

**Aus dem Institut für Rechtsmedizin
des Universitätsklinikums
Hamburg-Eppendorf**

**Direktor:
Prof. Dr. med. Klaus Püschel**

**Die gerichtsärztliche Prüfung der Haft-, Termin- und Arbeitsfähigkeit
dargestellt am Beispiel der Freien und Hansestadt Hamburg 1975-2004**

Dissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg vorgelegt von

Holger Lach
aus Essen

Hamburg 2008



Angenommen von der Medizinischen Fakultät
der Universität Hamburg

am: 11.August 2008.

Veröffentlicht mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

| | |
|---------------------------------|------------------------------|
| Prüfungsausschuss Vorsitzender: | Prof. Dr. K. Püschel |
| Prüfungsausschuss 2. Gutachter: | Prof. Dr. H.-P. Schmiedebach |
| Prüfungsausschuss 3. Gutachter: | PD Dr. A. Hill |
| Externer Gutachter (München): | Prof. Dr. W. Eisenmenger |

Meinen Eltern gewidmet, die mir alles
überhaupt erst ermöglicht haben.

VORBEMERKUNG

„Die Geschichte der Gerichtsmedizin fasziniert als ein wenig bekanntes Gebiet voller ergiebiger Quellen und Fundstellen, reich an ungehobenen Schätzen.“

Esther Fischer-Homberger

Der hervorragende Historiker und Kenner deutscher Geschichte *Richard J. Evans* will in seinem Buch über das Hamburg der Cholera-Jahre gar nicht verhehlen, dass er besondere Sympathie für die geschädigten Unterschichten der damaligen Hamburger Bevölkerung hegt. Dennoch darf er mit Recht für seine historische Arbeit beanspruchen, dass solche Neigung für eine der involvierten Gruppen nicht die ausgewogene, wissenschaftlich-objektive Darstellung seiner grandiosen Studie über die sozialen und politischen Verhältnisse in der Hafenstadt an der Elbe beeinflusst [1].

Die hier vorliegende Arbeit – letztlich auch ein medizingeschichtlicher Beitrag, beschäftigt sie sich doch mit 30 Jahren rechtsmedizinischer Tätigkeit in Hamburg, – lässt ebenso deutlich Sympathie für das untersuchte Objekt, nämlich für den Gerichtsärztlichen Dienst der Freien und Hansestadt, erkennen. Dass sie nicht leichtfertig zu einer Apotheose des Gerichtsärztlichen Dienstes gerät, verhindert jedoch alleine schon die Tatsache, dass der Beitrag in gewisser Gefahr steht, eher ein Schwanengesang am Anfang des 21. Jahrhunderts zu werden. Als im Jahre 2004 das einhundertjährige Jubiläum der Deutschen Gesellschaft für Gerichtliche Medizin beziehungsweise Rechtsmedizin gefeiert werden durfte, war für die Anwesenden bei den festlichen Vorträgen im Harnack-Haus der Max-Planck-Gesellschaft in Berlin ein melancholischer Unterton häufig nicht zu überhören. Der Blick zurück auf eine bewegte Geschichte erzeugt ein gewisses Unbehagen, falls zugleich der Blick in die Zukunft wiederum bewegte Zeiten verheißt, wenn man mithin einem ungewissen Schicksal entgegengeht. *Wolfgang Eisenmenger* beginnt so sein Geleitwort zum opulenten Band über „100 Jahre Deutsche Gesellschaft für Gerichtliche Medizin / Rechtsmedizin“, der zum Jubiläum als Festschrift erschienen ist [2], mit für solche Gelegenheiten ungewöhnlich harschen, kritischen Worten über eine Sparpolitik und eine allgemeine Haltung verantwortlicher Stellen, die rechtsmedizinische Institute in Deutschland gegenwärtig in ihrer Existenz gefährden [3]. Im umfangreichen Teil der Institutsdarstellungen, die diese Festschrift versammelt, verkündet so etwa *Eberhard Springer* der Leserschaft für das von ihm geleitete kommunale Institut für Rechtsmedizin der Stadt Duisburg nicht nur das Gründungs-, sondern auch gleich das Schließungsjahr, insofern zum Zeitpunkt der Abfassung seines Beitrages in Aussicht stand, dass mit Springers Ausscheiden 2004 das rechtsmedizinische Institut der „(...) Stadt mit dem größten Binnenhafen Deutschlands wenn nicht Europas und einem Einzugsgebiet bis zur holländischen Grenze (...)“ [4] mit weit über einer Million von Einwohnern seine Pforten zu

schließen habe. Ob es an dieser offensiven Publikationsweise lag? Das Aussterben der Rechtsmedizin in Duisburg wurde jedenfalls abgewandt, indem nach tatsächlich erfolgter Schließung der entsprechenden unter Trägerschaft des Gesundheitsamtes stehenden Einrichtung die Aufgaben von einem 2004 neu am Klinikum Duisburg gegründeten Institut für Rechtsmedizin übernommen wurden. – Für das rechtsmedizinische Institut der Hochschule in Aachen weiß in ähnlicher Weise *Karl-Heinz Schiwy-Bochart* in derselben Festschrift lapidar mitzuteilen: „Die Geschichte des Institutes für Rechtsmedizin der RWTH Aachen reicht nicht weit in die Vergangenheit zurück, und sie ist im Vergleich zu der anderer Institutionen auch nur kurz.“ [5] Auf Grund der Empfehlung einer Strukturkommission des nordrheinwestfälischen Ministeriums für Schule, Wissenschaft und Forschung war die „Gelegenheit“ der Emeritierung des Aachener Lehrstuhlinhabers im August 2000 zur Einsparung genutzt worden; seit 2003 wird Aachen vollends vom Institut für Rechtsmedizin in Köln mitbetreut [6].

Wie in einem historischen Überblick zu skizzieren, reicht die (Vor-)Geschichte des Gerichtsärztlichen Dienstes in Hamburg weit zurück (vgl. Kapitel **I.3**); in seiner institutionellen Fassung ist er sodann mindestens mit dem Beginn des 20. Jahrhunderts als eigenständige behördliche Struktur in der Freien und Hansestadt nachweisbar. Er bestand lange neben dem erst später gegründeten Institut für Gerichtliche Medizin der Universität und ist mittlerweile als ein Arbeitsbereich in die neu organisierte, heute Institut für Rechtsmedizin genannte universitäre Einrichtung integriert (vgl. **I.3.2**).

In dieser Arbeit über gerichtsärztliche Tätigkeit in Hamburg wird immer wieder auch der Name *Werner Naeves* genannt. Sein Tun ist in der Hamburger Gerichtsmedizin seit 1952 belegt [7]. Als Leiter stand er dem Gerichtsärztlichen Dienst von 1963 bis 1985 vor [8]. Er vertrat zugleich die praktische Seite des Gerichtsarztes bei der Gesundheitsbehörde – des Physikus, wie nicht lange zuvor noch behördliche Vertreter der Gerichtsmedizin in Hamburg tituliert wurden [9] –, wie auch die des Wissenschaftlers, indem er als Professor der Universität in Forschung und Lehre tätig war. Gemeinsam mit dem damaligen Direktor des rechtsmedizinischen Institutes *Werner Janssen* verfasste er zum Beispiel das Kapitel über den „Plötzlichen Tod aus natürlicher Ursache“ [10] für Muellers bekanntes Lehrbuch der Gerichtlichen Medizin (vgl. **III.1.2**). Gemeinsam mit der Hamburger Gerichtsärztin *Britta Becker* publizierte Naeve 1973 im Archiv für Kriminologie [11] eine Studie über vom Hamburger Gerichtsärztlichen Dienst geleistete Untersuchungen auf Haft-, Verhandlungs- und Arbeitsfähigkeit, die in der Fülle des verarbeiteten Datenmaterials einzigartig zu nennen ist (vgl. **III.3.3**). An dieser Stelle soll daher in Anknüpfung an die damalige Leistung nicht nur das bislang unbearbeitete, neu angewachsene Datenmaterial bezüglich solcher gerichtsärztlichen Untersuchungen einer Auswertung unterzogen werden. Diese Arbeit dient nicht zuletzt dazu, an Werner Naeve als einer prägnanten Figur der Hamburger Gerichtsmedizin zu erinnern. Naeve widmete seine Aufmerksamkeit auch dem geschichtlichen Gewordensein und publizierte so etwa die Erkenntnisse seiner Beschäftigung mit der Historie der vormaligen Dienststelle der Hamburger Gerichtsärzte im legendären Hafenkrankehaus, wie er sich überhaupt immer wieder mit medizingeschichtlichen Aspekten aus dem Bereich seiner Profession beschäftigt [12]. Der sichtlich historische Touch dieser Arbeit darf sich ihm also in gewisser Weise verpflichtet fühlen.

In der Leitung des Gerichtsärztlichen Dienstes folgte auf Werner Naeve im Übrigen *Eberhard Hildebrand*, der zuvor schon seit 1964 gerichtsärztlich in Hamburg tätig gewesen war [13]. Auch er gleichermaßen wissenschaftlich zusammenarbeitend mit dem Universitätsinstitut, indem er unter anderem mit *Klaus Püschel*, dem Direktor des Institutes seit 1991, eine Monographie über „Simulation und Selbstbeschädigung“ [14] veröffentlichte. Und auch er ein Freund der historischen Näherung an ein zu erschließendes Thema, wie nicht zuletzt Hildebrands Beiträge in dieser Monographie aber auch seine Zeitschriftenveröffentlichung zur Geschichte der Hamburger Gerichtsmedizin belegen [15].

Als 1997 *Friedrich Schulz* Nachfolger von Hildebrand wurde, ging dies einher mit einer umfassenden Neuordnung der Hamburger Gerichtsmedizin, indem die Eigenständigkeit zweier rechtsmedizinischer Einrichtungen in der Freien und Hansestadt aufgegeben wurde (vgl. I.3.2). Nunmehr unter einem behördlichen Dach, sind also das universitäre Institut und die hoheitliche Aufgaben erfüllende gerichtsärztliche Einrichtung vereinigt. –

Diese Arbeit wertet drei Jahrzehnte gerichtsärztlicher Untersuchungs- und Gutachtentätigkeit in Hamburg aus. Es wird sich dabei zeigen, dass im letzten Drittel des 20. Jahrhunderts der mengenmäßige, auf die Zahl durchgeführter Vorgänge bezogene Umfang dieser Tätigkeit auffällig geringer geworden ist. Verbunden sei dies an dieser Stelle mit der Hoffnung, dass der quantitative Schwund nicht mit einem inhaltlichen Verlust an Bedeutung gerichtsärztlicher Arbeit verbunden ist. Denn, wie die Bemerkungen eingangs verdeutlichten, die Rechtsmedizin blickt trotz ihrer Tradition als ein altes Fach der *ars medicinae* gegenwärtig durchaus nicht in eine ungetrübte Zukunft.

Im Zusammenhang mit dieser Arbeit habe ich Herrn Prof. Dr. med. Klaus Püschel, dem Direktor des Institutes für Rechtsmedizin und Lehrstuhlinhaber am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, zu danken. Er hat es ermöglicht, dass ich unter seiner Leitung diesen Beitrag zur Gerichtsmedizin in Hamburg als Dissertationsschrift anfertigen durfte. Ganz besonders zu Dank verpflichtet bin ich Herrn Med.-Dir. Dr. med. Friedrich Schulz, durch den ich überhaupt erst von der Thematik der gerichtsärztlichen Untersuchungen auf Haft-, Termin- und Arbeitsfähigkeit und der diesbezüglichen Studie von Werner Naeve und Britta Becker erfahren habe. Ohne ihn wäre es nicht zum Heben dieser reichen Schätze an ergiebigen literarischen Quellen und Fundstellen gekommen. In seiner praktischen Betreuung meiner Dissertation hat er es immer wieder auf sich genommen, die nicht gerade wenig umfangreichen Entwürfe durchzustudieren und verständnisvoll die Entstehung des Textes zu begleiten. Wenn in dieser Arbeit Fehler stecken, so gehen sie alle allein auf meine Schuld; dass es wohl nicht allzu viele seien dürften, ist seiner Korrektur zu verdanken.

Mein Dank geht ferner an alle, die mir mit Rat, Tat und der Möglichkeit zu anregendem Gespräch zur Seite gestanden haben. Ausdrücklich erwähnen möchte ich Herrn A. Edgar Cerioni, Oberarzt am Zentralkrankenhaus der Hamburger Justizbehörde, der mir in freundschaftlicher Weise sonst nicht zugängliches Material über die Medizin im Hamburger Strafvollzug zukommen ließ. Ebenso genannt sei Herr Med.-Dir. Dr. med. Axel Gehl, der mir während mancher möglichen und unmöglichen Stunden in der Hamburger

Rechtsmedizin mit seinen Berichten ein plastisches Bild der gerichtsärztlichen Tätigkeit in dieser Stadt vermittelte. Die historischen Dimensionen der Hamburger Gerichtsmedizin – deren medizingeschichtliche Aufarbeitung zum Teil noch immer ein Desiderat der Forschung ist – haben sich mir besonders in der anregenden und angenehmen Zusammenarbeit mit Herrn Prof. Dr. med. Heinz-Peter Schmiedebach, dem Lehrstuhlinhaber am Hamburger Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, erschlossen. Namentlich zu erwähnen sind auch Herr Carsten Grote und Frau Martina Haase von der Hamburger Justizbehörde, die mich beratend unterstützt haben.

Zu danken habe ich ebenfalls Herrn Dr. med. Wolfgang Riekenbrauck, dem ärztlichen Leiter des Justizvollzugskrankenhauses des Landes Nordrhein-Westfalen in Fröndenberg. Er ermöglichte es in der heißen Phase der Niederschrift meiner Dissertation, dass ich neben dem alltäglichen Routinebetrieb des Justizvollzugskrankenhauses, in dem ich als Stationsarzt beschäftigt bin, noch Zeit finden konnte, mich auch meiner literarischen Arbeit zu widmen. – Dennoch erlöschte so manchen Abend und so manche Nacht die Lampe an meinem Schreibtisch erst zu weit vorgerückter Stunde. Am meisten Dank hat daher wohl meine Frau Elke verdient, die mich während des Schreibens dieser Arbeit mit der Gerichtsmedizin als fordernder Nebenbuhlerin zu teilen hatte und dabei leider nur zu oft den Kürzeren zog.

Fröndenberg / Ruhr, im Frühjahr 2008

Holger Lach

INHALTSÜBERSICHT

| | |
|---|----|
| Vorbemerkung | 4 |
| Inhaltsübersicht | 8 |
| 0. Einleitung | |
| 0.1 Über die Intention dieser Arbeit..... | 13 |
| 0.2 Begriffliche Klärungen vorab..... | 15 |
| 0.3 Die Architektur dieser Arbeit..... | 17 |
| | |
| Teil I Historische Sichtungen | |
| <i>Gerichtsärztliche Tätigkeit, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Verhandlungsführung vor Gericht und Strafvollzug – historisch orientierte Skizzierung des Themenkomplexes</i> | |
| I.0 Einführung in den Teil I | 22 |
| I.1 Medizin im Dienste staatlicher Interesse | |
| I.1.1 Von der „alten“ Staatsarzneikunde zur Fächerdiversifikation..... | 23 |
| I.1.2 Die historische Entwicklung aus gerichtsärztlicher Perspektive..... | 24 |
| I.1.3 Zum Aufgabenspektrum heutiger Rechtsmedizin..... | 25 |
| I.2 Öffentlicher Gesundheitsdienst – Amtsarzt und Gesundheitsamt | |
| I.2.1 Von der medizinischen Polizei zum „bürgernahen ÖGD“ | 26 |
| I.2.2 Öffentlicher Gesundheitsdienst – Begriffe und Institutionen..... | 26 |
| I.2.3 Amtsärztliche Aufgaben der Gesundheitsämter..... | 28 |
| I.3 Zur Besonderheit des Gerichtsärztlichen Dienstes in Hamburg | |
| I.3.1 Amtsärztliche versus gerichtsärztliche Aufgabenstellung?..... | 29 |
| I.3.2 Der Gerichtsärztliche Dienst in Hamburg als Teil der Gerichtsmedizin..... | 30 |
| I.3.3 Haft-, Termin- und Arbeitsfähigkeit als gerichtsärztlicher Belang..... | 31 |
| I.3.4 Einheitliche Datenlage – zentrale Zuständigkeit in Hamburg..... | 32 |
| I.4 Rechtsgeschichtliche Skizzen. Historiogenese des modernen Prozesswesens: Verhandlungsfähigkeit – Entstehung eines juristischen Begriffes | |
| I.4.1 Rechtsgeschichte – inmitten von Kultur- und Geistesgeschichte..... | 33 |
| I.4.2 Prozessrecht – von der Gewohnheit zum verfassten Recht..... | 34 |
| I.4.3 Der Inquisitionsprozess – kein Urteil ohne Untersuchung..... | 35 |
| I.4.4 Der moderne Verhandlungsprozess..... | 37 |
| I.4.5 Verhandlungsfähigkeit – ein junger Begriff der Rechtsgeschichte..... | 37 |
| I.5 Rechtsgeschichtliche Skizzen. Historiogenese des modernen Strafvollzugsgedankens: Haftfähigkeit – ein problematischer Begriff | |
| I.5.1 Haft als Strafe – keineswegs selbstverständlich..... | 38 |
| I.5.2 Rechtssysteme ohne Strafe..... | 39 |
| I.5.3 Aufkommender Strafgedanke – Freiheitsstrafen zunächst unbekannt..... | 41 |

| | | |
|-------|---|----|
| I.5.4 | Strafe als ausgleichende Schädigung..... | 42 |
| I.5.5 | Das Gefängnis als Kerker – insbesondere die Lage im historischen Hamburg..... | 43 |
| I.5.6 | Der neuzeitliche Wandel – Strafanstalten als neue Institutionen..... | 46 |
| I.5.7 | Freiheitsentzug als Strafe, die nicht schädigen, sondern bessern soll..... | 49 |
| I.5.8 | Haftfähigkeit – ein problematischer Begriff ohne positive Definition..... | 50 |

Teil II Systematische Bestimmungen

Haft-, Verhandlungs-, Reise- und Arbeitsfähigkeit sowie weitere Begriffe aus dem Spannungsfeld zwischen Recht und Medizin – systematisch orientierte Begriffsbestimmungen

| | | |
|-------------|---|-----------|
| II.0 | Einführung in den Teil II..... | 52 |
| II.1 | Juristische Fachsprache, Gutachten und Atteste | |
| II.1.1 | Juristische Fachsprache – wohlabgewogenes Sprechen als Handlungszweck..... | 54 |
| II.1.2 | Das Gutachten und die Rolle des Sachverständigen..... | 57 |
| II.1.3 | Ärztliche Atteste – genügende Entschuldigung bei Gericht?..... | 60 |
| II.2 | Gesetzestexte und Bestimmungen | |
| II.2.1 | Primat strafrechtlicher Belange in der gerichtsärztlichen Tätigkeit..... | 62 |
| II.2.2 | Das Strafgesetzbuch..... | 63 |
| II.2.3 | Die Strafprozessordnung..... | 64 |
| II.2.4 | Das Strafvollzugsgesetz..... | 64 |
| II.3 | Zur Bestimmung einzelner relevanter Begriffe | |
| II.3.1 | Juristische Entscheidungen, keine ärztlichen Diagnosen..... | 65 |
| II.3.2 | Haftfähigkeit beziehungsweise Haftunfähigkeit..... | 66 |
| | II.3.2.a Gesetzliche Vorgaben..... | 67 |
| | II.3.2.b Haftarten..... | 71 |
| II.3.3 | Verhandlungsfähigkeit als wichtiger Aspekt der Terminfähigkeit..... | 73 |
| | II.3.3.a Zum Ablauf eines Verfahrens..... | 73 |
| | II.3.3.b Verhandlungsfähigkeit als Verfahrensfähigkeit des Angeklagten..... | 76 |
| | II.3.3.c Weitere Aspekte der so genannten Terminfähigkeit..... | 78 |
| II.3.4 | Arbeitsfähigkeit als gerichtsärztliche Aufgabe..... | 80 |

Teil III Literarische Erkundungen

Handreichungen zur gerichtsärztlichen Praxis: Die Thematik insbesondere der Haft- und Terminfähigkeit ferner auch der Arbeitsfähigkeit und ihre Berücksichtigung im rechtsmedizinischen Schrifttum

| | | |
|--------------|---|-----------|
| III.0 | Einführung in den Teil III..... | 83 |
| III.1 | Lehrbücher der Gerichtsmedizin sive Rechtsmedizin | |
| III.1.1 | Das ältere gerichtsmedizinische Schrifttum im 19. Jahrhundert..... | 85 |
| III.1.2 | Das gerichtsmedizinische Schrifttum seit Beginn des 20. Jahrhunderts..... | 88 |

| | |
|--|-----|
| III.2 Spezielle Beiträge für Ärzte im Öffentlichen Gesundheitswesen | |
| III.2.1 Kursorische Beispiele seit dem späten 19. Jahrhundert..... | 99 |
| III.2.2 Neuere Beiträge im 20. Jahrhundert..... | 101 |
| III.2.3 Hinweis auf Publikationen aus der forensischen Psychiatrie..... | 103 |
| III.3 Kleinere Beiträge – insbesondere Zeitschriftenbeiträge | |
| III.3.1 Zuerst Gegenstand der Aufmerksamkeit: Haft- und Gewahrsamsfähigkeit..... | 104 |
| III.3.2 Neuerdings thematisiert: Verhandlungsfähigkeit..... | 106 |
| III.3.3 Eine Rarität: Studien mit statistischer Auswertung größerer Datenmengen..... | 109 |

