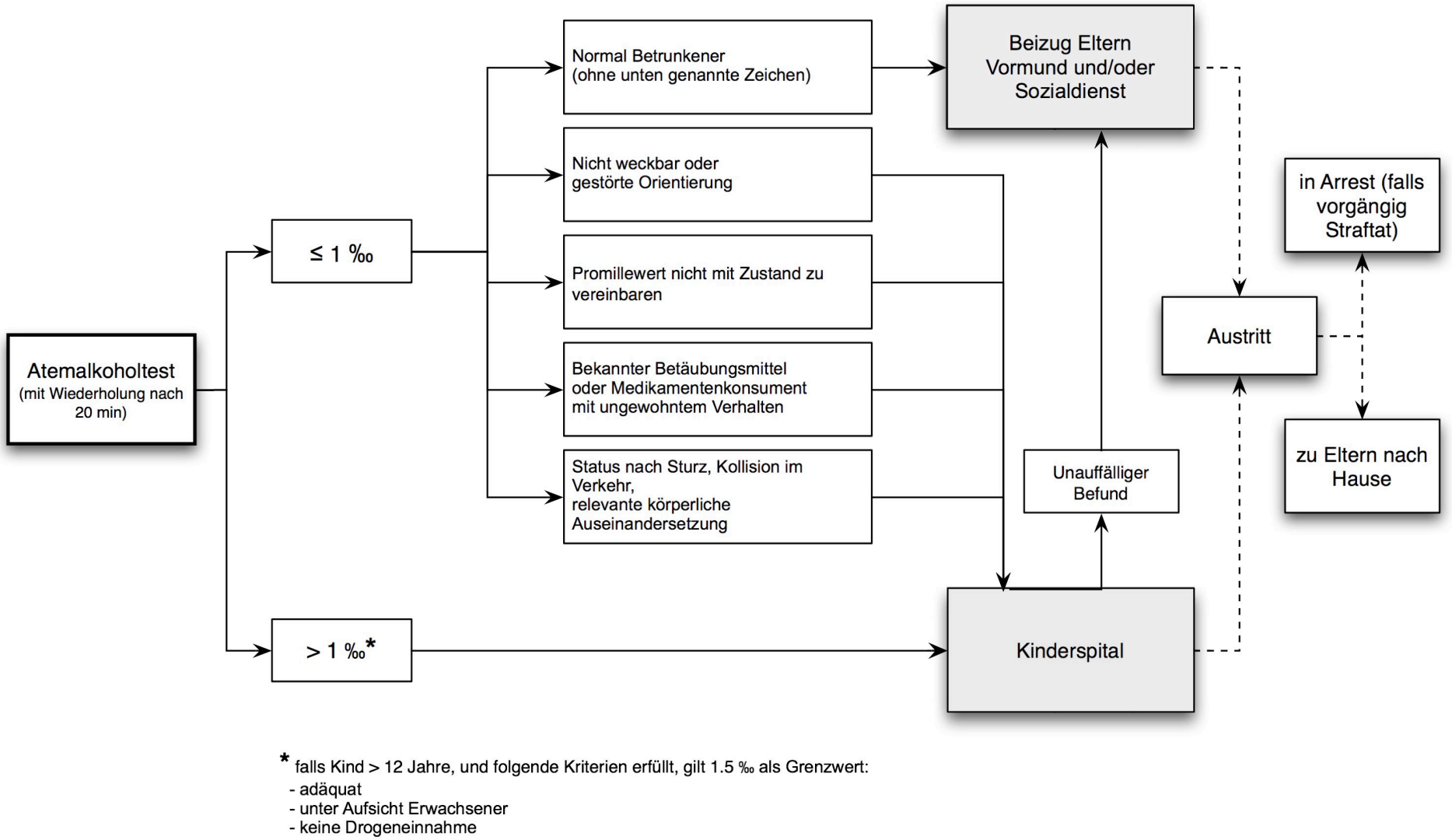



*Fig. 11:* ***Flussdiagramm zum Vorgehen beim Auffinden von alkoholisierten Kindern und Jugendlichen bis 16 Jahre.***

# 9 Ausblick

Im Hinblick auf die Umsetzung des in der vorliegenden Dissertation erarbeiteten Ablaufschemas, entschlossen sich die Verantwortlichen – Leitender Arzt Anästhesie und Chef Basler Notärzte, Leitende Ärztin NFS, Dienstchef Intervention Kapo BS, Vertreter des Instituts für Rechtsmedizin – die geplanten Neuerungen während der Fussball-Europameisterschaft (UEFA EURO) 2008 in denjenigen Räumlichkeiten zu evaluieren, welche für das Grossereignis in Basel zwecks Betreuung der alkoholisierten Fussballfans geschaffen wurde. Die definitiven Resultate sind noch ausstehend, die ersten Ergebnisse ermutigend. Bis auf weiteres sollen die in den Figuren 10 und 11 ersichtlichen Promillegrenzen gelten.

Prinzipiell zu klären bleiben die rechtlichen Aspekte des neuen Ablaufschemas. So ist zum Beispiel offen, ob eine AP auch während des Spitalaufenthaltes formell in polizeilichem Arrest verbleibt und wie die Entlassung aus dem Spital geregelt ist.