Teil IV Empirische Untersuchungen

Die gerichtsärztliche Prüfung der Haft-, Termin- und Arbeitsfähigkeit in Hamburg: Tendenzen von 1975 bis 2004, detaillierte Darstellungen von 1995 bis 2004 – eine empirische Analyse

| | |
|---|------------|
| IV.0 Einführung in den Teil IV..... | 111 |
| IV.1 Quellengrundlage der Untersuchung | |
| IV.1.1 Sekretariatsbücher als Ausgangspunkt der Materialsammlung..... | 114 |
| IV.1.2 Elektronische Speichermedien als Neuerung..... | 115 |
| IV.1.3 Die so genannten „Telephonzettel“ und gutachtliche Unterlagen..... | 116 |
| IV.1.4 Besondere Umstände der Quellenauswertung..... | 118 |
| IV.1.5 Anmerkungen zum Datenschutz..... | 120 |
| IV.2 Zum Umfang angefragter gerichtsärztlicher Untersuchungen | |
| IV.2.1 Sinkende Tendenz, gerichtsärztliche Untersuchungen anzufragen..... | 121 |
| IV.2.2 Entwicklung einzelner Arten gerichtsärztlicher Untersuchungen..... | 123 |
| IV.2.2.a Anfragen nach Terminfähigkeitsuntersuchungen..... | 123 |
| IV.2.2.b Anfragen nach alleinigen Reisefähigkeitsuntersuchungen..... | 124 |
| IV.2.2.c Anfragen nach Haftfähigkeitsuntersuchungen..... | 125 |
| IV.2.2.d Anfragen nach Arbeitsfähigkeitsuntersuchungen..... | 125 |
| IV.2.3 Anmerkung zur Häufigkeit fehlgedeuteter psychiatrischer Problematiken..... | 126 |
| IV.3 Gerichtsärztliche Gutachten in detaillierter Betrachtung | |
| IV.3.1 Dimensionen des ausgewerteten Datenmaterials..... | 128 |
| IV.3.2 Vorherrschen strafrechtlicher Belange..... | 130 |
| IV.3.3 Datenmengen nach Untersuchungsart und Probanden im Überblick..... | 131 |
| IV.3.3.a Terminfähigkeitsuntersuchungen..... | 132 |
| IV.3.3.b Alleinige Reisefähigkeitsuntersuchungen..... | 135 |
| IV.3.3.c Haftfähigkeitsuntersuchungen..... | 135 |
| IV.3.3.d Arbeitsfähigkeitsuntersuchungen..... | 136 |
| IV.3.4 Vergleich zur Situation in den 1960er Jahren..... | 137 |

| | | |
|-------------|--|-----|
| IV.4 | Ergebnisse gerichtsärztlicher Untersuchungen | |
| IV.4.1 | Zur Frage der Bedeutung gerichtsärztlicher Untersuchungen..... | 139 |
| IV.4.2 | Die Ergebnisse gerichtsärztlicher Untersuchungen von 1995 bis 2004..... | 140 |
| | IV.4.2.a Terminfähigkeitsuntersuchungen: Ergebnisse..... | 140 |
| | IV.4.2.b Alleinige Reisefähigkeitsuntersuchungen: Ergebnisse..... | 147 |
| | IV.4.2.c Haftfähigkeitsuntersuchungen: Ergebnisse..... | 148 |
| | IV.4.2.d Arbeitsfähigkeitsuntersuchungen: Ergebnisse..... | 152 |
| IV.4.3 | Ergebnisse der Untersuchungen von 1963 bis 1971 zum Vergleich..... | 155 |
| IV.5 | Das Spektrum gerichtsärztlich zu begutachtender Gesundheitsstörungen | |
| IV.5.1 | Spezielles Anforderungsprofil für gerichtsärztlich Tätige..... | 157 |
| IV.5.2 | Befunde und Nebenbefunde..... | 159 |
| IV.5.3 | Eingrenzung von medizinischen Problemfeldern..... | 160 |
| | IV.5.3.a Terminfähigkeitsuntersuchungen: Auflistung medizinischer Problemfelder:..... | 162 |
| | IV.5.3.b Haftfähigkeitsuntersuchungen: Auflistung medizinischer Problemfelder:..... | 165 |
| | IV.5.3.c Arbeitsfähigkeitsuntersuchungen: Auflistung medizinischer Problemfelder:..... | 168 |
| IV.5.4 | Häufigkeit bestimmter Problematiken und Charakteristika..... | 169 |
| IV.5.5 | Allgemeinmedizinischer Charakter gerichtsärztlicher Tätigkeit..... | 174 |
| IV.6 | Fachärztliche Anschlussgutachten | |
| IV.6.1 | Moderne Medizin als „Facharztmedizin“ | 176 |
| IV.6.2 | Facharztwissen bei gerichtsärztlichen Problemstellungen..... | 177 |
| IV.6.3 | Fachärztliche Anschlussgutachten 1995 bis 2004..... | 178 |
| IV.7 | Externe gerichtsärztliche Untersuchungen – insbesondere so genannte Hausbesuche bei Probanden | |
| IV.7.1 | Externe gerichtsärztliche Untersuchungen – Grundsätzliches..... | 180 |
| IV.7.2 | Externe gerichtsärztliche Untersuchungen – beispielhafte Abläufe..... | 181 |
| IV.7.3 | Externe gerichtsärztliche Untersuchungen – zur Auswertung der Fälle 1995 bis 2004..... | 184 |
| IV.7.4 | Angefragte gerichtsärztliche Untersuchungen – Anteil externer darunter..... | 184 |
| IV.7.5 | Eigenheiten extern durchgeführter Untersuchungen 1995 bis 2004..... | 185 |
| IV.7.6 | Externe gerichtsärztliche Untersuchungen 1995 bis 2004 – Ergebnisse..... | 187 |
| IV.8 | Exkurs: Untersuchte Angeklagte unterschieden nach Deliktgruppen | |
| IV.8.1 | Krankheit und Krankheitsgewinn..... | 189 |
| IV.8.2 | Typologierungsversuche delinquenter Persönlichkeiten..... | 191 |
| IV.8.3 | Dokumentierte Delikte von Probanden 1995 bis 2004..... | 192 |
| IV.8.4 | Häufigkeitsverschiedenheiten bestimmter Deliktgruppen..... | 194 |
| IV.9 | Ärztliche Diagnosestellung und juristische Entscheidungsfindung – ein Spannungsbogen | |
| IV.9.1 | Vom Herkommen einer Sparte gerichtsärztlicher Aufgabenstellung..... | 196 |
| IV.9.2 | Veränderte Quantitäten gerichtsärztlicher Tätigkeit seit den 1960er Jahren..... | 199 |
| IV.9.3 | Rückgang gerichtsärztlicher Tätigkeit durch weniger juristische Vorgänge?..... | 203 |
| IV.9.4 | Beharrlichkeiten in der Durchdringung von Recht und Medizin..... | 208 |

Teil V - Anhang

Zur Verteilung der Wohnstätten extern untersuchter Probanden im Hamburger Stadtgebiet

Stadtgeographie aus gerichtsärztlicher Sicht: Bei externen Prüfungen zum Hausbesuch von 1995 bis 2004 an ihrer Wohnstätte aufgesuchte Probanden. Unterschiede in der Frequentierung einzelner Stadtteile, mögliche Zusammenhänge mit der sozialen Situation

| | | |
|------------|--|------------|
| V.0 | Einführung in den Teil V..... | 213 |
| V.1 | Einbezogenes Datenmaterial | |
| V.1.1 | Zum zahlenmäßigen Umfang des Datenmaterials..... | 215 |
| V.1.2. | Orientierende Bemerkungen zur Hamburger Stadtgeographie..... | 217 |
| V.1.3 | Zu Grunde gelegte Einteilung des Hamburger Stadtgebietes..... | 218 |
| V.1.4 | Dokumentierte Wohnstätten von Probanden in den Stadtteilen..... | 220 |
| V.2 | Konkrete Verteilung der Wohnstätten auf Stadtteile | |
| V.2.1 | Auflistung - Wohnstätten angeklagter Probanden..... | 221 |
| V.2.2. | Auflistung - Wohnstätten nichtangeklagter Probanden..... | 221 |
| V.2.3 | Zahlenmäßige Charakteristika der Verteilung der Wohnstätten..... | 222 |
| V.2.4 | Das Hamburger Stadtgebiet und die Kriminalitätsrate..... | 223 |
| V.2.5 | Räumliche Charakteristika der Verteilung der Wohnstätten..... | 224 |
| V.2.6 | Eigenheiten gerichtsärztlich oft frequentierter Stadtteile..... | 226 |
| V.3 | Billstedt - gerichtsärztlich häufiger aufzusuchen | |
| V.3.1 | Soziale Spannungssituation..... | 228 |
| V.3.2. | Historisch gewachsene Inhomogenität - Brüche im Stadtbild..... | 228 |
| V.3.3 | Gerichtsärztliche Stadtgeographie - Randphänomene als Schlaglichter..... | 229 |

Teil VI Quellengrundlagen

| | | |
|-------------|---|------------|
| VI.0 | Einführender Hinweis..... | 231 |
| VI.1 | Ergänzendes zu den Sekretariatsbüchern als Quellengrundlage..... | 231 |
| VI.2 | Datenspiegel zu Kapitel IV.8 | |
| VI.2.1 | In Kapitel IV.8 verwendete Einteilung von Deliktgruppen..... | 232 |
| VI.2.2 | Datenspiegel in tabellarischer Form..... | 233 |
| VI.2 | Datenspiegel zum Teil V..... | 237 |
| | Abbildungen und Karten..... | 247 |
| | Verweise und Belegstellen..... | 281 |
| | Literaturangaben..... | 293 |

O. EINLEITUNG

„Auch ist die Praxis gerichtsärztlicher Begutachtung lebender Personen ein wenig beachtetes Teilgebiet der Rechtsmedizin.“

Werner Naeve und Britta Becker

0.1 Über die Intention dieser Arbeit

Vor schon nunmehr gut 35 Jahren erschien im Jahre 1973 im Archiv für Kriminologie – im Übrigen der wohl mittlerweile ältesten, noch bis dato existierenden Fachzeitschrift ihrer Art weltweit [1] – aus den Reihen der Hamburger Gerichtsmedizin ein Beitrag mit dem Titel „Zur gerichtsärztlichen Beurteilung der Haft-, Verhandlungs- und Arbeitsfähigkeit“ (vgl. III.3.3). Darin stellen *Werner Naeve* und *Britta Becker* die Auswertung von 1896 gerichtsärztlichen Gutachten vor, die „(...) zur Frage einer Haft-, Verhandlungs- bzw. Arbeitsfähigkeit bei behaupteten oder tatsächlich vorgelegenen, nicht ins Fachgebiet der Psychiatrie fallenden ‚organischen‘ Krankheiten oder Leiden (...)“ [2] durch Ärzte des Gerichtsärztlichen Dienstes der Hamburger Gesundheitsbehörde in den Jahren von 1963 bis 1971 angefertigt worden waren.

Im Allgemeinen ist in Deutschland die Erstellung derartiger Gutachten im gerichtlichen Auftrag eine Aufgabe von Amtsärzten an Gesundheitsämtern (vgl. I.2.3); die besondere historisch gewachsene Situation in Hamburg (vgl. I.3.3) bringt es jedoch mit sich, dass hier in der Hafenstadt an der Elbe die Durchführung solcher Untersuchungen in den Händen von Ärzten aus den Reihen der Gerichtsmedizin liegt. Somit besteht für die nach Berlin zweitgrößte deutsche Stadt mit ihrer Millionenbevölkerung eine einheitliche, zentrale Erfassung dieses Datenmaterials in einer Institution, die bei der dezentralen Organisation im Öffentlichen Gesundheitswesen in der Regel sonst so nicht vorliegt (vgl. I.3.4). Derartige statistische Auswertungen gerichtsärztlicher Gutachtentätigkeit, wie sie Naeve und Becker in ihrem eingangs erwähnten Beitrag bieten, sind daher schon an sich selten und in dem von ihnen gebotenen Umfang mit beinahe 1900 einbezogenen Fällen wohl sogar eine absolute Rarität. – Die Arbeit der gerichtsärztlichen Gutachter in Hamburg hat bis heute ihre Fortsetzung, doch fand nach jener Publikation im Archiv für Kriminologie bisher keine weitere Auswertung des dabei gewonnenen gutachterlichen Materiales mehr statt. Alleine dies wäre Grund genug, sich der seit den 1970er Jahren mittlerweile dokumentierten Fälle auswertend anzunehmen.

Aber nicht nur, weil es überfällig erscheint, sozusagen hausintern Bestandsschau zu halten, wird hier eine Analyse der in Hamburg durchgeführten gerichtsärztlichen Untersuchungen auf Haft-, Verhandlungs-, Reise- und Arbeitsfähigkeit vorgelegt. Fanden diese Thematiken als Bereich der Rechtsmedizin bislang eher wenig Beachtung, was Naeve und Becker ihrerzeit anmerkten, so ist seit Neuerem offenbar das Interesse an ihnen unter den Medizinern erwacht (die juristischen Aspekte fanden in entsprechenden Beiträgen der Rechtswissenschaft indessen schon seit je ihre Aufmerksamkeit). Vormalig nur eher am Rande in den Lehrwerken der Gerichtlichen Medizin abgehandelt (vgl. I-

II.1.2), warten nunmehr auch Zeitschriftenpublikationen mit Darstellungen aus diesem Zusammenhang auf. War es dabei zunächst eher die Frage der ärztlich zu prüfenden *Haftfähigkeit*, die diskutiert wurde (vgl. III.3.1), so nehmen sich neueste Beiträge auch der bislang kaum näher in Medizinzeitschriften thematisierten Frage der *Verhandlungsfähigkeit* an. Für das gerichtsärztliche Fachpublikum widmete so Mitte 2005 die Zeitschrift *Rechtmedizin* einen ganzen Themenblock verschiedenen Aspekten der Verhandlungsfähigkeitsprüfung. Im November 2007 erschien dann im Deutschen Ärzteblatt unter dem Titel „Der Patient vor Gericht: Verhandlungs- und Vernehmungsfähigkeit“ ein an alle Mediziner gerichteter diesbezüglicher Beitrag (vgl. III.3.2).

Überhaupt ist ein Interesse an rechtsmedizinischen Aspekten zu verzeichnen, die neben der sozusagen notorischen Arbeit am Leichnam bislang eher unbemerkt existierten. Dass rechtsmedizinische Arbeit nicht nur Obduktionstätigkeit bedeutet, wird mehr und mehr in weiteren Kreisen bewusst, wenn auch insbesondere fiktive Darstellungen aus dem Krimigenre dem Publikum gerne weiter eine Verengung auf das altvertraute Bild der „Kalten Chirurgie“ im Sezierraum präsentieren. Grenzt man mit dem Begriff der *Klinischen Rechtsmedizin*, der inzwischen geläufig geworden ist, die forensisch-medizinische Untersuchung lebender Personen ab zu jenen auch dem Laien vertrauten Tätigkeiten am Leichnam, so stehen in den entsprechenden Darstellungen allerdings bislang Aspekte der Traumatologie (Trauma = griech. für Verletzung bzw. Wunde) im Vordergrund. Zu denken ist – mittlerweile auch von den Medien sehr beachtet – an die Untersuchung von Opfern einer Straftat insbesondere in Fällen von Vergewaltigung und Misshandlung, aber auch an Untersuchungen von Opfern eines Unfalles in Verkehr und Beruf, die unter dem Stichwort der Versicherungsmedizin eine Aufgabe gerichtsmedizinischer Gutachter sind. Weiter ist zu denken an die bekannte gerichtsärztliche Dokumentation der Verletzungsmuster von verkehrten Beschuldigten einer Straftat im Rahmen eines Ermittlungsverfahrens oder auch an die Begutachtung Geschädigter unter dem Verdacht einer betrügerischen Selbstbeibringung. Bisweilen wird daher der Oberbegriff der Klinischen Rechtsmedizin mehr oder weniger synonym zu Begriffen wie dem der forensischen Traumatologie oder der Viktimologie (lat. *victima* = Opfer) gebraucht, wie das Studieren von Inhaltsverzeichnissen mancher Lehrbücher erweist.

Doch umfasst die klinisch-ärztlich orientierte Untersuchung lebender Personen im Auftrag von Gerichten und Staatsanwaltschaften über solche Ermittlungen im Vorverfahren hinaus (zu den Abläufen eines Strafverfahrens vgl. II.3.3.a) auch die Prüfung der Haftfähigkeit oder der Fähigkeit, an Gerichtsterminen adäquat teilnehmen zu können. Und zwar, wenngleich wohl zum Hauptteil (vgl. IV.3.2), so aber doch nicht nur in strafrechtlichen Zusammenhängen. Diese forensisch-relevanten Untersuchungen von Probanden auf ihren gesundheitlichen Zustand hin stellen einen nicht zu vernachlässigenden Aspekt gutachterlicher Tätigkeit im Sinne klinisch rechtsmedizinischer Arbeit dar. Es ist keineswegs erst eine neuere Entwicklung, die dahinter steht; schon im 19. Jahrhundert findet sich im „Handbuch der Gerichtlichen Medizin“ von *Johann Ludwig Casper* und *Carl Liman* die einführende Bemerkung: „Wir haben sehr häufig die Aufgabe gehabt, zu bestimmen: ob ein Mensch seines angeblichen Gesundheitszustandes wegen wirklich nicht, wie er, mitunter durch ärztliche Atteste unterstützt, behauptete, an Gerichtsstelle erscheinen könne?“ [3] Daran hat sich im Wesentlichen bis heute nichts geändert, wenn wohl auch, nach den Umstrukturierungen im Öffentlichen Gesundheitswesen in den 1930er Jahren mit der Schaffung der Gesundheitsämter, kaum mehr wie in den Tagen

Caspers und Limans die gerichtsmedizinischen Institutionen mit diesen Begutachtungen beauftragt werden, sondern die Amtsärzte als moderne Nachfolger der alten Kreis- und Gerichts-Physici (vgl. I.2.1). Durch wen als berufenen Gutachter jedoch auch immer bearbeitet, – in diesen Fällen werden eindeutig eben nicht die oben erwähnten traumatologischen Fragestellungen untersucht, sondern es werden aus der klinischen Medizin vertraute Phänomene wie Herz- und Kreislaufkrankungen, Stoffwechselleiden oder orthopädische Beschwerden zum Gegenstand der Begutachtung gemacht (vgl. IV.5.3). Unübersehbar gewinnt hier, wie noch näher zu zeigen ist (vgl. IV.5.5), die Tätigkeit des Gerichtsarztes eminent *allgemeinmedizinische* Züge.

Nimmt man dies alles zusammen – das seit über drei Jahrzehnten brach liegende Hamburger Datenmaterial, die Seltenheit statistischer Auswertungen aus diesem Bereich an sich, das mittlerweile erwachende Interesse an der Thematik über juristische Kreise hinaus auch in der Medizinerschaft wie ganz allgemein das gegenwärtige Interesse an der so genannten Klinischen Rechtsmedizin –, so muss die hier gebotene größer angelegte Auswertung von gerichtsärztlichen Prüfungen der Haft-, Termin- und Arbeitsfähigkeit wohl kaum noch bezüglich ihrer literarischen Existenz weiter gerechtfertigt werden.

0.2 Begriffliche Klärungen vorab

Bereits an dieser Stelle sollen einleitend begriffliche Klärungen geboten werden. Zwar bietet insbesondere der **Teil II** systematische Erläuterungen zur Terminologie, doch sind für das Verständnis des Lesers Anmerkungen voran zu schicken, da schon im Titel dieser Arbeit eine nicht eindeutige Begrifflichkeit auftaucht. – Gemeint ist hier der Ausdruck der *Terminfähigkeit*; für seine Verwendung im gerichtsärztlichen Bereich gibt es cum grano salis zwei Traditionen. Häufig – und so auch in gegenwärtigen Standardwerken wie im „Handbuch gerichtliche Medizin“ [4] – wird unter Terminfähigkeit alleine die Fähigkeit aufgefasst, den Ort einer gerichtlichen Verhandlung aufsuchen zu können. Oder wie Naeve und Becker in ihrem hier erwähnten Beitrag kurz und bündig formulieren: „Unter Terminfähigkeit ist die Fähigkeit zu verstehen, den Weg zum Gericht zu machen.“ [5]

Ein anderer definatorischer Traditionsstrang fasst dagegen wörtlich genommen unter Terminfähigkeit alle Aspekte der Fähigkeit zusammen, an einem anberaumten gerichtlichen Termin teilnehmen zu können. Dazu zählt zunächst natürlich die Fähigkeit, den Verhandlungsort überhaupt erreichen zu können – im Sinne der Reisefähigkeit des mehr oder weniger Uneingeschränkten oder der Transportfähigkeit des gesundheitlich Gehandicapten –, sodann aber auch die Fähigkeit, hernach an dem vor Ort beim Termin ablaufenden Geschehen angemessen Anteil nehmen zu können. Hier ist an die Verhandlungsfähigkeit des Angeklagten, die Vernehmungsfähigkeit des Zeugen oder die im Zivilrecht anders bestimmte Prozessfähigkeit des Beklagten zu denken (zu den Begriffen im einzelnen vgl. Kapitel II.3). *Terminfähigkeit* ist in dieser Verwendung mithin der Oberbegriff für Reise- und Transportfähigkeit auf der einen Seite wie andererseits für die Begriffe rund um Verhandlungs- beziehungsweise Vernehmungsfähigkeit. Dieser terminologische Gebrauch hat in der gutachterlichen Sprache eine schon länger eingeführte Tradition [6], und so soll auch hier im Titel wie in den einzelnen Ausführungen dieser Arbeit Terminfähigkeit als ein Oberbegriff verwendet werden. Damit soll nicht etwa eine anders geprägte Verwendung als „falsch“ oder weniger geeignet bezeichnet werden. Es gibt aus

dem sprachlichen Herkommen schlicht verschiedene Möglichkeiten der Wortwahl, und der Leser soll sich dies lediglich bewusst machen, damit klar wird, wovon in den jeweiligen Ausführungen die Rede ist. In der auswertenden Darstellung in **Teil IV** werden unter der Überschrift der Terminfähigkeit also Untersuchungen auf Verhandlungsfähigkeit wie auch solche Untersuchungen, die eine Prüfung der Reisefähigkeit einschließen, abgehandelt. (Aus systematischen Gründen werden lediglich die im Übrigen wenigen Fälle reiner Reisefähigkeitsprüfungen jeweils in einem eigenen Abschnitt behandelt, insofern die zum Vergleich herangezogene Studie von Naeve und Becker solche Fälle nicht einbezogen hat).