Ein weiterer Punkt betrifft die von der Sanität aufgegriffenen und ins USB gebrachten AP. So ist offen, ob es sinnvoll und rechtlich möglich wäre, diese Personen bei der Polizei auszunüchtern, falls medizinisch keine Gefährdung besteht.

# 10 Dank

Ohne die Mithilfe vieler Personen wäre diese Arbeit nicht entstanden. Ihnen Allen gilt mein Dank. Ich bedanke mich im Speziellen bei...

... Prof. Dr. med. Volker Dittmann, für die Gelegenheit am Institut für Rechtsmedizin meine Dissertation schreiben zu dürfen.

... Dr. med. Daniel Wyler, für jegliche Unterstützung, für alle wertvollen Anregungen und Verbesserungsvorschläge, dafür, dass er stets Zeit für mich hatte sowie, für die notwendigen Motivationsspritzen.

... Oberleutnant André Geiser, für das Ermöglichen dieser Arbeit, die Einblicke in den polizeilichen Alltag, die Beantwortung meiner Fragen und fürs zur Verfügung stellen vieler Daten.

... Polizeikommissär Peter Kaufmann, Wm Thomas Steg, Kpl Lucretia Conrad und allen anderen Polizisten, die ich eine Nacht lang bei ihren Einsätzen begleiten durfte.

... den Mitgliedern des Polizeikorps, die meine Fragebogen komplett ausgefüllt haben und willkommene Inputs zum Umgang mit AP geäussert haben.

... Dr. phil.II Christian Schindler, für die tatkräftige Unterstützung, sowie das geduldige Erklären bei der statistischen Auswertung der Polizeiumfrage.

... Dr. med. Stefan Kappus von der Feuerwehr Hamburg und den Mitarbeitern der ZAB für das Beantworten vieler Fragen, das Bereitstellen von Daten und die zuvorkommende Führung durch ihre Ambulanz.

... Markus Wullschleger, Siegfried Gysel und allen Mitarbeitern der Rettung Basel, dafür dass ich sie eine Nacht lang im Büro und im Krankenauto begleiten durfte, sie mir ihren Arbeitsalltag zeigten und erklärten.

... den Verantwortlichen der NFS Basel Prof. Dr. med. Roland Bingisser für die Auskünfte und PD Dr. med. Dagmar Keller fürs grosse Engagement und Inputs, speziell während der Fussball EM 2008.

…Prof. Dr. med. Wolfgang Ummenhofer, Chef Basler Notärzte, für die Unterstützung und die konstruktive Mitarbeit an mancher Sitzung.

... Herrn Schneider, Leitung Pflege der NFS Basel, für die Mithilfe und Diskussionsanregungen.

... den Ärzten des Universitätskinderspital beider Basel für die Unterstützung und Kooperation.

... meinen Eltern und Geschwistern für die Unterstützung und Tipps.

... Frank, für Alles.

# 11 Abkürzungsverzeichnis

| | |
|---|---|
| AP | Alkoholisierte(n) Person/en |
| BW | Bezirkswache |
| CT | Computertomographie, Computertomogramm |
| DG | Dienstgrade |
| DJ | Dienstjahr |
| Dv | Dienstvorschrift |
| GCS | Glasgow Coma Scale |
| Gfr | Gefreiter |
| Kapo BS | Kantonspolizei Basel-Stadt |
| Kpl | Korporal |
| NFS | Notfallstation des USB |
| Pm/Pol | Polizist/Polizistin |
| SHT | Schädelhirntrauma |
| USB | Universitätsspital Basel |
| WM | Fussball Weltmeisterschaft 2006 |
| Wm | Wachtmeister |
| Wm1 | Wachtmeister 1 |
| ZAB | Zentralambulanz für Betrunkene in Hamburg |
| ZAE | Zentrale Ausnüchterungseinheit in Stuttgart |

# 12 Literaturverzeichnis


- Forster, B & Joachim H. (1975). Blutalkohol und Straftat: Nachweis und Begutachtung für Ärzte und Juristen. (Thieme, Stuttgart).

- Gable, R. S. (2004). Comparison of acute lethal toxicity of commonly abused psychoactive substances. *Addiction* **99**, 686–696.

- Geiser, A. (2007). *Interne Präsentation* (Kantonspolizei Basel Stadt).

- Giles, H. G. & Sandrin S. (1992). Alcohol and deaths in police custody. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* **16**, 670–672.

- Herold, G. (2007). Innere Medizin, Ausgabe 2008. (Verlag Herold, Köln).

- Kappus, S. (2005). Zentralambulanz für Betrunkene. *Notfall & Rettungsmedizin* **8**, 36–43.

- Lisson, M. (2003). Nach dem Dienst geht es in die Ausnüchterungszelle – Ärzte stehen Polizisten mit medizinischem Rat zur Seite. *Ärzte Zeitung* Nr. 2, pp. 2 (Springer, Neu-Isenburg (D)).

- Kanton Basel-Stadt (2007). Wohnbevölkerung am Jahresende nach Wohnviertel seit 2002 und Ausländeranteil 2006. Statistisches Amt des Kantons (*http://www.statistik-bs.ch/themen/01/bevoelkerungsstruktur/wohnbev21/t0112106*, gefunden 8.12.2007).