Eine andere hier vorab zu erwähnende, häufiger auftauchende Bezeichnung ist der Ausdruck „Gerichtsärztlicher Dienst“. – Wie der Blick auf manche Darstellungen zum Beispiel der angebotenen Leistungen von Gesundheitsämtern zeigt (vgl. **I.3.1**), kann dieser Begriff recht unspezifisch im Sinne einer angebotenen Dienstleistung mit gerichtsärztlichem Charakter gebraucht werden. An dieser Stelle bezieht sich die Rede vom Gerichtsärztlichen Dienst, so nichts anderes dazu ausgeführt wird, jedoch prinzipiell auf eine entsprechende *Institution* in der Freien und Hansestadt Hamburg. Diese spezielle behördliche Einrichtung, die seit der Wende zum 20. Jahrhundert in ihrer engeren Form als existent anzusetzen ist und seit den 1920er Jahren auch explizit als „Gerichtsärztlicher Dienst“ bezeichnet wurde (statt wie zuvor unter dem alten Titel des Physikates angesprochen zu werden), ist damit wesentlich älter als die Struktur der erst nachher geschaffenen lokalen Gesundheitsämter (vgl. **I.3.2**). Vor allem stellt sie eine der Gerichtsmedizin und nicht dem amtsärztlichen Bereich zugehörige Institution dar, so dass in Hamburg nicht wie anderenorts die Aufgabe der Prüfung von Haft-, Termin- oder Arbeitsfähigkeit im gerichtlichen Auftrag aus der gerichtsmedizinischen Sphäre „verschwunden“ ist.

Ursprünglich der alten Hamburgischen Gesundheitsbehörde – und nicht etwa der für das Polizeiwesen zuständigen Innenbehörde – zugehörig, hat sich die strukturelle Fassung dieser Institution jedoch im Laufe der neueren Geschichte gewandelt. Mit Schaffung der Universität in der Zeit nach dem Ersten Weltkrieg entstand auch in Hamburg, wie anderswo schon weitaus früher, zunächst eine Professur und später ein eigenes akademisches Institut der Gerichtlichen Medizin (vgl. **I.3.3**). Lange Zeit bestand der Gerichtsärztliche Dienst innerhalb der Gesundheitsbehörde unabhängig neben diesem jüngeren gerichtsmedizinischen Institut an der Universitätsklinik, die als Teil der Universität der vormalig für Unterricht zuständigen Behörde unterstand. Auf Senatsbeschluss wurde 1997 der Gerichtsärztliche Dienst mit seinem Personal als ein Arbeitsbereich in das universitäre Institut für Rechtsmedizin (wie letzteres seit 1973 heißt) integriert, das sich insgesamt unter das Dach der Behörde für Wissenschaft und Forschung (seit 2004: Behörde für Wissenschaft und Gesundheit) gestellt sieht [7]. Im Zuge dieser Umstrukturierung verschwand freilich der alte vertraute Titel „Gerichtsärztlicher Dienst“ aus der Sprache der Hamburger Behörden – in Gerichten, Staatsanwaltschaft oder bei der Polizei oft griffig nur mit seiner Abkürzung „GÄD“ genannt – indem für den in das Institut integrierten, hoheitliche Aufgaben verfolgenden Bereich nunmehr als amtliche Bezeichnung der Name „Forensisch-medizinischer Dienst“ (abgekürzt „FMD“) vorgesehen ist. Insofern an dieser Stelle gerichtsärztliches Gutachtenmaterial der Jahre 1975 bis 2004 dargestellt wird, liegt der beschriebene Namenswechsel innerhalb des thematisierten Zeitraums. Um jedoch im Verlauf des Textes nicht zwischen der Verwendung verschiedener Namen oszillieren zu müssen, wurde der Eindeutigkeit halber in den Ausführungen jeweils nur die über die

meiste Zeit in der Geschichte dieser Institution übliche Bezeichnung „Gerichtsärztlicher Dienst“ verwendet, unabhängig davon, ob gerade Gutachtenmaterial und Vorgänge vor oder nach Mitte der 1990er Jahre angesprochen werden.

0.3 Die Architektur dieser Arbeit

Wie eingangs geschildert, war der erste Impuls, sich mit der gerichtsärztlichen Prüfung der Haft-, Termin- und Arbeitsfähigkeit in Hamburg zu beschäftigen, die Tatsache, dass die Ergebnisse dieser Tätigkeiten seit den 1970er Jahren nicht mehr wissenschaftlich ausgewertet worden sind. Die hier in **Teil IV** gebotenen Angänge an das Datenmaterial sind somit nicht nur der umfangreichste Bereich, sondern gewissermaßen der Nucleus der Arbeit. Freilich hat sich um diesen an sich voluminösen Kern noch eine nicht unwesentliche, ergänzende Hülle von mal mehr mal weniger eng am Thema sich anknüpfenden Ausführungen gelegt. Die Absicht zu solchen vorgeschalteten oder anmerkenden Darstellungen rund um verschiedene Thematiken von Recht, Medizin und Rechtsmedizin kam rasch schon während der Vorarbeiten bei der Erfassung des Datenmaterials auf. Immer wieder kam es nämlich in Gesprächen mit Beteiligten aus der gerichtsärztlichen Sphäre wie aber auch mit interessierten Außenstehenden zu denselben weiter- beziehungsweise tiefergreifenden Fragen.

Zumeist anknüpfend an erläuternde Definitionen der dem juristischen Laien meist nur unscharf bekannten Begriffe der Haft- und der Verhandlungsfähigkeit (vgl. **II.3.2** und **II.3.3**), geriet die Diskussion regelmäßig gleichsam in das Fahrwasser von Grundsatzdebatten. Denn warum eigentlich wird im Strafverfahren neben der Schuld- und Zurechnungsfähigkeit auch noch die Verhandlungsfähigkeit eines Angeklagten geprüft? Der alte, bis ins 19. Jahrhundert noch lebendige Inquisitionsprozess kannte diese Denkungsweise nicht, er wollte mit seiner Untersuchung aufdecken, was Sache ist (vgl. **I.4.3**). Was also hat sich geändert mit dem Aufkommen des modernen Verhandlungsprozesses, bei dem vor Gericht zwischen verschiedenen Parteien und ihren Interessen über eine Sache verhandelt wird? Oder warum ist in der modernen Sichtweise bisweilen ein Verurteilter zwar strafwürdig respektive haftwürdig, aber nicht haftfähig, weil seine gesundheitliche Situation dies nicht zulässt? Warum wird auf das Wohlergehen des Delinquenten eine solche Rücksicht genommen, die noch dem Menschen der frühen Neuzeit unbekannt gewesen ist (vgl. **I.5.8**)? An derartige Erwägungen schlossen sich rasch auch die Fragen an, was überhaupt Recht und Rechtsordnung, was überhaupt Haft beziehungsweise Strafe sind. Leibniz, so wird über den barocken Gelehrten gesagt [8], soll, als er für seinen Landesherrn eine Darstellung des hannoveraner Königshauses zu verfassen hatte, zunächst Kapitel über die geologischen Aspekte der Landschaft, über das Gewordensein der Erdkruste, geschrieben haben, bevor er sich der Schilderung des Herrscherhauses zu widmen gedachte; denn schließlich muss man zuallererst den Boden und sein Herkommen kennen, auf dem alles sich abspielt. – Auf ähnliche Weise ist der **Teil I** mit seinen „Historischen Sichtungen“ und der **Teil II** mit seinen „Systematischen Bestimmungen“ entstanden.

Zunächst wird eine historisch orientierte Skizzierung des Themenkomplexes hinsichtlich gerichtsärztlicher Tätigkeit, des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (eingeschlossen der oben erwähnten besonderen Entwicklung in Hamburg), der Verhandlungsführung vor Gericht sowie der Entstehung des Strafvollzuges geboten. Im folgenden Teil werden

Haft-, Verhandlungs-, Reise- und Arbeitsfähigkeit sowie weitere Begriffe aus dem Spannungsfeld zwischen Recht und Medizin systematisch orientiert erläutert. Der **Teil III** dient sodann mit „Literarischen Erkundungen“ weniger der aus formalen Gründen in jeder fachwissenschaftlichen Darstellung nötigen Auseinandersetzung mit der Literatur zum Thema. Wenn hier erkundet wird, welche Handreichungen zur gerichtsärztlichen Praxis sich über die Thematiken insbesondere der Haft- und Terminfähigkeit, ferner auch der Arbeitsfähigkeit im rechtsmedizinischen Schrifttum finden, so wird die Beschäftigung mit den jeweiligen Publikationen vielmehr zum motivischen Leitfaden genommen, um aus einer ideengeschichtlichen Perspektive zu vermitteln, welche inhaltliche Füllung diese Begriffe seit dem Beginn der Moderne gefunden haben.

Wer schon in Ausbildung oder Studium lieber zum knapp den aufbereiteten Lernstoff auflistenden Kompendium statt zum erzählend seine Thematik umkreisenden, voluminösen Lehrbuch gegriffen hat, wird daher an dieser Stelle weniger auf seine Kosten kommen. – Ausdrücklich war auch nicht Ziel dieser Arbeit, Gutachtern praktische Anleitungen zu geben, wie im Alltag in speziellen Situationen jeweils zu verfahren sei; für die ärztliche Begutachtung existieren längst entsprechende Lehrwerke (vgl. **II.1.2**). Ähnlich wie in dem Beitrag von Naeve und Becker geht es nicht um das Wie im Einzelfall, sondern um das Gesamtpanorama, um den Überblick, mit welchen Problemfeldern der Heilkunde sich ein gerichtsärztlich Tätiger in seiner Rolle als Gutachter konfrontiert sehen kann. Daraus lassen sich, wie Naeve und Becker anmerken, Rückschlüsse „(...) für die Ausbildung der Gerichtsärzte aber auch für die personelle Besetzung sowie die apparative Ausstattung gerichtsärztlicher Untersuchungsstellen (...)“ [9] ziehen, wie überhaupt für die Bedeutung einer Institution im Sinne eines solchen gerichtsärztlichen Dienstes – einerlei, ob wie in Hamburg in der Gerichtsmedizin oder anderswo im Gesundheitsamt angesiedelt.

Es wird also dargestellt, in welchem Umfang von Seiten der Justiz überhaupt medizinisch sachverständige Unterstützung nachgefragt wird (vgl. **IV.2**) und in welchem Umfang und mit welchem Ergebnis derartige Begutachtungen stattgefunden haben (vgl. **IV.3** und **IV.4**). Bezüglich der dokumentierten Vorgänge wird aufgeschlüsselt, welche Befunde und Nebenbefunde erhoben worden sind (vgl. **IV.5.2** und **IV.5.3**), was bestimmte medizinische Problemfelder hinsichtlich ihrer Charakteristika und der Häufigkeit, mit der sie zu bearbeiten waren, ausmacht (vgl. **IV.5.4**) und in welcher Weise dabei gerichtsärztliche Tätigkeit, wie schon kurz erwähnt, allgemeinmedizinische Züge gewinnt (vgl. **IV.5.5**). Es wird auch darzustellen sein, in welchem Umfang bei gerichtsärztlichen Fragestellungen Facharztwissen nötig wurde (vgl. **IV.6**) – dies wirft ein Licht darauf, dass der Gerichtsarzt kein Alleskönner mehr zu sein hat, sondern, ähnlich wie in der neueren Medizin insgesamt, sich immer häufiger ein Zusammenspiel von verschiedenen ausgerichteten Fachärzten ergeben muss, um einem jeweiligen Problemfall angemessen gerecht zu werden. Die Bedeutung eines rasch einsatzbereiten gerichtsärztlichen Dienstes für Justizorgane wird anhand der externen Untersuchungen im Rahmen der so genannten Hausbesuche bei Probanden an deren Wohnstätte dargestellt (vgl. **IV.7**). Anmerkungsweise wird in einem Exkurs sodann versucht herauszuarbeiten, ob in der gerichtsärztlichen Arbeit hinsichtlich bestimmter Deliktgruppen bei den zu begutachtenden Probanden Häufigkeitsunterschiede bestehen (vgl. **IV.8**). Medizinsoziologisch wird dabei auf das Modell des Krankheitsgewinnes als intrapersonaler Anpassungsstrategie zur Bewältigung konfliktreicher, an sich nicht zu ändernder Bedingungen der Umwelt Bezug genommen. Wo-

bei dann jene von Gerichtsärzten und anderen Medizinerinnen im Justizwesen häufig geäußerte Einschätzung gemäß ihrer Validität auf den Prüfstand gestellt wird, dergemäß vor allem betrügerische Persönlichkeiten zu einer Instrumentalisierung der Krankenrolle neigten und daher im gerichtsärztlichen Probandengut überproportional häufig vertreten seien.

Wenn es Zahlen und Daten aus Hamburg sind, die dabei ausgewertet werden, so sollen diese nur exemplarisch für die gerichtsärztliche Situation eines urbanen Ballungsbereiches einer deutschen Großstadt der Gegenwart sein. Dass es Hamburger Fälle sind, liegt einfach daran, dass hier in dieser Stadt nun einmal solche Zahlen und Daten in einer derartigen, auswertbaren Sammlung vorliegen (vgl. I.3.4). Es sollte jedoch keine lokale stadtgeschichtlich beziehungsweise stadtsoziologisch ausgerichtete Arbeit über Hamburg entstehen. – Dennoch kam schon während der Recherche im Gespräch mit gerichtsärztlich Tätigen immer wieder sozusagen zwangsläufig das Hamburger Lokalkolorit aufs Tapet, und gerade in den Schilderungen der gerichtsärztlichen Hausbesuche wurde stetig die Frage der Verteilung der Wohnstätten extern untersuchter Probanden im Hamburger Stadtgebiet thematisiert. Wo fährt er hin, der Gerichtsarzt, das heißt genauer gesagt, wo fährt er *öfter* hin? – ...denn diese Einschätzung hatten die Beteiligten: Einzelne Stadtteile sollen sichtlich Unterschiede in der Frequentierung seitens der Gerichtsärzte hinsichtlich ihrer Lokaltermine aufweisen. Lässt sich dies am erhobenen Datenmaterial erhärten? Und wenn ja, – geht dies einher mit Unterschieden in der sozialen Situation vor Ort?

Die Frage erschien zu interessant, um sie auf sich beruhen zu lassen. Jedoch läuft die Bezugnahme auf Hamburger Gegebenheiten der erklärten Intention dieser Arbeit zuwider, keine ortsspezifisch ausgerichteten Ansätze zu verfolgen, sondern das lokale Datenmaterial exemplarisch für die Situation einer deutschen Großstadt auszuwerten. Eine Abhandlung über Hamburger Stadtteile und Wohnviertel im Rahmen der anderen Analysen wie hinsichtlich von Alter, Geschlecht oder auch Delikt der Probanden schied demnach aus. Nachdem sich bei der statistischen Auswertung der archivierten Dokumente dann auch noch, bezogen auf die einzelnen der 104 Hamburger Stadtteile, die absoluten Anzahlen der Fälle, in denen jeweils Probanden in ihnen an ihrer Wohnstätte gerichtsärztlich aufzusuchen waren, als vergleichsweise gering erwiesen, stand fest, dass es sich hier wohl eher um eine Art „Nebenthematik“ handeln dürfte. Der **Teil V** bietet daher ausdrücklich als Anhang verstanden den Versuch einer „Stadtgeographie aus gerichtsärztlicher Sicht“, indem die Verteilung der Wohnstätten extern untersuchter Probanden im Jahrzehnt von 1995 bis 2004 trotz geringer Gesamtdatenzahlen näher beleuchtet wird. Im Sinne einer eher „impressionistisch“ orientierten Angehensweise (vgl. V.0) wirft dabei die Beschäftigung mit einem Randphänomen durchaus Schlaglichter auf die soziologisch-kriminologische Situation der Stadt an sich.

Doch bedarf nicht nur diese in **Teil V** der eigentlichen Analyse des zu untersuchenden Materials angehängte Betrachtung an dieser Stelle einer Rechtfertigung, um auf das Wohlwollen des Lesers rechnen zu können. Bereits der Titel verweist darauf, dass neben den Prüfungen auf Haft- und Terminfähigkeit auch die gerichtsärztliche Untersuchung der *Arbeitsfähigkeit* ausdrücklich zum Thema gemacht wird. So zieht sich durch den gesamten **Teil IV** mit seinen empirischen Untersuchungen die auch formal in der Untergliederung sichtbare Einordnung der Arbeitsfähigkeit als einem eigenen dritten Teilbereich gerichtsärztlicher Tätigkeit neben der Haft- und Terminfähigkeitsprüfung.

Für den hier untersuchten Zeitraum von 1975 bis 2004 waren nun zwar 557 Anfragen für eine gerichtsärztliche Überprüfung der Arbeitsfähigkeit zu verzeichnen (vgl. die Daten in *Abbildung 9*), was an sich gesehen zunächst für ein gewisses Interesse an dieser Art von Untersuchung bei den gerichtlichen Stellen spricht. Stellt man jedoch in Rechnung, dass in diesen drei Jahrzehnten insgesamt 4721 Anfragen für gerichtsärztliche Untersuchungen im Rahmen von Haft-, Termin- und Arbeitsfähigkeit eingegangen sind (vgl. die Tabelle in *Abbildung 1*), so machen darunter die 557 Anforderungen für eine Arbeitsfähigkeitsprüfung gerade 11,8 Prozent aller Anfragen aus. Betrachtet man einmal für den detaillierter ausgewerteten Zeitraum von 1995 bis 2004 die auf Grund solcher Anfragen hernach tatsächlich auch durchgeführten Untersuchungen, so sprechen diese Zahlen vom Ende der hier dargestellten Zeitspanne ein deutliches Bild. Von nämlich in diesen zehn Jahren insgesamt 651 gerichtsärztlichen Vorgängen bezogen sich 465 auf eine fragliche Terminfähigkeit (im Sinne von Verhandlungs- und /oder Reisefähigkeit) und 169 auf die Problematik einer Haftpfähigkeit. Doch nur lediglich 17 Fälle einer zu prüfenden Arbeitsfähigkeit sind für diesen Zehnjahreszeitraum im Archiv des Gerichtsärztlichen Dienstes dokumentiert. Letztlich ist dies nicht wesentlich mehr als die sieben Fälle einer alleinigen Reisefähigkeitsprüfung, die im Rahmen der gerade erwähnten insgesamt 465 Terminfähigkeitsuntersuchungen zu verzeichnen waren. Werden nun diese sieben alleinigen Reisefähigkeitsprüfungen – wie oben schon geschildert – zwar aus formalen Gründen gesondert in der Auswertung ausgewiesen (vgl. die Bemerkung in Abschnitt **0.2**), so werden sie dadurch aber keineswegs als ein eigenständiger Bereich gerichtsärztlicher Arbeit herausgestellt wie dies für die Arbeitsfähigkeitsprüfungen sehr wohl geschieht. – In der Tat gibt der absolute Umfang der geleisteten gerichtsärztlichen Untersuchungen auf Arbeitsfähigkeit diese Einschätzung als einer neben Haft- und Terminfähigkeitsprüfungen eigenständigen, dritten Untersuchungsart nicht beziehungsweise nicht *mehr* her. Die entsprechenden Aufschlüsselungen in **Teil IV** mit jeweils eigenen Betrachtungen und Auswertungen von Arbeitsfähigkeitsuntersuchungen verleihen der Problematik eine (Über-)Gewichtung, die sie rein von der Perspektive der Menge her gesehen wohl nicht verdient.

Wenn dies dennoch bewusst so gemacht wird, so schuldet es sich dem schon mehrfach erwähnten Beitrag „Zur gerichtsärztlichen Beurteilung der Haft-, Verhandlungs- und Arbeitsfähigkeit“ von Werner Naeve und Britta Becker, der hier stets als Vergleichsfolie der Auswertung unterlegt werden soll. In der von Naeve und Becker dokumentierten Situation des Gerichtsärztlichen Dienstes Mitte der 1960er bis Anfang der 1970er Jahre waren nämlich von insgesamt 1896 ausgewerteten, damals in sieben Jahren erstellten Gutachten neben 646 auf Haftpfähigkeit und 626 auf Verhandlungsfähigkeit bezogenen Fällen auch 624 Gutachtenfälle bezüglich fraglicher Arbeitsfähigkeit zu verzeichnen (vgl. die Tabelle in *Abbildung 3*). Fast exakt genau jeweils ein Drittel der gutachterlichen Tätigkeit verteilte sich seinerzeit mithin auf die drei Bereiche Haft-, Verhandlungs- und Arbeitsfähigkeit, wodurch sich die methodologische Dreiteilung für Naeve und Becker zwanglos ergab. In dieser Arbeit, die in überblickender Perspektive die Entwicklung von 1975 bis 2004 und in detaillierterer Sicht die Verhältnisse im Jahrzehnt von 1995 bis 2004 darstellen will, soll soweit wie möglich der selbe Ansatz von Einteilung und Auswertung wie im Beitrag von Naeve und Becker gewählt werden, um im Vergleich Gemeinsamkeiten und Veränderungen erkennen zu können. Daher wird auch hier die Dreiteilung der entsprechend ausgewerteten gerichtsärztlichen Untersuchungstätigkeit mit Arbeitsfähigkeitsprüfungen als

einem eigenen Bereich beibehalten. Der Leser möge dies in seinem Urteil berücksichtigen, wenn bisweilen in dieser Arbeit die Darstellung der zahlenmäßig geringen gerichtsärztlichen Arbeitsfähigkeitsprüfungen eine vielleicht unangemessen erscheinende Aufmerksamkeit zu erfahren scheint. –

Summa summarum zeigt sich also, dass nicht nur insgesamt die Häufigkeit abgenommen hat, in der gerichtsärztliche Gutachten bezüglich Haft-, Termin- oder Arbeitsfähigkeit angefragt werden (vgl. **IV.2.1**). Es zeigt sich vor allem auch, dass sich innerhalb dieser Gesamtentwicklung deutlich die Relationen zwischen den einzelnen Tätigkeitsfeldern verschoben haben. So bilden, wie erwähnt, die Untersuchungen auf Verhandlungsfähigkeit nunmehr eindeutig den Hauptteil der angefragten Begutachtungen (vgl. **IV.2.2.a**), wenngleich auch sie sichtlich von ihrem zahlenmäßigen Umfang her abgenommen haben. Die Prüfung der Haftfähigkeit hat bezüglich ihres Anteils an der gerichtsärztlichen Arbeit im Vergleich dazu jedoch wesentlich mehr abgenommen (vgl. **IV.2.2.c**). Und die Untersuchung auf Arbeitsfähigkeit hat, wie der Vergleich zu den Zahlen von Naeve und Becker zeigt, sogar so sehr abgenommen, dass sie an sich auf eine Art von „Schwundstufe“ zurückgedrängt, an sich gar nicht mehr die Beachtung verdient hätte, die sie aber hier aus historischer Rücksicht noch erhält.