- Kaier, T. (2005). Ein Namenstag mit tödlichem Ausgang. Akademische Verbindung Raeto-Bavaria (*http://www.raeto-bavaria.at*, gefunden am 3.10.2007).

- Loser, P. (2005a). Mysteriöser Vorfall in Polizeizelle. *Basler Zeitung* Nr. 228, pp. 16 (Basler Zeitung Medien, Basel).

- Loser, P. (2005b). Aus dem Rausch holte ihn der Tod. *Basler Zeitung* Nr. 234, pp. 15 (Basler Zeitung Medien, Basel).

- Moll, C. (2006). Bevölkerungsanalyse. (Statistisches Amt des Kantons Basel-Stadt).

- Norfolk, G. A. (1998). Deaths in police custody during 1994: a retrospective analysis. *Journal of Clinical Forensic Medicine* **5**, 49–54.

- Petschel, K. & Gall, J. (2000). A profile of deaths in custody in Victoria 1991-96. *Journal of Forensic Medicine* **7**, 82–87.

- Polizeipräsidium Stuttgart (2007). Polizeigewahrsam und Zentrale Ausnüchterungseinheit. *http://www.polizei-stuttgart.de/indexphp?option=com_content&task=view&id=146&Itemid=294* (gefunden am 08.09.2007)

- Reiche, D. (2003). Roche Lexikon Medizin, 5. Auflage. (Urban & Fischer bei Elsevier, München).

- Sjöwall, M. & Wahlöö, P. (2006). Das Ekel aus Säffle (Wunderlich, Reinbeck (D)).

- Stark, M. & Gregory, M. (2005). The clinical management of substance misusers in police custody – a survey of current practice. *Journal of Clinical Forensic Medicine* **12**, 199–204.

# 13 Abbildungsverzeichnis


1 Flussdiagramm zum Status quo des Ablaufs nach dem Auffinden einer AP ..... 14

2 Visualisierung statistischer Angaben zum Polizeikorps ..... 20

3 Grafik zur Problemlosigkeit des aktuellen Verfahrens bezüglich des Umgangs mit AP ..... 21

4 Grafik zur Klarheit über den Zeitpunkt der Entlassung von AP ..... 21

5 Grafik zur Problematik des Entscheids über die Mitnahme einer AP ..... 21

6 Grafik zur Korps-Einschätzung von Dv und vorhandenen Hilfsmitteln ..... 22

7 Grafik zu Unsicherheiten beim Entscheid zwischen Zelle und Spital ..... 22

8 Grafik zur Bereitschaft ältere Kollegen um Hilfe zu bitten ..... 22

9 Grafik zur Problematik der Überwachung von Arrestanten ..... 23

10 Flussdiagramm zum vorgeschlagenen Vorgehen beim Auffinden von erwachsenen AP ..... 31

11 Flussdiagramm zum vorgeschlagenen Vorgehen beim Auffinden von jugendlichen AP ..... 32

# 14 Tabellenverzeichnis

1 Überblick über Diagnostika zur Beurteilung einer AP ..... 8

2 Vergleich verschiedener Modelle der Ausnüchterung ..... 18

# Anhang

## A Formular ZAB

| Zentralambulanz für Betrunkene<br><br>Glacischaussee 2-4<br>20359 Hamburg | **ZAB** | |
|---|---|---|
| ZAB Nr.: | Aufnahmetag/Uhrzeit: | Entlassungstag/Uhrzeit: |
| Name, Vorname: | Geburtsdatum: | Anschrift: |
| Krankenversicherung: | Versicherungsnummer: | |
| Zuweisende Klinik: | Eingeliefert durch: | Auffindeort: |
| Verlegt nach: | Verlegt mit: | Datum/Uhrzeit: / Arzt: |
| Wertsachen: | | |
| Bemerkungen: | | |

**Aufnahmebeurteilung**

| Einstufung Ebrietas (Grad der Betrunkenheit) | Stadium 1 | Stadium 2 | Stadium 3 |
|---|---|---|---|
| Atmung: | Puls: | Blutdruck: | |
| Pupillenreaktion: | Sichtbare äußere Verletzungen: | | |
| Unterschrift: | | | |

## Überwachungsprotokoll

| Uhrzeit | Bewusstseinslage | Vitalwerte | Besonderheiten | Kurzzeichen: |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

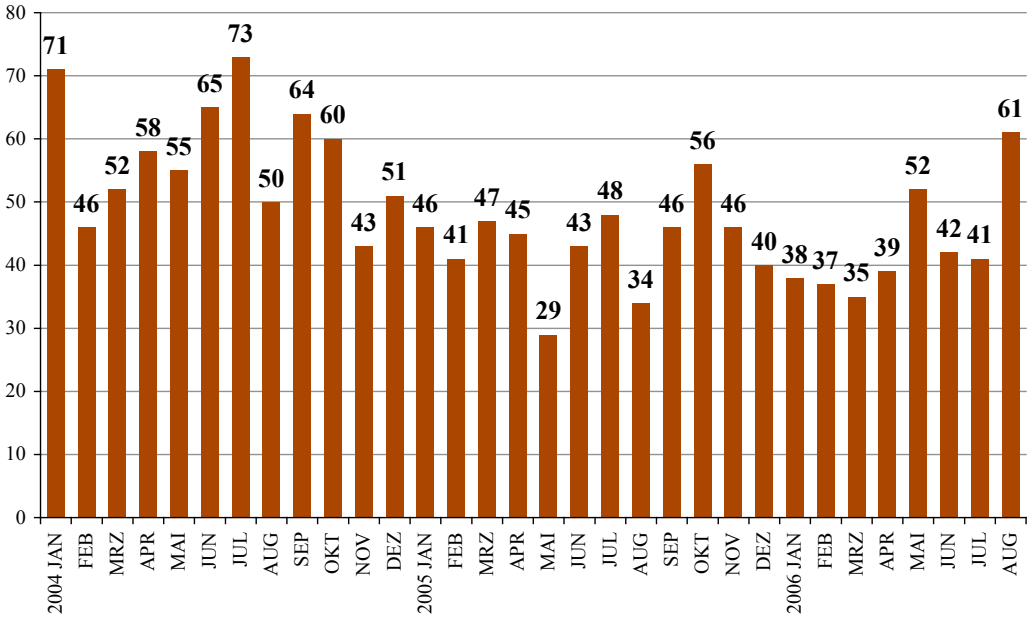
**Entlassungsbeurteilung**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Bewusstsein: | wach | bewusstlos | | Bemerkung: |
| Atmung: | normal | gestört | | |
| Puls/Blutdruck: | | | | |
| ~~Findet den Finger-~~ Nase-versuch sicher durch | ~~ja~~ | ~~nein~~ | | |
| Kann sicher gehen | ja | nein | | Verlegung: |
| Ist orientiert: | Zur Person | Zum Ort | Zur Zeit | |

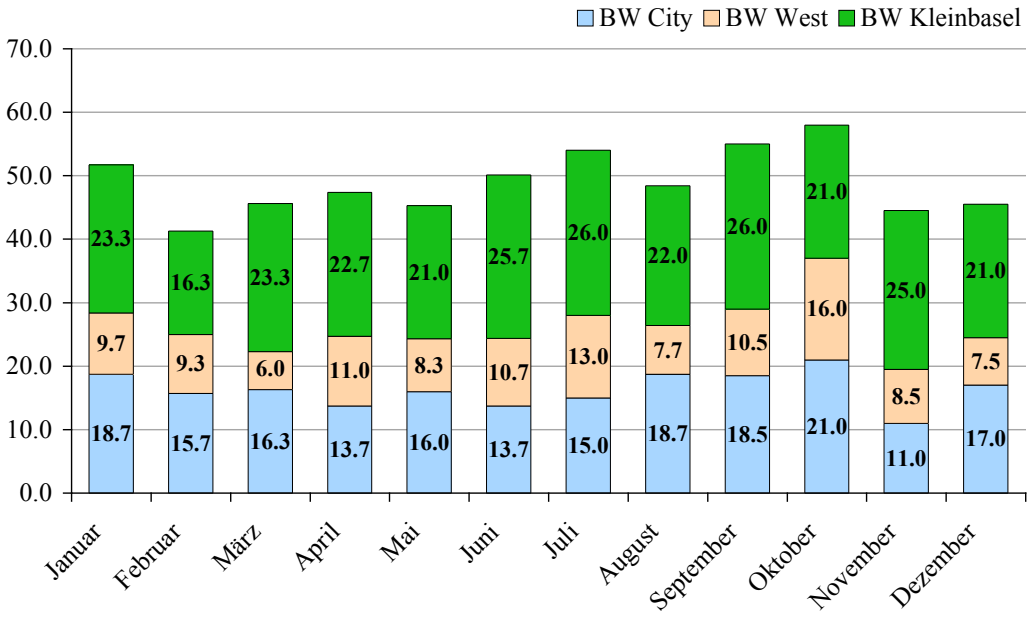
Datum/Unterschrift:

# B Ausnüchterungsstatistik Kapo BS

Ausnüchterungen im Kanton Basel-Stadt, Jan. 2004 – Aug. 2006
(Total = 1554)