TEIL I – Historische Sichtungen

Gerichtsärztliche Tätigkeit, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Verhandlungsführung vor Gericht und Strafvollzug – historisch orientierte Skizzierung des Themenkomplexes

„Kenntnis der historischen Entwicklung ist gewöhnlich geradezu Voraussetzung zum Verständnis gegenwärtiger Zustände, der politischen Gebilde der Erde wie der kulturellen Besonderheiten und Rechtsnormen.“

Hans-Heinz Eulner

I.0 Einführung in den Teil I

Wer auch nur ein wenig mit der Materie der ärztlichen Prüfung der Verhandlungs-, Reise-, Haft- oder Arbeitsfähigkeit im Auftrag von Gerichten und Staatsanwaltschaften vertraut ist, mag sich wundern, dass hier aus dem Bereich der *Gerichtlichen Medizin* ein Beitrag zu diesem Thema vorgelegt wird. Gilt doch üblicherweise eine derartige Beurteilung als *amtsärztliche* Aufgabe für Mediziner, die bei einem *Gesundheitsamt* ihre Tätigkeit haben, während der Gerichtsmediziner als zuständig für die Untersuchung eher von den Opfern einer Straftat angesehen wird (gleich, ob in der Form der gerichtlichen Sektion des getöteten Opfers oder der Begutachtung von gesundheitlichen Schäden einer lebenden Person, die einer Gewalttat anheim gefallen ist).

Diese Trennung in Amtsarzt und Gerichtsmediziner indes ist noch nicht sehr alt. Einführend erscheint es sinnvoll, überhaupt den darzustellenden Themenkomplex in seiner historischen Herausbildung zu skizzieren. Derart auf das Werden und Gewordensein institutionell gefasster rechtsstaatlicher Momente einzugehen, ist kein Selbstzweck einer nur historiographisch interessierten Blickweise. *Gunter Suttlinger* zum Beispiel schickt seiner allgemeinen Darstellung des Strafvollzugs im „Handwörterbuch der Rechtsmedizin“ bewusst eine eingehendere historische Ausführung voran: „Einen Abriss der Strafvollzugsgeschichte zu geben ist (...) notwendig (...), weil es im bisherigen und auch noch im gegenwärtigen Vollzug eine Fülle von Einrichtungen, Gewohnheiten und ideologiebegründeten Vorstellungen gibt, die nur aus seiner geschichtlichen Entwicklung hergeleitet und verstanden werden können.“ [1] Was Suttlinger für den Strafvollzug geltend macht, darf ebenso für die anderen hier zu untersuchenden Aspekte behauptet werden. Wie für das Konzept der *Haftfähigkeit*, das nur aus der Geschichte des Strafrechtsgedankens heraus begriffen werden kann, gilt auch für den Begriff der *Verhandlungsfähigkeit*, dass er erst aus der historischen Entwicklung der modernen Prozessführung verständlich wird. Wie sehr aber selbst für juristisch Versierte der Begriff der Verhandlungsfähigkeit oft „unscharf“ daherkommt oder sogar missverständlich wird, zeigt sich in den Gepflogenheiten des gutachterlichen Alltages (vgl. etwa IV.2.3).

Was die darzustellenden Haft- und Terminfähigkeitsuntersuchungen beziehungsweise die ebenso anzusprechende Prüfung der Arbeitsfähigkeit im behördlichen Auftrag betrifft, soll daher zur Einführung die Verortung der Thematik im Verlauf der Geschichte umrissen werden. Es ist weiterhin auf die Geschichte des modernen rechtsstaatlichen Verhandlungsprozesses in Abkehr vom tradierten Inquisitionsprozess einzugehen und die Historiogenese der heutigen Strafrechtspflege anzuschneiden. – Vor allem, um die Eigenheiten des hier präsentierten Datenmaterials zu verstehen, um überhaupt sein Zustandekommen erklären zu können, ist auch eine kurze Schilderung der eigentypischen Entwicklung des öffentlichen Gesundheitswesens in der Freien und Hansestadt Hamburg mit seinem *Gerichtsärztlichen Dienst* zu leisten.

Kapitel I.1 Medizin im Dienste staatlicher Interessen

I.1.1 Von der „alten“ Staatsarzneikunde zur Fächerdiversifikation

Hat sich im deutschsprachigen Bereich an der Schwelle zur Moderne die Gerichtliche Medizin aus dem älteren Fach der *Staatsarzneikunde* entwickelt, so war diese eine auch durch ausgewiesene Lehrstühle vertretene Disziplin, die – nomen est omen – sämtliche Belange der Anwendung ärztlichen (in altertümlicher Diktion: „arzneilichen“) Wissens im staatlichen Interesse unter sich fasste. Verfolgt man die gut dokumentierte Umstrukturierung der Lehrstühle an den medizinischen Fakultäten [2], teilte sich hinsichtlich Ausbildung wie Ausübung die so genannte *medicinische Policey* (der Ausdruck „Policey“ hier zunächst noch ganz im Sinne des 18. Jahrhunderts verstanden als das einer öffentlichen Gemeinschaft, einer Polis, zu Grunde liegende Ordnungsprinzip) mitunter erst sehr spät vom Universalfach eines medizinischen Polyhistor in einzelne weniger weit gefasste Fachdisziplinen. Erst im Verlauf des 19. Jahrhunderts verfestigten sich die heute geläufigen Fächer hinsichtlich ihrer Kompetenzgrenzen, wenn sich auch die Herausbildung schon früher anzeigt. So betitelte der Königsberger Medizinprofessor *Johann Daniel Metzger* seine große Bekanntheit erlangende Publikation von 1787 sozusagen gleich auf dem Buchdeckel erläuternd als „Handbuch der Staatsarzneykunde, enthaltend die medicinische Policey und gerichtliche Arzneywissenschaft“ [3]. Vertreter der *medicina forensis* weisen sich in der Folge mehr und mehr durch Spezialisierung auf die gutachterlichen Belange im Zusammenhang mit gerichtlichen Ermittlungen aus, während dagegen zum Beispiel *Ignaz Heinrich Schürmayer*, seinem Lehrstuhl nach zwar noch traditionell ein „umfassender“ Professor der Staatsarznei in Heidelberg, mit seinem zuerst 1848 erschienenen „Handbuch der medicinischen Policei“ [4] sichtlich ein Grundwerk des öffentlichen Gesundheitswesens im heutigen Verständnis liefert. Mit der Gerichtlichen Medizin im engeren Sinne und der nunmehr Hygiene genannten neuen, durch die Erkenntnisse der jungen Bakteriologie beflügelten Disziplin existieren bald zwei im Fächerkanon der Universitäten wie in den zuständigen staatlichen Amtsstellen geschiedene Hauptbereiche; die Herausbildung von Fächern wie Arbeits- und Sozialmedizin stellt dann eine weitere Diversifikation des 20. Jahrhunderts dar.

In der Tat gilt heute, wie oben erwähnt, im deutschsprachigen Bereich gemeinhin die Untersuchung von Prozessbeteiligten auf ihre gesundheitliche Lage vor dem Hintergrund von Verhandlungsfähigkeit im Prozess und von Vollzugstauglichkeit hinsichtlich der verhängten Strafe als Aufgabe des örtlich zuständigen Amtsarztes. Ähnlich wie die seu-

chenhygienische Überwachung oder die Ausstellung diverser Atteste zur Vorlage bei anderen Institutionen wie bei Prüfungsunfähigkeit von Examenskandidaten, wird darin eine Aufgabe des öffentlichen Gesundheitswesens gesehen, deren Betreuung dem Gesundheitsamt zusteht. Dass im übrigen aus strafrechtlicher Perspektive von theoretischer Grundlage wie praktischem Verständnis her die Prüfung der Haftfähigkeit prinzipiell eine Aufgabe der Anstaltsärzte in Justizvollzugsanstalten bei Haftantritt darstellt und in der hier thematisierten präpönitären Haftfähigkeitsuntersuchung in Freiheit gleichsam ein Sonderfall zu sehen ist, sei vorerst nur ergänzend erwähnt (vgl. II.3.2.a).

I.1.2 Die historische Entwicklung aus gerichtsärztlicher Perspektive

Als *Ludwig Julius Caspar Mende*, einer der Gründungsväter der modernen Gerichtlichen Medizin, Anfang des 19. Jahrhunderts sein noch heute in Fachkreisen bekanntes „Ausführliches Handbuch der gerichtlichen Medizin für Gesetzgeber, Rechtsgelehrte, Ärzte und Wundärzte“ [5] verfasste, arbeitete er sowohl den Stand der damaligen Forschung und Literatur wie die zeitgenössischen Erfahrungen gerichtsärztlicher Praxis in sein Werk ein, was es daher heute zu einer wertvollen Quelle macht. Mendes einführender Teil gilt medizingeschichtlich durchaus als „(...) die wichtigste historische Abhandlung der Gerichtsmedizin von ihren Anfängen bis ins frühe 19. Jahrhundert.“ [6]. Im ersten Band der insgesamt sechsbändigen Ausgabe dieses weit verbreiteten Handbuches von 1819 beschäftigte er sich dabei nicht nur mit den gewissermaßen klassischen Themen der Gerichtlichen Medizin aus dem Bereich von Leichenöffnung und medizinischer Begutachtung im Rahmen behördlicher Ermittlungen. Er schnitt auch Themenbereiche an, die heute unter dem Rubrum der *Klinischen Rechtsmedizin* aufgeführt werden, das heißt die klinisch-ärztlich orientierte Untersuchung von Personen auf ihren Gesundheitszustand im Rahmen behördlicher Vorgänge verschiedener Art.

Aufmerksamkeit schenkte Mende dabei ausdrücklich auch dem Strafjustizwesen seiner Zeit – gemäß der damals offensichtlichen Tendenz der oben umrissenen Fächerdiversifikation schon eher eine dem sich herauschälenden öffentlichen Gesundheitswesen als noch der Gerichtlichen Medizin zugehörige Thematik, wie der Autor einleitend sich zu erklären anschickt [7]. Unabhängig von dieser Zuweisung an Fachdisziplinen werde aber nun einmal der gerichtsärztlich Tätige auch immer wieder in seinem Alltag mit Fragen konfrontiert, die die Strafjustiz, insbesondere das Vollstrecken von Strafe beziehungsweise das Unterlassen einer Vollstreckung betreffen. – Fest stand nämlich für Mende, dass die Gerichtliche Medizin nicht nur für Fragen medizinischer Beurteilungen im Rahmen behördlicher Ermittlung in Verbrechensfällen zuständig sei. Ebenso solle sie im weiteren Verlauf von Prozess und Strafvollzug die *Strafgerechtigkeit* leiten, „(...) damit dem Verbrecher durch ihre Wirksamkeit und durch Vollziehung ihrer Aussprüche nicht Härteres, im Bezug auf Leben und Gesundheit, widerfahre, als ihm vermöge der gesetzlichen Bestimmungen widerfahren soll.“ [8]

Dieser modern anmutende Gedanke war so neu nicht. – Wie Mende berichtete, hatte bereits der in der gerichtsmedizinischen Geschichte legendäre *Fortunatus Fidelis* an der Wende zum 17. Jahrhundert dargelegt, in welchen Fällen Gefangene aus dem Kerker zu entlassen seien, damit ihre Gesundheit keinen Schaden nehme [9]. Selbst die „Peinliche Halsgerichtsordnung“, die als „Carolina“ bekannte grundlegende deutsche Kriminalordnung Karls V. aus dem Jahre 1532, habe schon den Zweck der Gefängnisse darin

gesehen, dass sie – wie Mende es ausdrückt –, „(...) zu Behaltung und nicht zu schwerer, gefährlicher Peinigung der Gefangenen (...)“ dienen sollten [10]. Dieses Samenkorn der Humanität mag wohl nicht gleich in der Welt der Justiz voll aufgegangen sein, doch wie Mende referiert, scheint es zu seiner Zeit längst ein allgemeiner Grundsatz geworden zu sein, dass ein Gefangener durch die Haftsituation „(...) an seiner Gesundheit keinen Schaden nehmen dürfe“ [11]. Wenn es zu seiner Zeit noch an der praktischen Umsetzung hapern sollte, so weiß der Gerichtsarzt einen auch dem heutigen Ohr vertraut klingenden Grund: „Den Bau und die innere Einrichtung der Gefängnisse besorgen nemlich [sic!] nicht die Gerichte, sondern die Verwaltungsbehörden, die gewöhnlich Alles scheuen, wodurch Kosten verursacht werden.“ [12].

I.1.3. Zum Aufgabenspektrum heutiger Rechtsmedizin

Mendes Einschätzungen zur Frage der gesundheitlichen Belastung durch den Strafvollzug sind in ihrem prinzipiellen Gehalt nicht historisch überholt. Freilich hat sich seit seinen Tagen durch die weitere Entwicklung der Gerichtlichen Medizin manches gewandelt. Anders als in Österreich, wo noch im 19. Jahrhundert ein *Eduard von Hofmann* mit „seiner“ Wiener Schule von der pathologischen Anatomie her sehr prägend wurde (vgl. I-II.1.1), grenzte sich in Deutschland das Fach teilweise erst nach dem Zweiten Weltkrieg deutlicher von der Kriminalistik ab. Noch *Richard Kockel* beschäftigte sich im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts im staatsanwaltschaftlichen Auftrag in seinem Leipziger Institut mit der eher psychologischen, auf Wahrnehmungs- und Reaktionsvermögen zielenden Frage, ob bestimmte Spielautomaten im Sinne von zulässigen Geschicklichkeits- oder von gesetzlich verbotenen Glücksspielen zu werten seien [13]. Hatte die Gerichtliche Medizin in Deutschland seit den 1920er Jahren sichtlich eine (hier nicht weiter zu wertende) Tendenz, sich sozialen Fragen bis hin zur „Erforschung“ des geborenen Verbrechers unter eugenischen Prämissen in der NS-Kriminalbiologie zuzuwenden [14], so bilden seither den Kernbereich eben jene gerichtsärztlichen Aufgaben von Befunderhebung und medizinisch-biologischer Spurendokumentation, auf die hier eingangs angespielt wurde.

Gegenwärtig definiert sich das Fach gleichsam als fachärztliche Kunde von den rechtlich relevanten nicht-natürlichen Gesundheitsschäden in Abhebung von der oft fälschlich mit ihm in eins gesetzten Pathologie als der fachärztlichen Kunde der auf Krankheiten beruhenden Gesundheitsschäden. Über die klassisch gerichtsärztlichen Schwerpunkte wie Verletzungen durch Gewaltdelikte und Unfälle hinaus, gehören dazu zum Beispiel ebenso renten- und versicherungsrechtlich für Berufsgenossenschaften bedeutsame Todesfälle infolge beruflicher Gesundheitsschäden wie der gesundheitliche Zustand von Kindern vor dem Hintergrund von Entscheidungen aus dem Bereich der Kinder- und Jugendfürsorge. Um dieser Fülle von Themenbereichen medizinischer Fragestellungen mit rechtlicher Relevanz gerecht zu werden, hatte im Oktober 1968 die entsprechende deutschsprachige Fachgesellschaft auf ihrer damaligen Jahrestagung in Innsbruck beschlossen, das von ihr vertretene Fach in „Rechtsmedizin“ umzubenennen. Wie nämlich *Wolfgang Schwert* [15], zu jener Zeit Vorsitzender, darlegte, werde diese weiter gespannte Bezeichnung den Aufgabenbereichen des Faches inhaltlich in höherem Maße gerecht, als der traditionelle Name der „Gerichtsmedizin“, der lediglich auf den wichtigen, aber nicht einzigen Aspekt der gutachterlichen Tätigkeit in Zusammenhang mit Fragestellungen aus dem gerichtlichen Bereich verweise.

Kapitel I.2 Öffentlicher Gesundheitsdienst – Amtsarzt und Gesundheitsamt

I.2.1 Von der medizinischen Polizei zum „bürger nahen ÖGD“

Wie oben bereits dargestellt, schälte sich im 19. Jahrhundert in Werken wie dem erwähnten „Handbuch der medicinischen Policei“ von Ignaz Heinrich Schürmayer die Gestalt des modernen öffentlichen Gesundheitswesens heraus. Gewissermaßen als begrifflicher Vater der medizinischen Polizei gilt dabei *Johann Peter Frank*, der von 1745 bis 1821 lebend, unter anderem auch den Grundstein zur Hygiene im Sinne einer eigenen Wissenschaft legte. Sein sechsbändiges, ab 1786 in Wien erschienenes Werk „System einer vollständigen medicinischen Policey“ [16] erhob umfassend Aspekte gesundheitlicher Vorsorge und Therapie aus der Sphäre des privaten, an seiner Gesundheit interessierten (oder eben gerade nicht interessierten!) Individuums in den Rang politisch-öffentlich zu sanktionierender Regelungen und staatlicher Organisationsstrukturen.

Ihrem Selbstverständnis nach, begreifen sich heutige Vertreter des Öffentlichen Gesundheitsdienstes – in amtlicher Manier ÖGD benannt – als die dritte, öffentliche Säule des Gesundheitswesens neben der stationären ärztlichen Versorgung im Krankenhauswesen und der ambulanten medizinischen Betreuung durch niedergelassene Ärzte [17]. Im Zusammenhang mit der hier darzustellenden Thematik der Haft-, Termin- und Arbeitsfähigkeitsprüfungen im gerichtlichen Auftrag ist dabei auf die Institution des *Gesundheitsamtes* beziehungsweise des *Amtsarztes* einzugehen. Die Momente hoheitlicher Überwachung stellen allerdings, beiläufig erwähnt, keinesfalls mehr den alleinigen oder zentralen Gehalt des Öffentlichen Gesundheitsdienstes dar, der in den letzten Jahren bewusst den „Servicegedanken“ im Sinne der „Beratung und Hilfestellung für die Bürger“ [18] in den Vordergrund stellen will. Als Aufgabenfelder des ÖGD sind heute folgende große Bereiche ausdrücklich zu benennen: Seuchenhygiene und Gesundheitsschutz; Umwelthygiene und Toxikologie; Gesundheitsförderung und Gesundheitsvorsorge; Jugendgesundheitspflege; sozialmedizinischer Dienst; amtsärztlicher Dienst und gutachterliche Aufgaben; Gesundheitsberichterstattung und Epidemiologie [19].

I.2.2 Öffentlicher Gesundheitsdienst – Begriffe und Institutionen

Der Öffentliche Gesundheitsdienst ist ein Teil des weitgespannten öffentlichen Gesundheitswesens, zu dem ebenso die von der öffentlichen Hand betriebenen Krankenhäuser und Universitätskliniken, wie auch politische Einrichtungen bis hinauf zum seit 1961 eigenständigem Bundesministerium für Gesundheit gehören [20]. Der öffentliche Gesundheitsdienst manifestiert sich dabei in vielfältigen Dienststellen, die Einrichtungen auf der Ebene von Bund, Ländern, Kreisen und Gemeinden darstellen, deren gemeinsames Grundmerkmal in dem Ziel besteht, „dem Schutz der Gesundheit der Gemeinschaft und des einzelnen“ zu dienen [21]. Hierzu zählen zum Beispiel auch neuartige Behörden wie die Umweltschutzämter mit umwelthygienischen Aufgaben; ebenfalls dürfen so genannte mittelbare Träger der Staatsverwaltung wie Stiftungen und sonstige Institutionen wie Vereine und Verbände dazu gerechnet werden [22]. Schwerpunktträgiger Träger des ÖGD sind jedoch die *Gesundheitsämter*.

In der föderalen Struktur der Bundesrepublik Deutschland ist das Gesundheitswesen eine Aufgabe von Bund und Ländern, wobei Zuständigkeiten sich aus der Gesund-

heitsgesetzgebung des Grundgesetzes ergeben [23]. Es existiert keine deutschlandweit übergeordnete Strukturierung; im Sinne der konkurrierenden Gesetzgebung gilt Bundesrecht da, wo auf Bundesebene gesetzliche Regelungen vorgehalten werden, wo aber der Bund nichts vorgibt beziehungsweise Artikel 74 des Grundgesetzes kein Gebiet der konkurrierenden Gesetzgebung sieht, gelten je eigene landesgesetzliche Bestimmungen [24], die die konkrete Umsetzung auf Landes-, Kreis- und kommunaler Ebene regeln.

Definiert man dem herkömmlichen Gebrauch nach ein Gesundheitsamt als eine lokal vor Ort tätige Behörde des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, so zeigt sich, dass es in der organisatorischen Fassung verschiedene Ausprägungen gibt. Einerseits gibt es staatliche Gesundheitsämter zum Beispiel bei Bezirksregierungen unter den Regierungspräsidenten, es existieren aber auch Gesundheitsämter auf Ebene der Kreise unter den Kreisdirektoren beziehungsweise den Landräten, in größeren Städten sogar auf kommunaler Ebene unter den jeweiligen Oberbürgermeistern oder Oberstadtdirektoren. Damit ist nicht einmal das ganze Spektrum der möglichen organisatorischen Fassung umrissen (so sind zum Beispiel in Baden-Württemberg die staatlichen Gesundheitsämter auf der Kreisebene der Landratsämter angesiedelt) [25].

Historisch gesehen ist die Organisation der Gesundheitsämter aus der Medizinalaufsicht durch ein staatliches „Kollegium medicum“, wie es 1724 Preußen schon für jede einzelne Provinz einrichtete, und der Gesundheitspolizei im Sinne des „Kollegium sanitatis“ der preußischen Staatsverwaltung entstanden [26]. 1899 wurde im damaligen Preußen (das öffentliche Gesundheitswesen war nicht auf Reichsebene geregelt, sondern Ländersache) das „Gesetz betreffend der Dienstaufgaben der Kreisärzte und die Bildung von Gesundheitskommissionen“ erlassen [27]. Ein weiterer Schritt war das im Nachkriegselend nach dem Ersten Weltkrieg in den Kommunen entstandene System öffentlicher Fürsorgeärzte der Weimarer Republik; beides verbindend – staatlichen Kreisarzt und kommunalen Fürsorgearzt – wurde 1934 die Institution des Gesundheitsamtes unter der Leitung eines so genannten *Amtsarztes* geschaffen [28].