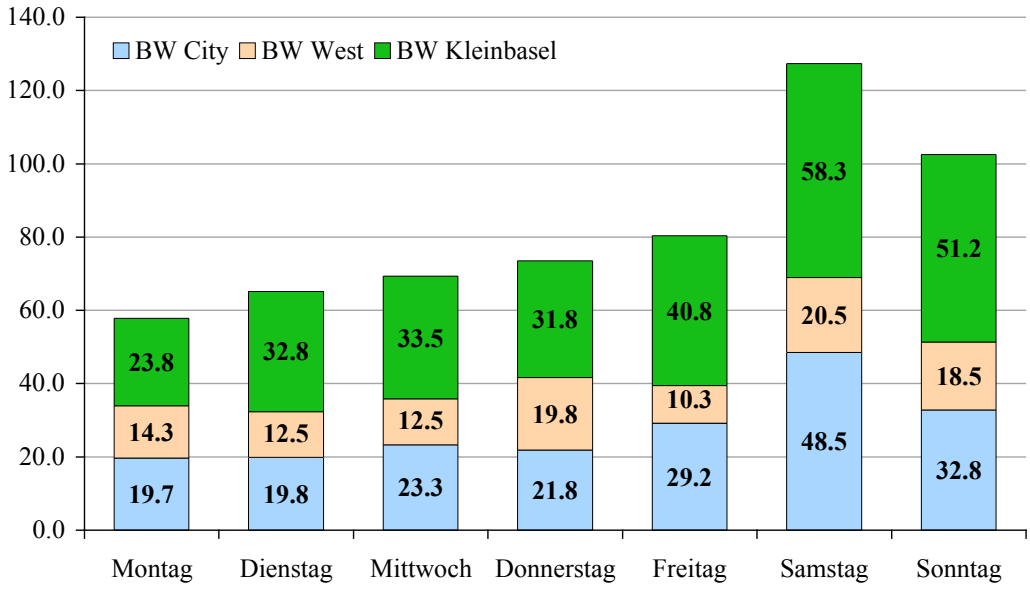



Durchschnittliche monatliche Ausnüchterungen im Kanton Basel-Stadt, Jan. 2004 – Aug. 2006
(Total = 1554)



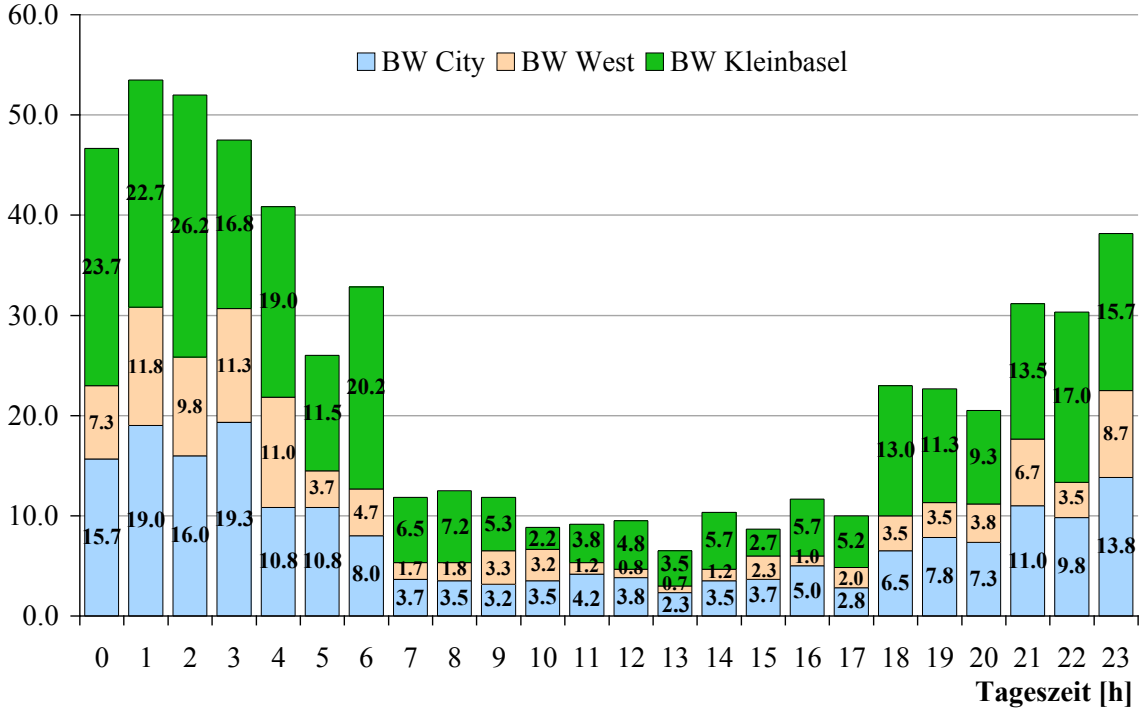
Jahresdurchschnitt der Anzahl Ausnüchterungen nach Wochentagen im Kanton Basel-Stadt, Jan. 2004 – Aug. 2006

(Total = 1554)




Jahresdurchschnitt der Anzahl Ausnüchterungen nach Tageszeiten im Kanton Basel-Stadt, Jan. 2004 – Aug. 2006

(Total = 1554)



# C Aktuelle Dv der Kapo BS bezüglich Umgang mit AP

## C.1 Dv 451 Rauschzustand

| | | |
|---|---|---|
| | **Rauschzustand** | Dienstvorschrift<br>**451.001** |

### Rechtsgrundlagen

- Uebertretungsstrafgesetz (UeStG) vom 15. Juni 1978, § 35
- Polizeigesetz §§ 35, 37

### Hinweise/Erläuterung

Alkoholisierte Personen sind gegenüber Polizeibediensteten oft renitent; umsomehr muss der/die Bedienstete sich beherrschen und sich keinesfalls zu Tätlichkeiten hinreissen lassen.
In der Regel werden Alkoholisierte nicht nach Hause gebracht. Sie sind bis zur Nüchternheit in Arrest zu setzen; die Entlassung hat primär nach Wirtschaftsschluss zu erfolgen.