Wenn damit die Organisation und Aufgabenzuweisung der Gesundheitsämter deutschlandweit in ihren Grundzügen ähnlich ist, so wirkt hier der Vereinheitlichungswille in der zum Teil tiefgreifenden staatlichen Umstrukturierung der NS-Zeit nach. Deren sozusagen partei- und ideologiespezifischen Eingriffe wurden, wie bei der Gau-Einteilung, nach 1945 noch unter den Besatzungsmächten wichtig, während Neufassungen unter Aspekten behördlicher Effektivitätssteigerungen durchaus bewusst beibehalten wurden. Hierzu zählen auch das „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ von 1934 mit seinen mehreren folgenden Durchführungsverordnungen, besonders der dritten von 1935. Hiernach waren flächendeckend in allen deutschen Stadt- und Landkreisen gleichartig Gesundheitsämter einzurichten [29]. Entfielen freilich nach 1945 die den Gesundheitsämtern auch zugedachten NS-sozialpolitischen Aufgaben wie die Umsetzung eugenischer, rassekundlicher Konzepte, so blieb doch die organisatorische Struktur prinzipiell bestehen, um nicht zu einer alten „Kleinstaaterei“ im Gesundheitswesen zurück zu müssen. Wobei dann etwa Hessen, Schleswig-Holstein und das neu geschaffene Nordrhein-Westfalen diese Gesundheitsämter kommunalisierten, das heißt vor Ort den jeweiligen Stadt- und Kreisverwaltungen zuordneten, während anderswo die Ämter vorläufig oder bis dato staatlich blieben [30]. – Daraus erklärt sich historisch die angeschnittene

uneinheitliche Organisation, wie sie sich heute präsentiert. Eine neuere Entwicklung ist zudem die Schaffung von Landesgesundheitsämtern im Sinne einer fachlichen Leitstelle auf Bundeslandebene, wie sie Brandenburg, Baden-Württemberg und Niedersachsen vorreitend geschaffen haben [31].

Im Detail können sich auf Grund der leicht verschiedenen Landesgesetzgebungen auch die wahrzunehmenden Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes je nach Bundesland unterscheiden. Durch die in den letzten Jahren in einigen Bundesländern verabschiedeten neuen Gesetzgebungen können durch reformatorischen Impetus neue Aufgaben hinzugekommen sein, wie etwa in Nordrhein-Westfalen die so genannten Gesundheitskonferenzen zur praxisnahen Ausgestaltung der gesundheitlichen Versorgung auf kommunaler Ebene [32]. Es existieren aber auch Unterschiede zwischen Aufgabenverteilungen, die auf althergebrachte, lokale Eigenheiten zurückgehen, die in späteren Neuregelungen weiter Berücksichtigung fanden; ein Beispiel stellt hier der Stadtstaat Hamburg mit seinen speziellen Regelungen dar (vgl. I.3).

I.2.3 Amtsärztliche Aufgaben der Gesundheitsämter

Wie oben wiedergegeben, umfasst der Öffentliche Gesundheitsdienst neben Service, epidemiologischer Berichterstattung und weiterem auch einen so genannten amtsärztlichen Dienst mit gutachterlichen Aufgaben. Der Begriff des *Amtsarztes* wird dabei in Deutschland nicht scharf definiert. Ist in Österreich diese Bezeichnung nur dem beamteten Leiter der gesundheitlichen Abteilung einer Bezirksbehörde vorbehalten, so werden in Deutschland neben dem Leiter eines Gesundheitsamtes als dem zuständigen Amtsarzt im engeren Sinne durchaus auch andere Ärzte, die auf amtlichen Stellen in der Gesundheitsverwaltung tätig sind, regelmäßig als Amtsärzte bezeichnet. Andererseits findet sich in Nordrhein-Westfalen für Leiter von Gesundheitsämtern auch die Bezeichnung des so genannten Kreisarztes, in Hessen bisweilen je nach Charakter des Gesundheitsamtes die Titulierung als Stadtarzt [33].

Als Voraussetzung zur Anstellung als Amtsarzt muss eine Approbation als Arzt, der medizinische Dokortitel einer deutschen Hochschule und das Bestehen einer eigenen amtsärztlichen Prüfung vorliegen. Die amtsärztliche Ausbildung geschieht gegenwärtig an einer der beiden Akademien für Staatsmedizin in Düsseldorf und München, und der erfolgreiche Absolvent trägt die Bezeichnung eines Facharztes für das öffentliche Gesundheitswesen. - Ein Amtsarzt am Gesundheitsamt unterliegt als Verwaltungsbeamter in den behördlichen Strukturen den Weisungen seiner jeweiligen Vorgesetzten, bezüglich ärztlicher Aspekte steht ihm allerdings Weisungsfreiheit zu [34]. Wie erwähnt, wird jedoch die Bezeichnung „Amtsarzt“ über den engeren Sinn eines Arztes am Gesundheitsamt in Deutschland auch unspezifischer gebraucht. Als vor der Schaffung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen die Sozialversicherungsträger mit dem Vertrauensarztsystem arbeiteten, war durchaus auch im Zusammenhang mit den Gutachten ausgewiesener Vertrauensärzte, die keinen behördlichen Posten innehatten, die Rede vom „Gang zum Amtsarzt“ üblich. Insofern Begutachtungen aus dem sozialmedizinischen Bereich bezüglich fraglicher Leistungsgewährungen prinzipiell zum Angebotspektrum der Gesundheitsämter gehören, dehnte sich die Bezeichnung auch auf jene gutachtenden Ärzte aus, die streng genommen im behördlichen Sinn keine amtsärztliche Stellung besaßen.

Die im engeren Sinne amtsärztlichen Aufgaben eines Gesundheitsamtes lassen sich von den zum Teil recht neuen beraterischen Funktionen dieser Einrichtungen abheben durch die Zielsetzung, die „Deckung des Bedarfs an amtlich legitimierten ärztlichen Aussagen“ sicherzustellen [35]. Es gilt, Gutachten zu erstellen, die in vielen öffentlichen Bereichen erforderlich sind, wobei die Diagnostik und Gutachtenstellung durch Ärzte ohne Behandlungsauftrag nach expliziten Kriterien für den Staat als Dienstherrn beziehungsweise für andere Einrichtungen mit öffentlichem Interesse erfolgt [36]. – In diesem Zusammenhang findet auch eine Tätigkeit als ärztlicher Sachverständiger statt, wie sie von der Strafprozessordnung wie im ziviljuristischen Bereich vorgesehen ist. Damit fällt die Aufgabe, über Haft-, Terminfähigkeit und Arbeitsfähigkeit im behördlichen Auftrag zu gutachten grundsätzlich in den amtsärztlichen Aufgabenbereich der Gesundheitsämter, es sei denn, es besteht vor Ort eine abweichende Regelung. Als markantes Beispiel kann hier die Regelung in Bayern gelten, wo unter der Bezeichnung des Gerichtsarztes – genauer des Landgerichtsarztes – für die jeweiligen Landgerichte besonders bestellte, hauptamtliche Mediziner existieren, um die gutachterlichen Aufgaben wahrzunehmen. – Die spezielle Lage in der Freien und Hansestadt Hamburg ist im weiteren darzustellen.

Kapitel I.3 Zur Besonderheit des Gerichtsärztlichen Dienstes in Hamburg

I.3.1 Amtsärztliche versus gerichtsärztliche Aufgabenstellung?

Wie geschildert, ist in Deutschland allgemein die Prüfung auf Terminfähigkeit (insbesondere auf Verhandlungsfähigkeit) und die Prüfung auf Haftfähigkeit, wenn ein Verurteilter vor Strafantritt noch in Freiheit geltend macht, dass seine gesundheitliche Lage den Haftantritt nicht zulasse, eine Aufgabe des beim Gesundheitsamt tätigen Amtsarztes wie desgleichen im Fall einer fraglichen Arbeitsfähigkeit vor gerichtlichem Hintergrund. Dass daher ein mit diesen Gepflogenheiten Vertrauter eine umfangreichere Beschäftigung mit dieser Thematik aus den Reihen der Gerichtlichen Medizin nicht unbedingt erwartet, wurde schon erwähnt. Aus historischen Gründen ist die Aufgabenverteilung innerhalb des öffentlichen Gesundheitswesens im – seit dem Mittelalter als Stadtstaat selbständigen – Bundesland Hamburg in manchen Punkten jedoch anders als sonst meist in Deutschland geregelt. Da dies für die Entstehung dieser Arbeit nicht nur von beiläufigem, äußerlich-informativen Interesse ist, soll hier kurz die eigentypische Entwicklung in Hamburg umrissen werden.

Es gilt dabei, eine Skizze des *Gerichtsärztlichen Dienstes* der Freien und Hansestadt Hamburg zu bieten. Was den Begriff des Gerichtsärztlichen Dienstes betrifft, so besteht behördlicherseits – ohne hier weiter eine erklärende Deutung zu suchen – anscheinend die Tendenz, diese Bezeichnung eher im süddeutschen Bereich zu verwenden. So spricht zum Beispiel das Gesundheitsamt des Landkreises Heilbronn von seiner Abteilung des „Amts- und Gerichtsärztlichen Dienstes“ und zwar mit der Aufgabenspezifizierung: „Gerichtsärztlicher Dienst (Haft- und Verhandlungsfähigkeit)“ [37]. Der Amtsärztliche Dienst beim Gesundheitsamt des Rhein-Neckar-Kreises in Heidelberg gliedert sich in mehrere Unterbereiche und nennt als Punkt 5 seinen „Gerichtsärztlichen Dienst“ mit der erläuternden Beifügung: „Amtsärztliche Untersuchungen im Auftrag von Gerichten. Fragestellungen: Verhandlungsfähigkeit; Haftbarkeit; Arbeitsfähigkeit (Auftrag von Familiengerichten)“ [38]. Der Amtsärztliche Dienst der Region Hannover spricht dagegen von

seinen gerichtsärztlichen Begutachtungen in Abhebung zu seinen sozialmedizinischen oder ordnungsbehördlichen Begutachtungen [39]. Doch wie auch immer – die Beispiele hier sind willkürlich gewählt –, unter einem Gerichtsärztlichen Dienst ist gemeinhin am Gesundheitsamt eine amtsärztliche Abteilung oder die amtsärztliche Tätigkeit des Gesundheitsamtes im Auftrag von Gerichten zu verstehen (von der erwähnten Regelung in Bayern mit dem System hauptamtlich bestellter Gerichtsärzte bei den Landgerichten einmal abgesehen).

I.3.2 Der Gerichtsärztliche Dienst in Hamburg als Teil der Gerichtsmedizin

Anders ist es in Hamburg; hier hebt sich der Gerichtsärztliche Dienst als vom amtsärztlichen Bereich zu unterscheidendes Moment ab und zählt traditionell als eine Einrichtung der Gerichtsmedizin im Sinne der eingangs (vgl. I.1.1) skizzierten Diversifikation von Gerichtlicher Medizin und amtsärztlich-öffentlicher Gesundheitspflege. – Bereits das Hamburgische Stadtrecht von 1497, das mutmaßlich eine wesentlich ältere Praxis der Rechtspflege kodifizierte, erwähnte die Rolle von medizinischen Sachverständigen [40]. Unter anderem zwei studierte Mediziner hatten unter der Titulierung des *Physicus* die Aufgabe, sich den Fragen der öffentlichen Gesundheitspflege zu widmen. Über diverse Neuordnungen hinweg (wie etwa der fundierten Medizinalordnung von 1818) blieb diese Institution des Physicats stets erhalten. Parallel dazu kam es in der bürgerlichen, von einem Senat geleiteten Republik Hamburg nicht wie in anderen von einem Landesherrn regierten Territorien zu einer Universitätsgründung (diese fand nach längeren Querelen erst nach dem Ersten Weltkrieg statt), und mithin auch nicht zu der angedeuteten, an universitären Fächern orientierten Entwicklung einer Gerichtlichen Medizin (vgl. I.1.1).

Noch die das 20. Jahrhundert „einläutende“ Medizinalordnung vom 29. Dezember 1899 ließ im Prinzip das traditionelle Physicat in der langsam zur Millionenstadt heranreifenden Hafenmetropole bestehen. Zwar waren die so genannten Gerichts-Physici ab 1900 nicht mehr wie die übrigen Stadtärzte zuständig für Gewerbe- und Lebensmittelhygiene, Herbergsaufsicht und dergleichen, aber der Paragraph 12 der Medizinalordnung wies den Hamburger Gerichtsärzten als Aufgabe neben der Durchführung gerichtlicher Leichenbeschauungen und Sektionen auch in Ziffer 2 die „Vornahme aller sonst von gerichtlicher Seite geforderten Inaugenscheinnahmen durch medizinische Sachverständige, sowie die Gutachtung darüber“ beziehungsweise in Ziffer 3 an sich „schriftliche Gutachten über körperliche oder geistige Zustände“ pauschal zu [41].

Wenn auch diese auf der Institution des alten, längst abgeschafften Medizinalkollegiums beruhenden Weisungen heute nur noch den Rang einer historischen Quelle besitzen, wirkt doch die durch sie geprägte Schaffung eines Gerichtsärztlichen Dienstes in Hamburg bis in die Gegenwart auf die Regelungen des öffentlichen Gesundheitswesens nach. Die nach dem Ersten Weltkrieg aktualisierten Fassungen hamburgischer Medizinalgesetzgebung von 1920, die den Begriff des Gerichtsärztlichen Dienstes mit sich führten, bestanden modifiziert noch bis in das Jahr 2001 [42]. Das Medizinalkollegium war traditionell die kontrollierende Instanz des Hamburgischen Staates in allen Fragen der öffentlichen Gesundheitspflege und darf somit als der Vorläufer der modernen Gesundheitsbehörde angesehen werden. Da nun die Gerichts-Physici dieser Behörde unterstanden (ursprünglich sogar fachlich nicht speziell ausgebildet, sondern jeweils unter den Ärzten aus dem Kreis des Medizinalkollegiums selbst heraus gewählt), ist der Gerichtsärztliche Dienst in der Hansestadt als eine eigenständige Einrichtung der Gesundheitsbehörde ne-

ben den Amtsärzten an den Gesundheitsämtern anzusehen. Wobei letztere wie überall in Deutschland (vgl. I.2.2) ihre Prägung durch die Regelungen in den „Vereinheitlichungsgesetzen“ des Gesundheitswesens von 1934 beziehungsweise 1935 (die in Hamburg bis 2001 fortwirkten) erfuhren. Innerhalb der Hamburger Gesundheitsbehörde fiel die Beurteilung einer Haft-, Termin- oder Arbeitsfähigkeit gemäß der oben zitierten Medizinalordnung als Gutachten weiter, wie traditionell gegeben, den vorhandenen Gerichts- und nicht den erst später eingeführten Amtsärzten zu. Die Umsetzung der entsprechenden Gesetze zur Strukturierung des Gesundheitswesens aus den 1930er Jahren geschah dabei so, dass in Hamburg zwar unter einem Hauptgesundheitsamt entsprechende amtsärztliche Institutionen geschaffen wurden, jedoch der Gerichtsärztliche Dienst als eigene Einrichtung daneben erhalten und mit unter das Dach der neu strukturierten Gesundheitsverwaltung gestellt wurde. So wurde den gesetzlichen Vorgaben Genüge getan während zugleich die bewährte Fassung der Gerichtsmedizin erhalten bleiben konnte [43].

I.3.3 Haft-, Termin- und Arbeitsfähigkeit als gerichtsärztlicher Belang

Im Prinzip hat sich daran bis heute nichts geändert. Im Einzelnen wurde der Gerichtsärztliche Dienst in seiner Gestaltung mehrfach verändert. Eine recht gravierende Änderung war zu Beginn der 1950er Jahre die Aufteilung in einen psychiatrischen und einen medizinischen Teil. Während bis in die Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg – mitunter begleitet von scharfer Kritik seitens der längst etablierten Disziplin der forensischen Psychiatrie [44] – auch psychiatrische Gutachten im Sinne einer Schuldfähigkeitsbeurteilung von den Gerichtsärzten angefertigt wurden, war nunmehr der medizinische Teil als Gerichtsärztlicher Dienst im engeren Sinne nicht mehr für Fragen aus dem Gebiet der Psychiatrie zuständig. Wohl aber verblieb ihm die Aufgabe der Haft-, Termin- und Arbeitsfähigkeitsprüfungen. – Auf diese Feinheit der Kompetenzverteilung sei hier ausdrücklich hingewiesen, insofern sie im Weiteren als Hintergrund zum Verständnis bei der Darstellung des auszuwertenden Datenmaterials in **Teil IV** nicht uninteressant ist. Auch eine weitere Eigenart der geschichtlichen Entwicklung sei noch skizziert, um die spezielle „Gemengelage“, die bei der Aufarbeitung der Daten erkennbar wird (vgl. IV.1), zu verstehen.

Waren die ausgewiesenen Vertreter der Gerichtlichen Medizin in Hamburg zunächst einzig die Mediziner des Gerichtsärztlichen Dienstes der Stadt (lange übrigens in Räumlichkeiten des von der Polizeibehörde geführten Hafenkrankehauses angesiedelt, wo sich auch ehemals das öffentliche Leichenhaus der Stadt befand), trat mit Gründung der Universität eine weitere, erst einmal noch nicht sehr bedeutende Institution ins Leben. Wurde die in der Mediziner Ausbildung vorgeschriebene Gerichtliche Medizin nämlich zunächst an der Hamburger Hochschule nur von einem außerordentlichen Professor – und zwar aus den Reihen der Gerichts-Physici – vertreten, so folgte Anfang der 1930er Jahre die Schaffung eines (vorläufig unbesetzten) Lehrstuhls und Anfang der 1940er Jahre die Gründung eines entsprechenden Instituts an der Medizinischen Fakultät [45].

Spätestens seit der Etablierung dieses universitären Instituts für Gerichtliche Medizin als einer auch überregional bedeutsamen Einrichtung an der Wende zu den 1960er Jahren war die gerichtsärztliche Praxis in Hamburg gewissermaßen in zwei Sphären geteilt. Der stadtstaatliche Gerichtsärztliche Dienst und das universitäre gerichtsmedizinische Institut teilten sich zeitweilig bei der Durchführung der hierorts üblichen Verwaltungssektionen das Stadtgebiet in zwei Zuständigkeitsbereiche links und rechts der mit-

tig im Stadtgebiet liegenden Alster; zeitweilig bevorzugte man aber auch den wöchentlichen Wechsel der Zuständigkeit...

Im Jahr 1997 kam es dazu, dass der Gerichtsärztliche Dienst im Sinne eines Arbeitsbereiches in das Institut für Rechtsmedizin integriert wurde (beide Einrichtungen hatten sich längst in dem selben, in den 1960er Jahren errichteten Gebäude am Rande des Universitätsklinikums im Stadtteil Eppendorf die entsprechenden Räumlichkeiten geteilt). Es galt, die behördlichen Reibungsverluste zu vermeiden, die dadurch entstanden, dass zwei Institutionen im Stadtstaat Hamburg sich gerichtsärztlichen Aufgaben widmeten ohne dabei unter dem selben Organisationsdach einer gemeinsamen Behörde zu stehen. Das Hamburger Institut für Rechtsmedizin übernimmt damit nunmehr administrative Aufgaben, die andernorts bei den Gesundheitsämtern liegen, insofern in ihm unter der neuen amtlichen Bezeichnung des *Forensisch-medizinischen Dienstes* der Gerichtsärztliche Dienst als Ansprechstelle für Gerichte und Staatsanwaltschaften, die gerichtsärztlicher Unterstützung bedürfen, fortbesteht.

I.3.4 Einheitliche Datenlage – zentrale Zuständigkeit in Hamburg

Bedeutsam an dieser Stelle ist, dass die Durchführung der Haft-, Termin- und Arbeitsfähigkeitsprüfungen gemäß der oben geschilderten Aufgabensetzung vom Beginn des 20. Jahrhunderts an ungeteilt beim Gerichtsärztlichen Dienst verblieb. So kommt es, dass alle Begutachtungen für Straf- und andere Gerichte zentral in den Händen einer gerichtsmedizinischen Institution liegen und auch komplett an einer Stelle archiviert werden. Seit der Integration des Gerichtsärztlichen Dienstes befindet sich das gutachterliche Aktenmaterial im Archiv des Instituts für Rechtsmedizin; die komplette Neuorganisation in der Umstellung auf elektronische Speichermedien brachte hier im Jahre 2004 eine Veränderung in der Dokumentation mit sich, die auch auf die hier erhobenen Daten von Einfluss ist. Die nun mögliche Schnelligkeit eines statistischen Überblickes wird freilich durch eine „Schnittigkeit“ der formularhaften elektronischen Datensätze erkaufte, die nicht mehr in der bisweilen gepflegten Verschnörkelung alter Sekretariatsnotizen den einen oder anderen Winkelzug des gerichtsärztlichen Alltags durchscheinen lassen (vgl. **IV.1.2**).

Anders als in vergleichbaren urbanen Gebieten, wo die sich häufig in viele dezentrale Stellen aufteilenden Gesundheitsämter für die Begutachtung der Haft-, Termin- und Arbeitsfähigkeit zuständig sind, ist in Hamburg damit das umfangreiche Untersuchungsgut komplett einer einheitlichen Auswertung zugänglich. – Ein besonderer Umstand, auf den auch 1973 Werner Naeve und Britta Becker mit Recht hingewiesen haben (vgl. **III.3.3**). In der sonst nicht gegebenen Vereinigung einer größerer Fallsammlung bei dezentraler Organisation kann nämlich ein Grund gesehen werden, warum eine entsprechende Aufarbeitung und Darstellung derartiger Untersuchungen nicht stattfindet, obwohl hier ein – von der reinen Anzahl wie von der inhaltlichen Relevanz her – wesentlicher Aufgabenbereich des öffentlichen Gesundheitswesens vorliegt. Die Zuordnung der Belange in Hamburg zu einem wissenschaftlichen Institut, das seiner Natur nach bestrebt ist, die von ihm bewältigte Praxis in theoretischer Analyse aufzuarbeiten, bietet damit zwar einen ortsbezogenen Einblick in Hamburger Vorgänge, dürfte aber auch für Vertreter des öffentlichen Gesundheitswesens von anderswo ohne lokalpatriotischen Bezug zu Hamburg von Interesse sein, da derart umfassende Auswertungen nicht selbstverständlich sind.

Kapitel I.4 Rechtsgeschichtliche Skizzen. Historiogenese des modernen Prozesswesens: Verhandlungsfähigkeit – Entstehung eines juristischen Begriffes

I.4.1 Rechtsgeschichte – inmitten von Kultur- und Geistesgeschichte

Wie schon mehrfach angeklungen, steht unter dem Oberbegriff der Terminfähigkeit eines Prozessbeteiligten auch der Aspekt der *Verhandlungsfähigkeit*. Sind andere Aspekte der Terminfähigkeit, wie die Reise- oder Transportfähigkeit zum Verhandlungsort, in sich nicht sehr problematisch zu begreifen, ist doch das Konzept der Verhandlungsfähigkeit im Vergleich dazu ungleich schwieriger zu fassen, was sich an dem im Alltag oft unsicheren Gebrauch des Begriffes zeigt. Dabei ist aus gerichtsärztlicher Sicht der Punkt der Verhandlungsfähigkeit rein zahlenmäßig heute der am häufigsten zu prüfende Aspekt hinsichtlich der Terminfähigkeit von Prozessbeteiligten (vgl. IV.2.2). – Auf die historische Entwicklung dieses Begriffes soll daher an dieser Stelle sorgfältiger eingegangen werden.