**Scheinbar alkoholisierte Personen**
Bevor Personen in rauschähnlichem Zustand arrestiert werden, müssen vorgängig sorgfältige Abklärungen über eventuelle vorbestehende Krankheiten abgeklärt werden:
- Diabetiker (Diabetikerausweis)
- Drogenmissbrauch
- Alkoholmissbrauch (Alkoholentwöhnungskuren/Antabuskuren)

Bei unklaren Symptomen oder Situationen (medizinisch) ist immer die Sanität beizuziehen; bis zu deren Eintreffen müssen bewusstlose Personen lückenlos überwacht und die Vitalfunktionen gesichert werden.

**Verletzte, alkoholisierte Personen**
Bei ernstlichen Verletzungen ist immer die Sanität beizuziehen (bei Einlieferung in die Notfallstation ist die Einsatzzentrale zu orientieren).

**Militärpersonen / Grenzwachtkorps**
Alkoholisierte Militärpersonen und Angehörige des Grenzwachtkorps, werden bezüglich Arres-tierung gleich behandelt wie Zivilpersonen. Im Einzelfall ist der zuständige Kommandant darüber raschmöglichst zu verständigen. Untersteht der Betrunkene der militärischen Gerichts-barkeit, ist Rapport zu erstatten.

### Massnahmen

Alkoholisierte Personen, die in Arrest gesetzt werden, sind immer zu verzeigen (Ausnahmefälle vorbehalten). Auf Ersuchen von alkoholisierten Arrestanten, sind die nächsten

Angehörigen durch die Polizei über deren Verbleib zu benachrichtigen, sofern kein Zusammenhang mit strafbaren Handlungen vorliegt.

Eine Verzeigungs- oder Rapportkopie ist dem Sozialdienst zuzustellen.

Vor der Entlassung oder dem Weitertransport eines Betrunkenen ist die Zelle hinsichtlich Beschädigung und Beschmutzung zu kontrollieren.

## Primäre Zuständigkeit

- Sicherheitsabteilung

## C.2 Dv 453 Einweisung in Spitäler

| | | |
|---|---|---|
| | **Einweisung in Spitäler** | Dienstvorschrift<br>**453.001** |

### Rechtsgrundlagen

- § 2 PolG, Gesetz betreffend die Kantonspolizei des Kantons Basel-Stadt

### Hinweise/Erläuterung

Verletzte oder kranke Personen, die durch die Polizei in ein Spital eingewiesen werden müssen, sind der Einsatzzentrale unverzüglich zu melden.

Die Angehörigen von Eingewiesenen werden grundsätzlich durch die Notfallstation des Kantonsspitals verständigt.

### Massnahmen

Muss eine alleinstehende Person als Notfallpatient in ein Spital eingewiesen werden, so sind die Wohnungsschlüssel und wenn möglich ein amtlicher Ausweis der Sanität mitzugeben, resp. der Notfallstation zu übergeben.

Jede unter Mitwirkung der Polizei erfolgte Einweisung in ein Spital ist zu rapportieren.

### Primäre Zuständigkeit

- Polizeikommando

# D Erhebung Polizei

## D.1 Erhebungsformular

### Erhebung zum Umgang mit alkoholisierten Personen bei der Polizei

Im Rahmen meiner Dissertation beim Institut für Rechtsmedizin bei Dr. med. Daniel Wyler mache ich eine Umfrage über den Umgang mit alkoholisierten Personen bei der Polizei.

Es würde mich freuen, wenn Sie den Fragebogen ausfüllen würden. Selbstverständlich werden die Daten vertraulich und anonym behandelt.
Über die Ergebnisse werden Sie in einem Aus- und Weiterbildungskurs in Kenntnis gesetzt.
Besten Dank für Ihre Mithilfe!

| | | |
|---|---|---|
| 1. | Wie alt sind Sie? | .....Jahre |
| 2. | Wieviele Dienstjahre haben Sie? | .....Jahre |
| 3. | Welches ist Ihr Dienstgrad: | O Pm / Pol<br>O Gfr<br>O Kpl<br>O Wm<br>O Wm 1 |
| 4. | Geschlecht | O männlich<br>O weiblich |

| | | trifft völlig zu | trifft eher zu | trifft eher nicht zu | trifft überhaupt nicht zu |
|---|---|---|---|---|---|
| 5. | Das aktuelle Verfahren mit alkoholisierten Personen ist in meinen Augen problemlos. | O | O | O | O |
| 6. | Die Dienstvorschrift genügt für den Umgang mit alkoholisierten Personen. | O | O | O | O |
| 7. | Beim Entscheid Zelle oder Spital für eine alkoholisierte Person fühle ich mich unsicher. | O | O | O | O |
| 8. | Ob ich eine/e Alkoholisierte/n in die Ausnüchterungszelle mitnehme oder nicht, ist für mich klar. | O | O | O | O |
| 9. | Zu welchem Zeitpunkt ich jemanden aus der Ausnüchterungszelle entlassen darf, ist für mich klar. | O | O | O | O |
| 10. | Es macht mir keine Mühe, bei einer verletzten, alkoholisierten Person das weitere Vorgehen zu bestimmen. | O | O | O | O |
| 11. | Es macht mir keine Mühe, bei einer alten, alkoholisierten Person das weitere Vorgehen zu bestimmen. | O | O | O | O |

Anja Mettler April 2007

| | | trifft völlig zu | trifft eher zu | trifft eher nicht zu | trifft überhaupt nicht zu |
|---|---|---|---|---|---|
| 12. | Meiner Meinung nach braucht es zusätzliche Hilfsmittel zur Beurteilung einer alkoholisierten Person. | O | | | O |
| 13. | Ich hatte schon den Gedanken „bei dieser Person in der Ausnüchterungszelle könnte ein medizinisches Problem auftreten". | O | | | O |
| 14. | Die Überwachung der Alkoholisierten in der Ausnüchterungszelle ist für mich problemlos. | O | O | O | O |
| 15. | Bei Unsicherheiten frage ich ältere Kollegen um Rat. | O | O | O | O |

**Anmerkungen / Probleme / Anregungen**

Sind Ihnen während des Ausfüllens im Bezug auf dieses Thema noch Anmerkungen, Probleme oder Anregungen eingefallen?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Wo sehen sie konkret Handlungs- bzw. Verbesserungsbedarf?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Herzlichen Dank fürs Ausfüllen!

Anja Mettler
Medizinstudentin, Universität Basel

anja.mettler@stud.unibas.ch

Anja Mettler April 2007

## D.2 Umfrageergebnisse

Die Resultate zu allen Fragen in Prozent:

| | | Antworten in % | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 1<br>trifft völlig zu | 2<br>trifft eher zu | 3<br>trifft eher nicht zu | 4<br>trifft überhaupt nicht zu |
| 5. | Das aktuelle Verfahren mit alkoholisierten Personen ist in meinen Augen problemlos. | 13.0 | 32.2 | 43.5 | 11.3 |
| 6. | Die Dienstvorschrift genügt für den Umgang mit alkoholisierten Personen. | 16.7 | 42.5 | 30.5 | 10.3 |
| 7. | Beim Entscheid Zelle oder Spital für eine alkoholisierte Person fühle ich mich unsicher. | 11.9 | 36.7 | 35.0 | 16.4 |
| 8. | Ob ich eine/e Alkoholisierte/n in die Ausnüchterungszelle mitnehme oder nicht, ist für mich klar. | 30.1 | 47.2 | 20.5 | 2.3 |
| 9. | Zu welchem Zeitpunkt ich jemanden aus der Ausnüchterungszelle entlassen darf, ist für mich klar. | 55.9 | 35.8 | 8.4 | 0.0 |
| 10. | Es macht mir keine Mühe, bei einer verletzten, alkoholisierten Person das weitere Vorgehen zu bestimmen. | 47.8 | 35.0 | 15.0 | 2.2 |
| 11. | Es macht mir keine Mühe, bei einer alten, alkoholisierten Person das weitere Vorgehen zu bestimmen. | 33.9 | 37.2 | 27.2 | 1.7 |
| 12. | Meiner Meinung nach braucht es zusätzliche Hilfsmittel zur Beurteilung einer alkoholisierten Person. | 48.8 | | | 51.2 |
| 13. | Ich hatte schon den Gedanken „bei dieser Person in der Ausnüchterungszelle könnte ein medizinisches Problem auftreten“. | 80.3 | | | 19.1 |

| | | Antworten in % | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 1<br>trifft völlig zu | 2<br>trifft eher zu | 3<br>trifft eher nicht zu | 4<br>trifft überhaupt nicht zu |
| 14. | Die Überwachung der Alkoholisierten in der Ausnüchterungszelle ist für mich problemlos. | 8.0 | 17.8 | 44.3 | 29.9 |
| 15. | Bei Unsicherheiten frage ich ältere Kollegen um Rat. | 39.1 | 33.3 | 17.2 | 10.3 |

## D.3 Freie Antworten

Folgende Aussagen notierten die Polizisten als ‚Anmerkungen/Probleme/Anregungen' (Bei Mehrfacherwähnungen bezeichnen die Angaben in Klammern die Anzahl der Nennungen):

**Medizinisch**

Am Einfachsten wäre es, bei kleinsten Unklarheiten die Sanität beizuziehen. (10)

AP sind ein medizinisches Problem, sie sollten also direkt ins USB gebracht werden (6)

Abklärungen über den medizinischen Zustand gemäss Dv sind, wegen Rauschzuständen, Gewalt und Renitenz schwierig und nur mit der Sanität möglich. (4)

Ein Problem entsteht erst ab Blutalkoholwerten von über 1 Promille. (2)

Ein Promille-Wert soll festgelegen, ab wann eine AP nicht mehr in die Zelle gehört. (2)

Es ist mir unklar, ab wann die Sanität beizuziehen ist.

Mir ist es immer unangenehm, weil ich keine Ahnung von Medizin habe.

Ein Coaching des Institutes für Rechtsmedizin würde mir Sicherheit geben.

Das Problem sind nicht die Promille, sondern die Art, wie die Person den Alkohol verträgt.

**Überwachung**

Die Überwachung via Video ist ungenügend, da Türe und Toilette (Diskretionsschutz) die Sicht verwehren. (8)

Wissen und Zeit (Personal) fehlt (6)

Eine durchgehende Überwachung ist nicht möglich, also kommt nur der Spital oder bei Renitenz die Gummizelle in Frage.