Das Recht, als – wie *Gerhard Köbler* es ausdrückt – „stets auf den Menschen bezogen“ [46], ist immer untrennbar mit allen anderen Bereichen des menschlichen Lebens verbunden. Es ist ein mit „Politik, Wirtschaft, Gesellschaft und Kultur verwobenes Erzeugnis menschlicher Gedanklichkeit“ [47]. Das Recht, das, wie bisweilen betont [48], nicht einfach mit der Idee des Gesetzes in eins gesetzt werden kann, ist im Prinzip die Ordnung des menschlichen Zusammenlebens durch seine jeweils eigentümlichen Mittel [49]. Daher verwundert es nicht, wenn dem Recht ein eminenten Zug historischer Wandelbarkeit zukommt, es ist der Aspekt der – nach *Friedrich Ebel* und *Georg Thielmann* – „Geschichtlichkeit des Rechts selbst wie überhaupt der Geschichtlichkeit unserer gesamten Existenz“ [50]. Die Perspektive einer historischen Betrachtung einzunehmen, ist damit kein gelehrtes Glasperlenspiel für den juristisch Interessierten; Verständnis der Problematik erhält hier letztlich nur, wer einen historischen Zugang gewinnt. Nicht mehr allgemein vertraut ist heute, dass etwa auch der Wandel zum modernen Sprachwissenschaftler von dem mit den überlieferten Quellen sich beschäftigenden Rechtskundler beeinflusst war, der genaueste historisch-kritische Sprachkenntnis besitzen musste. Im deutschsprachigen Bereich entstand die deutsche Philologie sogar ganz unmittelbar auf diesem Wege; der Begriff des Germanisten war ursprünglich die Bezeichnung des mit den germanischen, das heißt deutschen Rechtsquellen im Gegensatz zum römischen Recht befassten Rechtsgelehrten [51]. Erst später weitete sich der Begriff und bezieht sich nunmehr auf Sprach- und Literaturwissenschaftler, die sich allgemein mit deutscher Sprache und Literatur nicht nur aus juristischen Textquellen befassen.

Rechtsgeschichtliche Darstellungen in universalistischer Absicht greifen historisch weit zurück; Paradebeispiel ist in diesem Zusammenhang oft der Codex des babylonischen Königs Hammurapi (1728 bis 1686 v. Chr. anzusetzen) [52]. Für den europäischen Raum sind die ältesten Anfänge bei indogermanischen Völkern vor etwa 5000 Jahren erkennbar, was geläufiger Auffassung nach dem Ende der Steinzeit entspricht [53]. Klassisch geradezu wird das griechische Staatsrecht der Stadtstaaten; die Überlieferung nennt Lykurg für das Sparta des achten vorchristlichen Jahrhunderts sowie für Athen Solon (594 v. Chr.) und den sprichwörtlichen Drakon (621 v. Chr.) [54]. Freilich erlangen die antiken Griechen hier ihre Bedeutung weniger durch konkrete Rechtseinrichtungen, die für spätere Strukturen vorbildlich wurden, als vielmehr durch die bei ihnen anerkannte Bedeutung der Rechts- und Staatsphilosophie [55], wie sie an sich in der Geistesgeschichte zu-

erst das Individuum in das Zentrum des Denkens gestellt haben. Ist trotz der Fortschritte in der Forschung bislang nur ein mehr oder weniger zufälliges Bild der antiken Rechtskulturen vor der römischen Rechtsgeschichte möglich [56], so tritt mit dem Recht der römischen Antike zum einen ein genauer untersuchbarer, da in Quellen fassbarer Gegenstand für den Historiker auf. Zum anderen ist es aber auch die Tatsache, dass dieses römische Recht in direkter Linie zu unseren heutigen Rechtssystemen steht, die es immer wieder besonders Gegenstand der rechtswissenschaftlichen Betrachtung werden lässt.

Unter dem Stichwort des Zwölftafelgesetzes tritt das römische Recht als verfasstes Recht um 451 beziehungsweise 450 v. Chr. in die Welt, insofern es zu dieser Zeit auf zwölf (zuvor wohl schon einmal auf zehn) in beständiger Bronze gegossenen Tafeln auf dem Forum in Rom aufgestellt worden war [57]. Im Grunde wurde dieses Recht niemals förmlich außer Kraft gesetzt und ist uns durch die Bezugnahmen antiker Autoren zumindest in Bruchstücken überliefert, somit der historischen Forschung zugänglich [58]. Andere, zum Teil in die sagenhafte Tradition der vorrepublikanischen Zeit gehörige Momente römischen Rechtes wie die so genannten Königsgesetze zum Beispiel des im sechsten Jahrhundert v. Chr. vom Oberpriester Papirius aufgeschriebenen „ius Papirianum“ sind als Überlieferung dagegen nicht auf uns gekommen [59].

Die für unsere moderne Rechtssystematik bedeutsamen Elemente des römischen Rechtes – bis noch in die Moderne Studiengegenstand jedes angehenden Juristen! – gehen sodann auf das Recht der römischen Jurisprudenz zurück, wie sie vom Jahre 528 bis 534 der oströmische Kaiser Justinian in den so genannten *Digesten* (zu „digerere“ = aneinanderreihen) oder *Pandekten* (zu „pandectae“ = alles aufnehmende Sammlungen) zusammenstellen ließ [60]. Denn in der stetigen Auseinandersetzung mit den Inhalten dieser Sammlungen hat – in den Worten des erwähnten Rechtshistorikers Köbler – „die europäische Rechtskultur überhaupt erst ihre eindrucksvolle Gestalt erlangt“ [61].

I.4.2 Prozessrecht – von der Gewohnheit zum verfassten Recht

Ist das römische Recht daher gewissermaßen ein Rückgrat der Rechtssysteme Europas, so muss es auch für die an dieser Stelle wichtige Betrachtung der Geschichte des modernen Gerichtsprozesses vor dem Hintergrund des hier darzustellenden Konzeptes der Verhandlungsfähigkeit berücksichtigt werden. – Rechtspflege existierte in gewisser Weise zu jeder Zeit; erst im Hochmittelalter allerdings erwachte, wiederum nach der Antike, die *Rechtswissenschaft*, in einer Epoche, in der parallel dazu auch eine eigene kirchliche Rechtskunde entsteht, insofern die elaborierte Organisation der Kirche ein eigenes Kirchenrecht entstehen ließ [62]. Insgesamt traten nun mit dem römischen – weltlichen – Recht und dem Kirchenrecht als so genannte „beide Rechte“ gelehrte, für bestimmte Aspekte kodifizierte Rechtssysteme neben die weiterhin lokal geltenden überlieferten Rechtsgewohnheiten [63].

Auch wenn bereits ausgearbeitete Gesetzwerke existierten, so blieb lange doch das so genannte *Prozessrecht*, also das Recht, nach welchem gerichtliche Prozesse durchzuführen waren, ein geübtes Gewohnheitsrecht. Seit dem Spätmittelalter kommt die Tendenz auf, das für den Prozess geltende Recht zunehmend auch im Sinne eines gesetzten Rechtes zu kodifizieren, doch erst in der anhebenden Moderne kommt es im Laufe des 19. Jahrhunderts rechtstheoretisch zu der strikteren Trennung von so genanntem materiellen Recht und Verfahrensrecht [64].

So existierte beim erwähnten Zwölftafelgesetz der Römer, das immerhin dem Gesetzestext nach Buchstabe für Buchstabe öffentlich zugänglich war, dennoch für die konkrete Rechtspflege eine ursprünglich durch die Priesterschaft geradezu in Form einer abgeschotteten Geheimwissenschaft betriebene Auslegungspraxis (woraus später im übrigen die römische Rechtswissenschaft erwuchs) [65]. Es ist sich dabei vor Augen zu halten, dass ursprünglich das zu findende Urteil ein *Selbsturteil* der durch die Tat betroffenen Partei war, die für ihre Beurteilung der Angelegenheit die Zustimmung der so genannten Bank suchte [66], – der mit explizit zu Wächtern und Garanten der Rechtssicherung berufenen Männern besetzten Gerichtsbank, vor der eine anklagende Partei ihren Streitfall vorbrachte. Die Gesetze gaben in gewisser Weise den wohldefinierten Rahmen, in dem der Betroffene Genugtuung erlangen konnte, die nicht in zielloser Rache ausarten durfte. Die überlieferten gesetzlichen Regelungen der Zwölf Tafeln über das Schuldrecht zum Beispiel zeigen in gängiger rechtsgeschichtlicher Auslegung [67], dass die Festsetzung des Schuldners vom Kläger zu organisieren wie auch die entsprechende Versorgung des Festgesetzten, wenn dieser nicht selbst für seinen Lebenserhalt sorgen konnte. Unterblieb dann die damit vom Kläger zu erzwingende Auslösung, war nach einer gewissen, vorgeschriebenen Zeit die Personalexekution, mithin die Tötung, des festgesetzten Schuldners vom Gesetz vorgesehen. Nicht die öffentliche Institution also, sondern die – mit Recht – klagende Partei selbst war es, die aktiv wurde, wobei unter Überwachung seitens der dazu auf die Gerichtsbänke Berufenen die Gesetze den wohldefinierten Rahmen vorgaben, innerhalb dessen der Geschädigte sich seine Genugtuung suchen durfte.

Erst im späten Mittelalter gewinnt die Person des *Richters* – und zwar nach dem Vorbild des kanonischen Prozesswesens im Kirchenrecht – die uns vertraute zentrale Rolle, wenn auch in Form einer durch die Anträge der Parteien gebundenen Antwortfindung auf streng formalisierte „Urteilsfragen“ [68]. Das ganz eigene Phänomen der so genannten Rechtsspruchwörter [69] als Überlieferungsform des hergebrachten Verfahrens wirkt darauf plastisch Schlaglichter: „ius est ars boni et aequi“ [70] – und ist also demnach das Recht, die Rechtssprechung, die Kunst des Billigen und Gerechten, so gilt für den Richter, dass er wenig Handlungsspielraum für aktive eigene Entscheidungsfindungen hat: „iudex non calculat“ [71] – er rechnet nicht, er zeigt nur auf, was ohnehin nach dem Recht zugemessen ist: „suum cuique“ [72] – einem jeden das Seine...

1.4.3 Der Inquisitionsprozess – kein Urteil ohne Untersuchung

Dennoch gilt ebenso gut das Rechtsspruchwort „nulla poena sine culpa“ [73] – soll die angemessene Strafe zugewiesen werden, muss im Verlaufe der Verhandlung die vorwerfbare Schuldhaftigkeit der beanstandeten Tat erwiesen worden sein. Der so genannte *Inquisitionsprozess* (zu lat. „inquirere“ = nachforschen, suchen, etwas prüfen) stellt hierbei trotz seiner für das heutige allgemeine Ohr schauerlichen Klangfarbe historisch gesehen einen großen Fortschritt der Rechtssicherheit dar. Unter dem Inquisitionsprinzip ist wörtlich zunächst nichts anderes als der Untersuchungsgrundsatz zu verstehen, also die Forderung, Urteile zu fällen auf einer Beweisgrundlage, die durch eine Untersuchung zuvor gewonnen wurde [74], und nicht nach einer Einschätzung, was als billig und angemessen anzusehen sei. Merowingische und karolingische Quellen fordern für das Gerichtsverfahren deutlich den Beweis durch Untersuchung; Papst Innozenz III. fügte in das kirchliche Disziplinarverfahren den vom Amts wegen zu erhebenden Beweis der Wahr-

heit ein [75]. Trat seit 1231 beziehungsweise 1232 eine Verfolgung von Ketzern durch besonders ausgewiesene Inquisitoren ein, die wohl den heutigen schlechten Klang dieses Begriffes begründete, so ist doch an sich im Inquisitionsprinzip zunächst ein Bollwerk gegen Willkür in der Rechtspflege zu sehen. Auch im deutschsprachigen Bereich setzte sich der Inquisitionsprozess als amtliche Verfolgung und Untersuchung geschehener Straftaten – möglicherweise durch oberitalienische Anregungen aus dem Kirchenrecht – durch; seit dem 12. Jahrhundert tauchten dabei Ansätze zur öffentlichen Klageführung, der ein entsprechender Prozess folgte, auf [76].

War zur unbedingten Sühnung („nullum crimen sine poena“ [77]) grundsätzlich die Wahrheit zu ermitteln, so galt als sicherster Beweis das Geständnis. Der mutmaßliche Delinquent konnte der seit der Antike bekannten Tortur ausgesetzt werden, galt doch die Grundmeinung, dass in einer derartigen existentiellen Grenzsituation wie dem Schrecken und Schmerz der Folter nur das reine Gewissen Durchhaltevermögen bieten könne, während der Lügner aus seiner Lüge keine Kraft zu schöpfen vermöge und die Wahrheit bekennen werde... Die Anwendung der Folter lag dabei keineswegs willkürlich in der Hand der Richter, und ein gewonnenes Geständnis hatte – etwa nach den Bestimmungen der „Carolina“ – nur Bestand, wenn es der Betroffene nach Abschluss des peinlichen Verhöres auch ohne Folter bestätigte [78]. Wie neuere historische Forschungen zeigen, ist überhaupt das tradierte Bild der Tortur als einem allvertrauten Moment der Rechtspflege zu revidieren [79]. Dem frühen Mittelalter war die Ermittlung durch Folter eher fremd; ging es, wie noch darzustellen (vgl. I.5.2), auch gar nicht darum mit Blick auf zu vollziehende Strafe eine Schuld zu ermitteln, so durfte ein Schuldeingeständnis wohl kaum interessieren. Es galt vielmehr, die Tatsache eines Rechtsbruches im Sinne einer Störung der metaphysisch gegebenen Ordnung der Welt zu erkennen, um nötigenfalls durch geeignete Maßnahmen der Buße das Gleichgewicht der Ordnung wieder herzustellen. Als das geübte Mittel, in Zweifelsfällen sich Klarheit zu verschaffen, ob die gottgegebene Ordnung gestört worden war, weisen in diesem Zusammenhang die erhaltenen Quellen nicht die Folter, sondern das Gottesurteil aus. Geschichtlich verschwindet es – der Folter als Ermittlungsmethode weichend – erst in dem Maße, wie im Verlauf des späteren Mittelalters der hier skizzierte Gedanke des Untersuchungsprozesses mit Ermittlung einer individuellen Schuld eines Angeklagten sich breit macht.

Lag, wie auch immer, nach den Untersuchungen des Gerichtes ein Geständnis vor, so begann im Inquisitionsprozess erst das eigentliche öffentliche Gerichtsverfahren [80]. Der Richter erhob die Anklage, er führte daraufhin den Beweis, indem er auf das vorliegende Geständnis Bezug nahm (wobei in strittigen Fällen unter Umständen zwei Schöffen bezeugen mussten, dass dieses Geständnis tatsächlich zuvor abgelegt worden war) und auch der Richter verkündete schließlich das gesetzlich zustehende Urteil, indem er symbolisch den Stab brach.

In dieser Form des Inquisitionsprozesses wurde mehr und mehr die *Öffentlichkeit* zurückgedrängt, die in der alten Bezeichnung des Forensischen („in foro“ = auf dem Markte, also in aller Öffentlichkeit zu verhandeln) grundsätzlich enthalten war. Bedeutet Öffentlichkeit, zumindest wie sie heute verstanden wird, dass ein Vorgang vom Prinzip her zugänglich sein müsse [81], unbeschadet, ob der entsprechend anwesende Personenkreis nach Umständen zahlenmäßig oder in seiner Zusammensetzung de facto einge-

grenzt ist, so fehlte diese prinzipielle Zugänglichkeit im Inquisitionsprozess. Was die Öffentlichkeit hier geboten bekam, waren formelmäßige, ritualisierte Abläufe, während das substantiell Entscheidende der Öffentlichkeit entzogen war, insofern die Entscheidung über Schuld oder Unschuld im Verhör zuvor gewonnen wurde [82]. Diese Kultur einer Art von Pseudo-Öffentlichkeit (Herbeiführung der entscheidenden Momente geradezu unter Geheimhaltung der richterlichen Untersuchung und nachheriges Schaffen der Öffentlichkeit durch ritualisierte Verkündung) fand ihren Niederschlag sogar greifbar in der Architektur. Mit der Verlagerung der Gerichtsverhandlungen vom ehemals freien Platz in die Rathäuser samt der Zurückdrängung der öffentlichen Menge wurden neben den Gerichtssälen im Inneren vielerorts auch eigens Freitreppen oder balkonartige Lauben („Verkündlauben“) vorgebaut, von denen die Verkündung des Urteils geschah [83].

I.4.4 Der moderne Verhandlungsprozess

Besonders die liberalistische Rechtstheorie des 19. Jahrhunderts betonte die Bedeutung der grundsätzlichen Öffentlichkeit des *gesamten* Prozessgeschehens (in Frankreich ab 1806/08, in den Deutschen Bundesstaaten ab 1848 umgesetzt) [84]. Der alte Inquisitionsprozess wurde nunmehr geradezu als rechtsstaatswidrig empfunden, und er überlebte nur noch vereinzelt etwa in Mecklenburg, Schleswig-Holstein und freien Hansestädten, weil hier keine Strafprozessregelungen das alte Recht abgelöst hatten, bis er insgesamt seit der Reichsstrafprozessordnung von 1877/79 als abgeschafft gelten kann [85].

Bestimmte Momente des Inquisitionsprozesses aber leben auch fort wie die Befragung des Angeklagten durch den Richter statt wie im „common law“ in der angelsächsischen Welt durch den Vertreter der Anklage [86]. Doch ist die Errungenschaft der Öffentlichkeit der gesamten Verhandlung, die zum Urteil führt, seit der so genannten bürgerlichen Revolution von 1848 in Deutschland unverkennbar. Besonders im Konzept der Interessenjurisprudenz, einem rechtstheoretischen Ansatz vom Beginn des 20. Jahrhunderts, wird dabei eine grundsätzliche Eigenheit des Verhandlungsgeschehens heraus gearbeitet [87]: Ein Urteil wird nie logisch exakt abgeleitet, vielmehr geschieht eine wertende Entscheidung eines Konfliktes. Im Grunde besitzt die Rechtsordnung stets auch gewisse Lücken; im Einzelfall der beteiligten Interessen muss von gesetzlichen Regelungen im Sinne vorab abstrakt gefasster Entscheidungen bezüglich mehr oder weniger fiktiver Konfliktlagen ein Brückenschlag zum tatsächlich vorliegenden Konflikt geschaffen werden [88]. Aus der Rechtsordnung wird dabei zwar eine gewisse Wertung von Interessen erkennbar, doch findet sich unter Umständen in der Vielfalt tatsächlich auftretender Konflikte keine analog zum jeweils realen Fall anwendbare Interessenbewertung. Entschieden werden muss dann so, wie der Gesetzgeber mutmaßlich entschieden hätte, wenn er diesen Konflikt zu bewerten gehabt hätte. – Der Gebrauch des Konjunktivs verweist auf die Diffizilität der Problematik!

I.4.5 Verhandlungsfähigkeit – ein junger Begriff der Rechtsgeschichte

War es beim alten Inquisitionsprozess eigentlich nicht mehr wichtig, ob der Angeklagte vor Gericht anwesend war (er musste es sein gemäß der ritualisierten Abläufe), da der Beweis im Geständnis aus der Untersuchung vorab vorlag, so wird jetzt im Prozess über einen Interessengegenstand des Angeklagten verhandelt – mit zum Teil unabsehbarem Ausgang. Die Prozessgerechtigkeit erfordert es in dieser Hinsicht, dass der Angeklagte jederzeit nachvollziehen kann, was bezüglich seines Interesses im Verlaufe der Verhandlung geschieht. Es ist nicht nur seine Anwesenheit erforderlich, es ist auch sicher zu stel-

len, dass er fähig ist, die Bedeutung der Abläufe zu erfassen. Grundsätzlich sollte eine gerichtliche Verhandlung so gestaltet sein, dass jeder durchschnittliche erwachsene Mensch den Abläufen zu folgen vermag (vgl. **II.3.3.a**).

Dennoch können Situationen eintreten, in denen es dem Angeklagten nicht möglich ist, angemessen an der Verhandlung teilzuhaben. Das Konzept der *Verhandlungsfähigkeit* des Angeklagten, die sicher zu stellen ist, ist rechtsgeschichtlich noch nicht sehr alt. Der Ausdruck selbst taucht als Wort noch Ende des 19. Jahrhunderts synonym zur Vernehmungsfähigkeit auf, also der Eigenschaft von Zeugen und Beschuldigten, Angaben verlässlich machen zu können, so dass man ihnen in der Verhandlung Beweiskraft beimessen kann. Der erwähnte Wiener Gerichtsmediziner Eduard von Hofmann gebraucht den Ausdruck in seinem 1878 in erster Auflage erschienen Lehrbuch sichtlich in dieser Art, wenn er den Abschnitt über die gerichtsärztliche Untersuchung der Schwach- und Blödsinnigen wie anderer Nichtverstandesreifer unter die Überschrift der „Fraglichen Verhandlungsfähigkeit“ stellt und begrifflich einführend ausdrücklich „Verhandlungs- oder Vernehmungsfähigkeit“ in eins setzt [89] (vgl. **III.1.1**). Zwar hebt von Hofmann dabei nicht nur auf psychische Aspekte ab, indem er sich zitierend auf den Paragraphen 170 der damaligen Österreichischen Strafprozessordnung bezieht, der von Personen spricht, „(...) die wegen ihrer Leibes- oder Gemüthsbeschaffenheit ausser Stande sind, die Wahrheit anzugeben.“ [90] Doch sichtlich dreht es sich hier um die Eigenschaft valide Zeugnisse ablegen zu können und nicht um den Aspekt, ob ein Angeklagter fähig sei, aktiv begreifend teilzunehmen, wenn über ihn und seine Belange verhandelt wird (vgl. **III.1.1**). Tatsächlich ist im heutigen Verständnis Verhandlungsfähigkeit ausdrücklich abzusondern von der Vernehmungsfähigkeit oder gar Schuld- beziehungsweise Zurechnungsfähigkeit. Ein grundsätzlich schuldfähiger Angeklagter kann etwa durch eine plötzliche Erkrankung vorübergehend sehr wohl seine Verhandlungsfähigkeit verlieren, ohne dass dies – in tradierter Begrifflichkeit – den Aspekt seiner Geistesgesundheit betrifft. Zur Begriffsklärung sei auf den systematischen **Teil II** verwiesen, der die heutigen Bestimmungen darstellt und auch die unter dem Oberbegriff der Terminfähigkeit daneben noch vorhandenen Begriffe wie Reise- oder Transportfähigkeit vorstellt (vgl. **II.3.3.c**).