**Zelle**

Ich wünschte mir zentrale Zellen, analog zu Deutschland. (6)

Die aktuelle Zellenarchitektur ist fragwürdig (es sind keine Ausnüchterungszellen). (4)

**Dienstvorschrift**

Eine Dv zum Alkoholproblem ist mir nicht bekannt. (2)

Die Dv ist veraltet (Alkohol ist heutzutage 24 Stunden erhältlich, wann ist Wirtschaftsschluss?).

**Zelle vs. Spital**

Manchmal besteht das Problem, dass eine AP kein Fall für die Sanität ist, aber die Polizei sie auch nicht in die Zelle stecken kann.

Eine Spitaleinweisung ist zwiespältig. Das Spital hat keine geeignete Zelle. Wenn Personen randalieren, kommen sie sowieso wieder zur Polizei zurück.

Der gesunde Menschenverstand genügt meist.

**Diverses**

Ein strengeres Gesetz für Alkoholkonsum und -verkauf wäre nötig.

Alte Polizisten wissen oft, was zu tun ist.

Dies ist eine zu fremdbestimmte Angelegenheit.

# E Bevölkerungsstatistik Basel-Stadt

Wohnbevölkerung am Jahresende seit 2002 und Ausländeranteil 2006 (Kanton Basel-Stadt 2007)

| Gemeinde, Wohnviertel | Bevölkerungsstand | | Ausländeranteil |
|---|---|---|---|
| | 2002 | 2006 | 2006 in % |
| Stadt Basel | 166 120 | 165 968 | 33.0 |
| Altstadt Grossbasel | 2 108 | 2 088 | 23.0 |
| Vorstädte | 4 606 | 4598 | 28.3 |
| Am Ring | 10 298 | 10 369 | 28.0 |
| Breite | 8357 | 8 467 | 27.3 |
| St. Alban | 10 056 | 10 175 | 24.9 |
| Gundeldingen | 18 092 | 18 372 | 39.9 |
| Bruderholz | 8 897 | 8 699 | 16.8 |
| Bachletten | 13 347 | 13 151 | 17.1 |
| Gotthelf | 6 546 | 6 644 | 21.7 |
| Iselin | 15 872 | 15 637 | 31.6 |
| St. Johann | 18 051 | 17 767 | 42.2 |
| Altstadt Kleinbasel | 2 361 | 2 266 | 28.4 |
| Clara | 3 782 | 3 756 | 44.5 |
| Wettstein | 5 290 | 5 423 | 24.5 |
| Hirzbrunnen | 9 020 | 8 526 | 17.7 |
| Rosental | 4 502 | 4 711 | 52.9 |
| Matthäus | 15 427 | 15 638 | 50.2 |
| Klybeck | 7 023 | 7 166 | 50.6 |
| Kleinhüningen | 2 449 | 2546 | 46.2 |
| Landgemeinden | 21 895 | 21 824 | 17.5 |
| Riehen | 20 722 | 20 619 | 17.3 |
| Bettingen | 1 173 | 1 205 | 22.4 |
| Kanton Basel-Stadt | 188 015 | 187 792 | 31.2 |

# F Ausnüchterungsdaten der ZAB

| 2005 | Juni | Juli |
|---|---|---|
| 1. | | 8 |
| 2. | | 9 |
| 3. | | 1 |
| 4. | | 0 |
| 5. | | 4 |
| 6. | | 4 |
| 7. | | 3 |
| 8. | | 7 |
| 9. | 0 | 1 |
| 10. | 4 | |
| 11. | 2 | |
| 12. | 0 | |
| 13. | 2 | |
| 14. | 3 | |
| 15. | 3 | |
| 16. | 3 | |
| 17. | 3 | |
| 18. | 4 | |
| 19. | 2 | |
| 20. | 3 | |
| 21. | 6 | |
| 22. | 1 | |
| 23. | 10 | |
| 24. | 4 | |
| 25. | 2 | |
| 26. | 0 | |
| 27. | 0 | |
| 28. | 0 | |
| 29. | 3 | |
| 30. | 0 | |
| Summe | 55 | 37 |
| Mittelwert | 2.50 | 4.11 |
| **Mittelwert 2005** | | **3.31** |

| 2006 | Juni | Juli |
|---|---|---|
| 1. | | 4 |
| 2. | | 1 |
| 3. | | 2 |
| 4. | | 3 |
| 5. | | 1 |
| 6. | | 5 |
| 7. | | 3 |
| 8. | | 5 |
| 9. | 8 | 2 |
| 10. | 1 | |
| 11. | 0 | |
| 12. | 2 | |
| 13. | 2 | |
| 14. | 3 | |
| 15. | 1 | |
| 16. | 2 | |
| 17. | 0 | |
| 18. | 0 | |
| 19. | 4 | |
| 20. | 4 | |
| 21. | 2 | |
| 22. | 3 | |
| 23. | 6 | |
| 24. | 7 | |
| 25. | 2 | |
| 26. | 1 | |
| 27. | 1 | |
| 28. | 2 | |
| 29. | 2 | |
| 30. | 0 | |
| Summe | 53 | 26 |
| Mittelwert | 2.41 | 2.89 |
| **Mittelwert 2006** | | **2.65** |