Kapitel I.5 Rechtsgeschichtliche Skizzen. Historiogenese des modernen Strafvollzugsgedankens: Haftfähigkeit – ein problematischer Begriff

I.5.1 Haft als Strafe – keineswegs selbstverständlich

Die Tatsache, dass auf gesetzlich festgelegter Grundlage Gerichte in ihren Urteilen den Freiheitsentzug in Form einer Gefängnishaft als Strafe bestimmen, wird heute im allgemeinen als selbstverständlich und nicht weiter zu hinterfragen angesehen. Die Figur des im Gefängnis „Einsitzenden“ gehört geradezu zur populären Kultur; schon in Heinrich Zilles bekannten Mileu-Studien aus dem großstädtischen Berlin taucht der – mehr oder weniger – kleine Übeltäter auf, der immer wieder einmal eine zugemessene Zeit hinter Gefängnismauern abzusitzen hat und damit zu jenen „feinen Leuten“ gehört, „die ihre Sommerfrische in Plötzensee machen“ [91], wo sich schon zu Kaisers Tagen eine berühmte Strafanstalt befand. Und auch in den beinahe legendären Niederungen der Humorseiten diverser Wochenendausgaben von Zeitungen gehört der Sträfling wie zum Beispiel auch der gehörnte Ehemann zum klischeehaften Standardpersonal der Witzzeichnungen.

So selbstverständlich, wie diese Verwurzelung im allgemeinen Bewusstsein glauben machen könnte, ist es jedoch keineswegs, dass ein Gemeinwesen Haft als Strafe verhängt und dazu feste Institutionen vorhält. Auch für einen Zeitgenossen des frühen 19. Jahrhunderts wie dem oben zitierten Gerichtsarzt Mende (vgl. I.1.2) war es längst ein vertrauter Gedanke, dass im Entzug von Freiheit eine angemessene *Bestrafung* zu sehen sei. In den Diskussionen seiner Zeit zeichnete sich ab, dass die Tendenz dahin ging, die Leibes- und Lebensstrafen überhaupt zurückzudrängen zu Gunsten der *Strafhaft*. Das als progressiv zu wertende „Allgemeine Landrecht“ in Preußen hatte bereits 1794 die Freiheitsstrafe zwar nicht als alleinige, jedoch als wichtigste Strafform bestimmt [92]. Dem mittelalterlichen Menschen wie auch noch dem Menschen der frühen Neuzeit wäre es dagegen schwerlich in den Sinn gekommen, im reinen Freiheitsentzug an sich eine Bestrafung zu sehen. Strafe war die greifbare, materielle Schädigung dessen, der zuvor Schaden angerichtet hatte.

I.5.2 Rechtssysteme ohne Strafe

Vorauszuschicken ist, dass nicht nur Haft als Strafe keineswegs selbstverständlich ist, sondern dass sogar detailliert ausgestaltete Rechtssysteme existieren können, in denen das Moment der Strafe keine Rolle spielt. – Für die Gegenwart hat die Anthropologie der vergleichenden Rechtskunde auch unter dem Ziel, rechtshistorisch die Anfänge menschlicher Gesellschaftsordnungen zu ergründen, interessantes Material geliefert. Ein bedeutendes Beispiel in der Literatur sind bis heute die Monographien von *Edward Evans-Pritchard* [93], die seine Studien aus der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts über das im Südsudan lebende Volk der Nuer wiedergeben, einer Hirtengesellschaft mit „ausgeprägtem Rechtsbewusstsein“ [94], das auf einer Art von institutionalisiertem Ausgleichsdenken ohne Strafe basiert.

Man sollte sich, ohne hier weiter darauf einzugehen, diese Aspekte ins Bewusstsein rufen, scheint doch auch die für unseren Kulturkreis historisch vorangegangene germanische Rechtsordnung *Strafe* im heutigen Sinne nicht gekannt zu haben [95]. Freilich ist in der historischen Forschung für das germanische Recht vor dem Mittelalter kein abgeschlossenes stimmiges Bild zu erstellen [96]; früheste schriftliche Selbstzeugnisse der Germanen liegen erst ab dem fünften Jahrhundert vor, und die viel beschworene Schrift „Germania“ des *Tacitus* darf weniger als treuer Sachbericht aufgefasst werden, als zumindest „teilweise Propagandaschrift, in der den Römern ein Bild des ‚edlen Wilden‘ vorgestellt wird, das moralisierend bessern will“ [97]. Tacitus verwies dabei zwar ausdrücklich auch auf bei den Germanen übliche *Strafen*, doch darf bezweifelt werden, ob er das germanische Rechtsbewusstsein damit wirklich erfasste [98]. Im frühen Mittelalter, das ja zunächst ein Fortleben der germanischen Rechtstradition darstellte, war auf jeden Fall ein Rechtssystem vorherrschend, das nicht auf Strafe, sondern mit dem Ziel des Büßens auf so genannten *Kompositionen* (zur Begriffserläuterung s. u.) beruhte [99]. Strafe in unserem heutigen Sinn taucht quellenmäßig erst in den Landfrieden ab dem 11. Jahrhundert, meist als in Geld abzuleisten, auf [100]. Auch etwa in Zusammenhang mit eindeutigen Stellen der „Lex Salica“ wird deutlich, dass das traditionell geprägte ländliche Leben lediglich Büßen, nicht Strafen kannte [101].

Rechtstheoretisch wird unter einem Kompositionensystem ein Rechtssystem verstanden, das auf *Buße* (= Komposition) fußt [102]. Durchaus auch das altrömische Recht hatte sich zunächst so gestaltet: Wer etwa einem anderen ein Bein brach, musste dafür 300 Pfund Kupfer – bei Sklaven 150 Pfund – zahlen [103]. Für das ausgehende Altertum

war vertraut, dass, wenn in einem Delikt ein Sachwert entzogen worden ist, zur Buße der doppelte (bisweilen auch ein vielfache) Sachwert wieder herauszugeben war [104]. Aus dem frühen Mittelalter sind ausgefeilte Kataloge überliefert, wie je nach Tat und betroffener Person (Adelige wurden etwa anders eingeschätzt als eine zwar freie, aber nicht-adelige Person) die Buße zu bemessen war [105].

Diese Kompositionen waren jedoch im heute geläufigen Sinn *nicht* als Bestrafungen zu begreifen. Wie *Hans Hattenbacher* betont [106], stellte schon *Jacob Grimm* in seinen Arbeiten über Rechtsaltertümer mit Verwunderung fest, dass trotz ausgedehnter Bußkataloge voller Beschreibungen von zu büßenden Handlungen der Begriff des Verbrechens mit einem Verbrecher unbekannt war, dass es sich hier vielmehr sprachgeschichtlich sogar um recht junge Wörter handele. Insgesamt sind die Fachbegriffe des heute geläufigen Strafrechtsdenkens nicht alt, erst in Quellen des Hochmittelalters werden sie überhaupt nachweisbar [107]. Der der Buße zu Grunde liegende Ausgleichswille war getrieben von der Furcht vor schlimmen Folgen der Tat, gleichgültig, ob die Tat mit bösem Willen oder sogar ganz unbewusst geschehen war. Auch wer einen Baum fällte, der dann unvorhergesehen einen Menschen erschlug, musste die volle Buße zahlen, wie jemand, der einen Mann bewusst erschlagen hatte [108]. Die Buße enthielt damit keinerlei Wertung im ethisch-moralischen Sinn einer Zuschreibung von *Schuld*; das Recht war gewissermaßen das Heil und ein Rechtsbruch ein Un-Heil, eine Störung in der Ordnung, die keineswegs lediglich den Täter betraf (daher war auch keine Gnade oder ein verjährendes Aus-der-Welt-Schaffen durch verstreichende Zeit vorstellbar) [109]. Die Götter selbst konnten, wie in den Gesängen der Edda geschildert, in ihrem Handeln fehl gehen und somit die Ordnung stören – und waren dann an Bußleistungen zum Ausgleichen des eingetretenen Unheils gebunden [110].

War Buße – der „Zentralbegriff des alten Rechts“ – [111] somit keine Strafe, so war sie auch keineswegs ein Schadensersatz im Verständnis des modernen Rechts. Es war sogar nicht einmal wichtig, wer die Buße zahlte, auch Dritte konnten sie leisten, um den Rechtsbruch zu heilen, weil es nicht individuell um das Sühnen von Schuld ging [112]. Etymologisch scheint vielmehr der Bogen vom Ausdruck „Buße“ zu einer Benennung von Zaubersprüchen, zur Bezeichnung von einem Heilungszauber zu schlagen seien [113]. Der Rechtsbruch entheiligte auf magische Weise die Ordnung und diese musste entsprechend wieder geheilt werden, wobei auch das oft erwähnte Geld im Sinne einer geopferten Kostbarkeit und nicht nüchtern modern oder im Sinne der damaligen römischen Zivilisation als Zahlungsmittel zu sehen ist (in anderen Zusammenhängen vergruben Germanen auffällig oft römische Münzen als so genanntes Hortgeld und behandelten sie dabei als Schmuckstücke, nicht wie ein Zahlungsmittel [114]). Wurde Geld, aber auch Vieh als Buße gegeben, so ist der *Opfercharakter* unverkennbar, und so war auch der Mensch beim Menschenopfer eine ganz besonders kostbare Opfergabe. – Der erwähnte Tacitus, als Römer von seinem Denken her unserer heutigen Perspektive nahestehend, deutete offenbar die Vielfalt der Bußen der Germanen in seinem Sinne als ein ausgefeiltes System der Strafen von der einfachen Geldstrafe bis hin zur Todesstrafe. Letztlich wird aber vermutlich die Hinrichtung als Todesstrafe für einen Straftäter wie der Strafgedanke überhaupt von Tacitus in das ihm fremde Rechtsbrauchtum der Bußen hinein interpretiert worden sein [115]. Bei den Germanen galt es vielmehr, die immer wieder von Unordnung bedrohten Bezüge zwischen Menschen, Sachen und Göttern mittels ausgefeilter Rechtsrituale in einem Gleichgewicht der Ordnung zu halten [116], ohne dabei im uns

vertrauten Sinn Strafe als „ein dem Täter einer Straftat von der Allgemeinheit zuzufügendes Übel“ [117] zu kennen.

I.5.3 Aufkommender Strafgedanke - Freiheitsstrafen zunächst unbekannt

Strafe dagegen in diesem Sinn als ein einem straffällig gewordenem Subjekt zuzufügendes Übel löste im Verlauf des Mittelalters das alte Kompositionensystem ab, wobei freilich die so genannten ländlichen Rechtsquellen im Gegensatz zu den Städten mit ihrem verfassten Recht lange auch noch örtliche Rechtstraditionen bewahrten [118]. Von der Wortgeschichte her bedeutet „strafen“ zunächst so viel wie „tadeln“ [119], womit nun das Moment der Schuldhaftigkeit ins Spiel kommt. Im Mittelalter wurde zum Strafzweck eindeutig das Vergelten oder in schlimmen Fällen gar das Unschädlichmachen [120]. Im Sinne einer so genannten absoluten Straftheorie liegt der einzige Grund für die zu vollziehende Strafe in der Straftat selbst. Falls es beim Sühnen solcher Schuld nicht um verhängte Vermögensstrafen im Sinne zu zahlender Geldsummen ging, so wurden die Strafen regelhaft auch als leibliche Schädigungen am Straftäter selbst vorgenommen. Zentraler Bestandteil europäischen Strafrechts waren zum Teil sehr schmerzhaft, aber auch wieder ad integrum „verheilende“ Schäden wie Auspeitschen und Kopfscheren (als die so genannte Strafe an „Haut und Haar“) eben so wie bleibend stigmatisierende Verletzungen wie das Abtrennen von Körperteilen [121]. Nicht somatisch, aber dennoch genauso greifbar geschädigt wurden Straffällige auch durch die Schandstrafen, die eine – unter Umständen nur vorübergehende, gleichsam wieder heilende – Verletzung der Ehre darstellten wie das öffentliche Tragen eines Strickes, das Eselreiten auf dem hölzernen Schandesel oder das Anhängen eines entehrenden Zeichens für eine bestimmte Zeit [122]. Als Karrenstrafe, nämlich das an sich wenig belastende, aber entehrende Beladen und Ziehen von Karren in der Öffentlichkeit, lebten diese Ehrenstrafen noch bis in die Neuzeit fort [123]. Und auch in der Unterscheidung der Zuchthaushaft als ausdrücklich entehrender Haftstrafe von den anderen Freiheitsstrafen in Gefängnis oder Festung schwang diese Vorstellung noch weit bis in das 20. Jahrhundert mit (vgl. I.5.6).

Unbekannt scheint zunächst die *Freiheitsstrafe* gewesen zu sein. Selbst ein hoch differenziertes Staatswesen wie das Rom der klassischen Antike, dessen Recht mit den Zwölf-Tafel-Gesetzen kodifiziert war, schien Haft als Strafe entweder – so über lange Zeit die einhellige Auffassung der historischen Forschung – gar nicht zu kennen oder allenfalls so marginal, dass diese Strafform in der zeitgenössischen Wahrnehmung zumindest keinen nennenswerten Widerhall finden konnte. Nicht damit zu verwechseln ist notabene die bekannte Praxis, missliebige Personen zeitweilig oder für immer aus der Gemeinschaft zu entfernen, indem eine Verbannung an einen Wohnort ausgesprochen wurde, der fern der sozialen Einflussosphäre lag. In diesem Verfahren – ohnehin eher einflussreichen Persönlichkeiten, die in ihrem Einfluss eingeschränkt werden sollten, denn kriminellen Übeltätern vorbehalten – ist keineswegs die Praxis eines Freiheitsentzuges *als Strafe* für ein Verbrechen zu erblicken. Überhaupt wurde unter „poena“, bekanntlich der klassisch lateinische Begriff für Strafe, altrömisch zunächst nur konkret „(...) die Vermögensleistung, durch die (...) das Racherecht des Verletzten oder seiner Verwandtschaft abgelöst werden kann (...)“ [124] verstanden. Erst spätantik weitete sich dann „poena“ inhaltlich allgemein zur Bedeutung einer dem Ersatz eines angerichteten Schadens dienenden Leistung [125].

Der Freiheitsentzug jedenfalls ist auch dann noch nur gewissermaßen „Begleitfolge anderer Strafen“ [126]; als Bestrafung war er an und für sich nicht gedacht. Einkerkierungen, die durchaus nicht selten vorgenommen wurden, hatten den Sinn, verhaftete oder bereits verurteilte Personen festzusetzen und an ihrer freien (Flucht-) Bewegung zu hindern. So gewinnt im klassischen Latein das entsprechende Wort „carcer“ auch nur okkasionell die Bedeutung von Gefängnis oder Gewahrsam; die usuelle Bedeutung des Ausdruckes bezog sich vielmehr auf die Schranken entlang der Rennbahn, die ein Ausbrechen der Gespanne von der vorgesehenen Strecke beim Wettrennen verhindern sollten [127]. Bei der strafweisen Verschickung in die Bergwerke („in metallum“) oder die Steinbrüche [128] zur Ausnutzung der Arbeitskraft der Verurteilten stand offenbar die Bestrafung durch harte Arbeit im Vordergrund; der damit verbundene Freiheitsentzug war nur ein Mittel zur Durchführung dieser Zwangsarbeit, nicht die eigentliche Intention der Strafmaßnahme.

I.5.4 Strafe als ausgleichende Schädigung

Als Bestrafung dienten – bis weit in die Neuzeit hat sich prinzipiell wenig dabei geändert – im Geiste der Talion als Vergeltungsrecht dem Verurteilten zuzufügende *Schäden*, die den von ihm zuvor angerichteten Schaden an ihm in gewisser Weise ausgleichen sollten (das angerichtete Übel findet sozusagen sein vergeltendes „Gleiches“). Dieses *ius talionis* leitet dabei seinen Namen vom lateinischen „talis“ ab, das ganz plastisch eine Gleichartigkeit anzeigt im Sinne, dass eine Sache im wesentlichen so beschaffen sei wie eine andere [129], wobei die Talion geistesgeschichtlich ein griechischer Begriff zu sein scheint [130]. Dieses Denkmodell ist aus dem klassischen römischen Recht bekannt wie aus dem jüdischen (das Alte Testament nennt im Zweiten Buch Mose 21,23 das bekannte „Auge um Auge“); im deutschen Bereich wird es im späten Mittelalter erkennbar [131] und löst die von ihrer Motivierung her ganz anders angelegte Buße ab (vgl. I.5.2).

Ein solcher, vergeltender Ausgleich konnte konkret in der Lebenswelt geschehen, indem materielle Güter wie eine gewisse Geldsumme als Wiedergutmachung – oft an die Geschädigten oder ihren sozialen Kreis selbst – zu entrichten waren. Dies knüpft, freilich anders motiviert (!), an das aus dem germanischen Recht bekannte, zunächst individuell auszuhandelnde, später dann in genauen Katalogen festgelegte Wergeld als Totschlagsbuße an, das für einen Getöteten zu zahlen war (das Wort „wera“ bedeutet germanisch „Mann“ beziehungsweise „Mensch“ [132]); noch im Mittelalter fiel es oft an die Verwandten des Getöteten, teilweise aber auch an den jeweiligen König [133]. Die aus dem Altertum bekannten Leibesstrafen waren daneben im heutigen deutschsprachigen Bereich noch im frühen Mittelalter, in dem, wie geschildert, zunächst das germanische, auf dem Kompositionssystem beruhende Rechtsdenken fortgelebt hatte, eher selten [134]. Erst das Hochmittelalter erkor die Leibesstrafen als so genannte peinliche Strafen (eigentlich ein Pleonasmus, leitet sich doch das deutsche „peinlich“ von lateinisch „poena“ ab [135]!) zum zentralen Element der Strafpraxis.

In diesem Sinne konnte das Ausgleichen in einem gewissermaßen metaphysischen Kontext durch einen symbolisch aufgeladenen Akt der Schädigung des Täters geschehen. Die in diesem Zusammenhang in der Literatur oft herangezogenen so genannten spiegelnden Strafen, die hinsichtlich des leibesstraflichen Vollzugs mit Gleichheit äußerlicher, akzidentieller Aspekte von Tat und Strafe aufwarteten – Verbrennen des Brandstifters, Abschneiden der Zunge des Meineidigen zum Beispiel –, scheinen allerdings in der Rechts-

praxis eher eine Ausnahme, nicht die Regel gewesen zu sein [136]. Die Aufmerksamkeit des heutigen Betrachters, die sie auf sich ziehen, rührt von ihrer gewissen „Interessanztheit“ her, korrespondiert aber nicht mit ihrer tatsächlichen Bedeutung für die damalige Rechtspflege.

Offensichtlich wurden für diese Schädigungen zeitnahe punktuelle Ereignisse bevorzugt – dem Volksmund nach soll die Strafe ja ohnehin auf den Fuß folgen. Die Vollstreckung der Strafe konnte so in einem eingrenzbaeren, zeitlich gewissermaßen eng umrissenen Akt geschehen. Einem Schädiger ausgleichend den sozusagen biographischen Schaden einer längeren Haft zuzufügen und somit Haft als Strafe anzusehen, hat offensichtlich fern gelegen. Für den Rechtshistoriker gewinnt Freiheitsentzug als Strafe erst seit dem 15. Jahrhundert eine erkennbare Bedeutsamkeit [137], nachdem er zuerst in den neu entstehenden Städten des 14. Jahrhunderts auftauchte [138]. Haft wurde zuvor, wie skizziert, nicht als Zweck, sondern als Mittel begriffen: Zur Festsetzung von möglicherweise flüchtenden Personen bei der Kriegsgefangenschaft oder der Untersuchungshaft [139] oder auch als Druckmittel der Erzwingung etwa zur Begleichung unbezahlter Schulden (mithin erscheint *cum grano salis* das Konzept der Beugehaft rechtsgeschichtlich wesentlich älter als das der Strafhaft zu sein).

Nicht unüblich war es bis zur Neuzeit auch, zur Erzwingung eigener Forderungen gegenüber einer anderen Parteiung sich ihr zugehöriger Personen zu bemächtigen und diese Personen, oft von höherem Stand, gefangen zu setzen. Diese Praxis der *Geiselhaft* erregt im übrigen in der Gegenwart bei historisch Unkundigen oft Verwunderung, wenn sie offensichtlich ohne nennbaren Ehrverlust von angesehenen Herrschern in landespolitischen Auseinandersetzungen geübt wurde. Mag es durchaus um die Durchsetzung berechtigter Anliegen gegangen seien – so der Einwand –, erschrecke es doch, wenn dabei ohne Bedenken ein Unschuldiger, der durch nichts einer Strafe würdig gewesen wäre, einer Haft ausgesetzt wurde. Aber gerade dieses historische Unbehagen illustriert indes auf eindringliche Weise, wie sehr von unserer Gegenwart verinnerlicht wurde, dass Freiheitsentzug eine *Strafe* darstellen müsse, die in ihrer Zuweisung und Bemessung einer Straftat angemessen gegenüber stehen solle. Tatsächlich aber war die Geiselhaft als Gewahrsamnehmung eines Menschen zur Sicherung der Erfüllung einer bestimmten Pflicht oder zur Durchsetzung einer rechtlichen Maßnahme bis ins Mittelalter, das dann mit seinen neuen Lebens- und Wirtschaftsformen neue Sicherungsmittel kennen lernte, ein üblicher allgemeiner Rechtsbrauch [140], der nichts mit Strafen zu tun hatte.

I.5.5 Das Gefängnis als Kerker – insbesondere die Lage im historischen Hamburg

War Haft als Strafe bis in die Neuzeit praktisch nicht vorgesehen, verwundert es auch nicht, dass keine eigenen Institutionen wie Strafanstalten im Sinne moderner Gefängnisse bekannt waren. Zur bisweilen nötigen Einkerkelung bestimmter Personen wurden fallweise vorhandene geeignete Orte herangezogen von trockenen Brunnenschächten bis zu fensterlosen Gewölben in den Fundamenten von Bauwerken; unverkennbar mischen sich dabei mit pragmatischen Erwägungen auch magische Vorstellungen einer räumlichen Absonderung [141].

Ist ab dem 14. Jahrhundert vor allem in den Stadtrechten zunehmend häufiger von der Inhaftierung in Gefängnissen die Rede [142], so werden zur Durchführung zumeist ohnehin vorhandene und bewachte befestigte Gebäude unter öffentlicher Nutzung herangezogen. Die Haft in der stets mit Wachen besetzten Torbefestigung der Stadtmauer war so verbreitet, dass zu einem Stadttor die Zelle als sozusagen unabdingbarer Gebäudebe-

standteil dazugehörte. – Noch um 1775 plante zum Beispiel der durch seine Schlossbauten berühmte Architekt *Nicolas de Pigage* selbstverständlich mehrere Zellen im neu zu errichtenden Karlstor in Heidelberg ein, obwohl dieses prachtvoll verzierte rote Sandsteingebäude nach Niederlegung der Stadtbefestigung ein der Repräsentation und gar nicht mehr der Fortifikation dienendes, freistehendes Bauwerk darstellte. Freilich waren durch den Abriss des alten Oberen Tores an dieser Stelle aber auch entsprechende Räumlichkeiten verloren gegangen und mussten ersetzt werden, denn ein Gefängnis als Bauwerk im heutigen Sinne errichtete die Stadt am Neckar erst über 70 Jahre später [143]. Waren Gefängnisse im eigentlichen Sinne lange Zeit unbekannt, wurde mancherorts hinsichtlich einer nur selten nötigen Unterbringung von Inhaftierten bemerkenswert pragmatisch verfahren. Für die Stadt Freudenberg im Siegerland ist belegt, dass beim allgemein sehr sparsamen Umgang mit Baumaterial bei Errichtung der evangelischen Stadtkirche zu Beginn des 17. Jahrhunderts kurzerhand ein vorhandener Wehrturm der alten Stadtbefestigung als Kirchturm umgestaltet in das neu erbaute Gotteshaus integriert wurde – und auch danach dann weiterhin als Gefängnis benutzt wurde, falls einmal Bedarf dazu bestand [144]. Andererseits besaßen die großen Städte wie Köln, Augsburg, Nürnberg und andere mit permanent vielen zu inhaftierenden Personen schon früh eigens geschaffene gefängnisartige Einrichtungen neben den anderen Lokalitäten der Justizpflege wie Gerichtsstube und Folterkammer [145].

Darin sind jedoch schwerlich Haftanstalten nach unserem modernen Verständnis zu erblicken. Auch das hier zu thematisierende Hamburg kannte über Jahrhunderte keine solche Haftanstalt, obwohl es sich bei der Hafenstadt an der Elbe als einem belebten Handelsplatz keineswegs um einen Ort weltabgewandter Friedfertigkeit gehandelt hat. Der hier als „Fron“ bezeichnete mittelalterliche Scharfrichter besaß vielmehr in seinem Wohnhaus in der Bergstraße Räumlichkeiten, um Straftäter und auch säumige Schuldner festzusetzen [146]. Hamburger Bürger wurden in dieser Fronerei eingesperrt, wenn das Urteil gesprochen war und die Vollstreckung der Strafe bevorstand [147]. Für derart Verurteilte, die sich der Strafe nicht entziehen sollten, wie für frisch ertappte Verbrecher unter Fluchtgefahr besaß der Fron zwei größere Stuben. In der einen beim Hauseingang gelegenen Stube wurden die Gefangenen bei Tag an schweren feststehenden Eichenholztischen angekettet – wobei ein Lattenverschlag die Männer- von der kleineren Frauenabteilung trennte –, von einem vergitterten Vorplatz aus konnten die Gefangenen überwacht werden [148]. Bei Nacht wurden die Häftlinge in einem anderen Raum darüber in Kojen aus Eichenbohlen an ihren Füßen und Händen festgekettet und immerhin mit Strohsäcken als Bettzeug bedacht. Praktischerweise befand sich im selben Gebäude auch die (1790 zuletzt gebrauchte) Folterkammer und vor der Fronerei bis 1811 der „Kaak“ genannte Pranger mit steinerner Säule zum Vollziehen der festgelegten Strafen wie Auspeitschen oder Abschneiden von Fingern, Nase oder Ohren. Ein Austritt oder ein Hof war für die Gefangenen nicht vorgesehen, die Räume wurden nicht frisch angestrichen und es wimmelte von Ungeziefer; vor den Fenstern brachte der auch dafür zuständige Fronmeister zudem die gestorbenen oder auszusondernden kranken Pferde der Stadt unter.

So detailliert erwähnt werden soll diese Hamburgische Einrichtung an dieser Stelle deshalb, weil in den historischen Quellen dokumentiert ist, wie die hygienischen Verhältnisse dort nicht nur aus heutiger Sicht mehr als mangelhaft waren, ohne dass man an diesem Mangel jedoch Anstoß genommen hätte. Hier konnte es sehr wohl dazu kommen,

dass einem verurteilten Straftäter – in Mendes oben zitierten Worten – durch die Wirksamkeit der Strafgerechtigkeit und die Vollziehung ihrer Urteile Härteres in Bezug auf Leben und Gesundheit widerfuhr, als ihm vermöge der gesetzlichen Bestimmungen widerfahren sollte [149]. Wenn jedoch etwa über die zugemessenen Rutenschläge hinaus der zu Strafende unter den entsprechenden Umständen einen noch größeren gesundheitlichen Schaden nahm, erschien dies nach damaligem Verständnis nicht als verwerflich. – Der Straftäter selbst hatte sich schließlich durch seinen Bruch der Normen aus dem sozialen Kreis einer Gemeinschaft heraus gestellt, die nun nicht mehr um ihn als eines ihrer Glieder Sorge tragen musste. Auch wenn das Kümmern um Gefangene zum vielbeschworenen Katalog der sieben Werke christlicher Charitas gehört, durfte, wer sich durch ein sanktionsbedrohtes Verhalten aus dem sozialen Gefüge entfernt hatte, nicht auf nennenswerte Rücksichtnahme hoffen. Der für die hier im Weiteren zu untersuchenden modernen Haftfähigkeitsprüfungen grundlegende Gedanke, eine Inhaftierung dürfe dem Betroffenen keinen gesundheitlichen Schaden zufügen, war in damaliger Zeit offensichtlich unbekannt.

Was im Übrigen die Hamburger Verhältnisse angeht, erscheint dem heutigen Empfinden eher das so genannte *Spinnhaus* einer Haftanstalt vergleichbar, das in der Nähe der Binnenalster 1666 aus dem Vermächtnis eines Hamburger Ratsherren erbaut wurde und zu Unterbringung von etwa 40 bis 50 Insassen beiderlei Geschlechtes diente, die, wie der Name des Hauses andeutet, zur Arbeit herangezogenen wurden [150]. Zwar wurde die Einweisung in das Spinnhaus zunächst häufig als Folge auf eine vollstreckte Prangerstrafe verhängt [151], worin anscheinend noch lange Zeit nach altbewährter Art eigentlich die angemessene Bestrafung gesehen wurde. Dennoch trägt die Einweisung in das Spinnhaus deutlich den Charakter einer für ein Vergehen verhängten *Strafe*. Gab es doch schräg gegenüber das bereits fast fünfzig Jahre zuvor auf Beschluss von Rat und Bürgerschaft erbaute „Zucht-, Werk- und Armenhaus“, für dessen Baufinanzierung 1614 eigens die erste Hamburger Lotterie durchgeführt worden war. Hier brachte die Stadt keinesfalls, wie dem heutigen Leser der Begriff des Zuchthauses nahelegen könnte, zu bestrafende Kriminelle unter, sondern Bettler und so genannte Korrigenden. Bezeichnend ist, dass hier Sozialschwache auch freiwillig Eintritt nehmen konnten [152]. Wenn neben dieser Einrichtung, der 1796 auch die öffentliche Entbindungsanstalt und 1814 die Kurhaus genannte städtische Krankenanstalt angegliedert werden sollten, das Spinnhaus als eigene davon abgetrennte Institution errichtet wurde, verweist dies darauf, dass ein grundsätzlicher Unterschied zwischen dem Aufenthalt in den Einrichtungen zu erblicken ist. In den bis zum großen Stadtbrand von 1842 bestehenden Komplex von Zucht-, Werk-, Kranken- und Armenhaus gehörten auf vielfältige Weise Bedürftige; es konnten zwar aus dem sozialen Gefüge gefallene Personen zwangsweise hier eingebracht werden, aber diese Zwangsmaßnahme ist eben nicht als zugemessene Bestrafung für ein Vergehen anzusehen.

Anders das Spinnhaus: Eine Einweisung hierin wurde im Zusammenhang mit der Verurteilung einer begangenen Straftat vorgenommen; mit Recht kommt die Rede von der *Spinnhausstrafe* [153] auf. Interessant erscheint im Zusammenhang der Beschäftigung mit der modernen Perspektive, durch Haftstrafe keine gesundheitlichen Schäden zu bewirken, dass im Hamburger Spinnhaus, das in dieser Form ebenfalls 1842 bei der verheerenden Brandkatastrophe untergegangen ist, auch ein Arzt beziehungsweise ein in dama-

liger Manier als Wundarzt betitelter Chirurg zur Versorgung der Insassen angestellt war [154]. Anders als bei der Festsetzung in der aus dem Mittelalter stammenden Fronerei wurden nun die Häftlinge als *Sträflinge* einem zwangsweise auferlegten Freiheitsentzug unterworfen, ohne dass ein über diese zugewiesene Beeinträchtigung hinausgehender Schaden billigend hingenommen wurde. Für Erkrankungen oder chirurgisch zu versorgende Verletzungen, die während der Spinnhausstrafe eintraten, fühlte sich auch die Institution, die für den Vollzug der Strafe verantwortlich zeichnete, zuständig.

I.5.6 Der neuzeitliche Wandel – Strafanstalten als neue Institutionen

Die Geschichte des Strafvollzuges hat in der Forschung mittlerweile vielfältige Aufmerksamkeit gefunden. Dies reicht von historisch empirischen Darstellungen einzelner Einrichtungen wie des europäisch-angelsächsischen Strafanstaltswesens insgesamt bis hin zu den geisteswissenschaftlich-philosophischen Ansätzen eines *Michel Foucault*, der nach seiner kritischen Auseinandersetzung mit der „Geburt der Klinik“ als machtbesetzter Institution in seinem 1975 nachfolgendem Buch „Überwachen und Strafen“ seine Analysen von institutionalisierten Machtstrukturen am Beispiel der Gefängnisse fortsetzt [155]. Für Foucault ist die Beschäftigung mit der Herausbildung der neuzeitlichen Strafanstalten ein weiterer Anknüpfungspunkt seiner Auseinandersetzung mit sozialer Überwachung und Repression in der Moderne, die er ebenso als Movens hinter dem Aufkommen von Irrenkliniken, urbanen Großkrankenhäusern und anderen Einrichtungen erblickt, die dazu dienen, bestimmte gesellschaftliche Gruppen sozusagen kaserniert unter Kontrolle zu bekommen.

Eine Auseinandersetzung mit dieser *deutenden* Hinwendung zur Strafvollzugsgeschichte über die empirische Historiographie hinaus, führt an dieser Stelle zu weit. Dennoch verweist dieser geisteswissenschaftliche Ansatz auf ein wichtiges Moment: Auf eine grundlegende Änderung der Situation am Beginn der Neuzeit. Der eingangs (vgl. I.0) mit seiner historisch fundierten Betrachtung zitierte Gunter Suttinger lässt so in seinem Abriss der Geschichte des Strafvollzuges nach der geschilderten Situation von Altertum und Mittelalter in dieser Zeit eine neue, zweite Periode beginnen [156]. Auch von anderen Autoren immer wieder herangezogen als Markstein der Entwicklung ist die Gründung des Amsterdamer Zuchthauses im Jahr 1595 als ausdrücklich einer Erziehung gewidmeten Einrichtung im Strafvollzug. Der Ort ist historisch nicht zufällig; calvinistische Vorstellungen vom Müßiggang als strafwürdiger, von Gott nicht gebilligter Verfehlung stehen hinter dieser Abkehr von der Vergeltungsstrafe [157]. Im Übrigen war das Amsterdamer Zuchthaus zunächst auch noch der Ort, um neben straffälligen Delinquenten ebenso andere der Gemeinschaft als verwerflich Erscheinende zu einem sozial gebilligtem Lebensstil durch Arbeit und strukturierten Tagesablauf zu erziehen. Arbeitsverweigerung wurde hart bestraft, aber die bewusst schlechte Verköstigung früherer Zeiten war einer der körperlichen Arbeit angemesseneren Ernährung gewichen, es wurde auf Seelsorge geachtet und vor allem für jüngere Insassen war Unterrichtung vorgesehen.

Das Amsterdamer Beispiel macht rasch Schule, – dass Hamburg hier sehr früh folgte, wurde im Abschnitt zuvor mit Hinweis auf entsprechende Institutionen in der Hansestadt dargestellt. In England wurde ein seit längerem bestehendes Gefängnis in Newgate 1666 nach den neuzeitlichen Gesichtspunkten umgebaut und geriet zu einem beinahe sprichwörtlichen Vertreter der Zuchthäuser. – Dennoch waren die konkreten Umstände der Haft oft katastrophal; wo vor Ort noch keine Haftanstalten der neueren Art existier-

ten, herrschten ohnehin weiter Zustände wie im Mittelalter, doch auch in den neuen anderen Einrichtungen waren die Lebensbedingungen (falls man sich nicht durch korrupte Wärter Vorteile verschaffen konnte) kaum erträglich zu nennen. Dies verdeutlicht alleine schon die Tatsache, dass die damalige Medizin eine eigene Bezeichnung eines so genannten *Kerkerfiebers* kannte (neben zum Beispiel dem Wundbettfieber). – Aus heutiger Sicht eine Bezeichnung für ein Bündel von Mangelerscheinungen und Infektionskrankheiten, denen Inhaftierte in hoher Zahl mit ihrer Gesundheit und oft mit ihrem Leben zum Opfer fielen [158].

Bevor zum Verständnis des modernen Konzeptes der Haftfähigkeit der begriffliche Gehalt von Freiheitsentzug als Strafe darzustellen ist, soll zur Abrundung kurz die weitere Entwicklung der Haftanstalten als Institution skizziert werden. Eine weitere Phase ihrer Geschichte reicht vom Ende des 18. Jahrhunderts bis hin in das 20. Jahrhundert. Wichtiger Motor der Entwicklung ist, wie zu schildern, das Gedankengut der Aufklärung mit seiner neuen Definition der gesamten menschlichen Existenz. Vor allem treiben die zuvor erwähnten, auch von Zeitgenossen als aus humanen Erwägungen für unhaltbar erachteten realen Zustände in den europäischen Strafanstalten zur Änderung an. Doch wirken neben diesem negativen Antrieb auch konkrete Vorbilder durch ihre positive Kraft; so wie quasi eine Epoche zuvor aus calvinistischem Geist das Beispiel Amsterdams wirkte, so entfalteten nun aus Nordamerika Neuerungen [159] ihre vorbildhafte Wirkung. Sowohl für eine bestimmte Art der Behandlung der Insassen wie für die Art der Gefängnisbauten steht der Begriff des „pennsylvanischen Systems“. Benannt ist es nach dem Vorbild Pennsylvanias in den Vereinigten Staaten von Amerika, wo in Philadelphia schon um 1776 (also vor der Französischen Revolution) aus dem Geiste der Quäker eine Vereinigung zur Verbesserung der Situation der Gefangenen entstand. William Penn, Stammvater von Pennsylvania, hatte im England des 17. Jahrhunderts seiner religiösen Zugehörigkeit zur Quäkerbewegung wegen selbst im Gefängnis gesessen. Seine Anhänger lehnten die Todes- und Leibesstrafen ab und verfolgten ein Strafsystem von Arbeit bei totaler Isolierung der Häftlinge. Dies führte zu architektonisch völlig neuartigen Gefängnisbauten (die 1829 in Philadelphia eröffnete Eastern Penitentiary wird weltweite Bekanntheit erlangen): In einem von seinem Zentrum her zu überwachenden panoptischen Gebäude liegen Einzelzellen; in Philadelphia werden sogar isolierte Einzelspazierhöfe von etwa Zellengröße nach außen hin angeschlossen. Die Insassen erhielten eine Nummer mit der sie im Gefängnisalltag bezeichnet wurden, während Name und Identität nur in der Registratur der Anstaltsdirektion verzeichnet waren. Kontakte zwischen Insassen und Personal beschränkten sich auf ein Minimum, Gespräche etwa waren bei strenger Schweigepflicht verboten. Der panoptische Zentralbau wurde in seiner Ausprägung als sternförmiger Flügelbau bald auch in Europa zu dem Gebäudetyp des Gefängnisses schlechthin, so wie offensichtlich das Einzelhaftsystem mit den kleinen Zellen bei den zuständigen Behörden geradezu Begeisterung auslöste. – Bruchstücke dieses Bildes prägen im Übrigen bis heute die populäre Vorstellung vom Sträfling. Von den erwähnten Witzzeichnungen (vgl. I.5.1), wo er stereotyp durch ein gestreiftes Habit mit deutlich sichtbarer Nummer charakterisiert wird, bis hin zu den Figuren der Panzerknackerbande in den weltweit bekannten Disney-Comics, die sich skurrilerweise noch außerhalb des Gefängnisses untereinander nur mit ihrer „Nummer“ statt mit ihrem Namen ansprechen...

Nordamerika bildete jedoch auch andere Konzepte des Strafvollzuges aus, die ihre weltweite Wirkung nicht verfehlten. Das „auburnsche System“ [160], benannt nach dem

1823 eröffneten New Yorker Gefängnis in Auburn, kennt große gemeinsame Werkstätten als echte Produktionsbetriebe im Gegensatz zu der zum Teil bewusst sinnlosen, stumpfsinnigen Zwangsarbeit in den Einzelzellen Pennsylvanias. Außerhalb der Arbeitszeit wurden aber auch in Auburn die Häftlinge in Einzelzellen untergebracht und waren einer – später gelockerten – Schweigepflicht unterworfen.

Setzten sich diese Impulse der Organisation von Strafanstalten im europäischen Bereich durch, wo sie architektonisch in vorhandenen Altbauten noch gegenwärtig das Erscheinungsbild prägen, so blieb es jedoch zum Teil auch bei sozusagen „barbarischen“ Gepflogenheiten im Alltag des Strafvollzuges. Wie Gunter Suttinger anmerkt, war zum Beispiel noch um 1900 in vielen deutschen Anstalten der „Willkomm“ und der „Abschied“ üblich, ein Durchprügeln der Häftlinge offensichtlich unter der Vorstellung einer disziplinierenden Willensbrechung [161]. – Im 20. Jahrhundert ist sodann in einer letzten Phase die Herausbildung der heutigen Situation mit einem differenzierten System unterschiedlicher Haftsituationen, die jeweils speziell auf verschiedene Typen von Inhaftierten zugeschnitten sind, zu bemerken. Hingewiesen sei hier nur auf die Entstehung des Jugendstrafvollzuges, der prononcierten Abtrennung der Untersuchungshäftlinge vom Strafvollzug oder des Stufensystems mit schrittweisen Lockerungen bis hin zur vorzeitigen bedingten Entlassung nach einer Teilverbüßung der Strafe (mittlerweile als Aussetzung der Strafe zur Bewährung schon nach zwei Dritteln der Strafzeit).

In Deutschland existierten bis zu den Reformen zu Beginn der 1970er Jahre noch verschiedene Schweregrade der Freiheitsstrafe. Das Zuchthaus hatte sich von seinem Charakter einer Anstalt der Zwangsarbeit jedoch schon vorher zu einer dem Gefängnis parallelen Haftanstalt mit strengeren Vollzugs- und Sicherheitsbedingungen für schwerere Verbrecher gewandelt. Wesentlicher Unterschied zur daneben existierenden Gefängnishaftstrafe für leichtere Delikte wie Vergehen war der Umstand, dass das Zuchthaus ausdrücklich als entehrend anzusehen war; eine Tatsache, welche die weite Bevölkerung sichtlich verinnerlicht hatte, was auch die Entstehung eines eigenen Ausdrucks in der Umgangssprache („Zuchthäusler“) widerspiegelte. Bis zum Ende des Zweiten Weltkriegs war daneben vom Strafgesetz sogar noch eine weitere Haftform vorgesehen, die ausdrücklich nicht entehren sollte und für Gesetzesübertreter vorbehalten war, denen man bei ihrer Tat eine zwar tadelnswerte, aber eben nicht niedrige „verbrecherische“ Gesinnung unterstellte. Diese so genannte Festungsstrafe oder Festungshaft wurde vor allem bei politisch motivierten Vergehen wie Hochverrat oder in monarchischer Zeit bei Majestätsbeleidigung, aber auch gegen Duellanten verhängt. Sie konnte, wie der Name ausdrückt, auf staatlichen Festungen unter milderer Bedingungen abgesessen werden als in einem Gefängnis.

Mit den Strafrechtsreformen seit Mitte 1969 sind alle Einteilungen in Zuchthaus- und Gefängnisstrafe, Einschließung und sonstiger Haft verschwunden. Es ist nur noch von einer Freiheitsstrafe im Strafgesetzbuch die Rede, die in einer nun offiziell Justizvollzugsanstalt genannten Einrichtung zu verbüßen ist. Unterschiede der Bedingungen werden gemacht vor allem durch die Art der Verbüßung in Form des geschlossenen oder offenen Vollzuges, bei dem der Verurteilte etwa zur Ausübung einer beruflichen Tätigkeit zeitweilig die Justizvollzugsanstalt verlassen darf. Für jeden, der sich im Strafvollzug befindet, wird ein eigener Vollzugsplan aufgestellt, der je nach Entwicklung des Betroffenen durch Änderung angepasst werden kann; so ist etwa die Verlegung in den geschlos-

senen Vollzug möglich, wenn die Freiheiten des offenen Vollzuges nicht im Interesse der Vollzugszieles zur sozialen Integration, sondern zu unerlaubten Aktivitäten missbraucht werden.

I.5.7 Freiheitsentzug als Strafe, die nicht schädigen, sondern bessern soll

Der Freiheitsentzug wird dabei sichtlich nicht im Sinne einer Strafe, die schädigen soll, sondern als eine Maßnahme der Besserung angesehen. Wie erwähnt, ist hier eine neuartige Sicht auf den Menschen und seine eigentümliche Art der Existenz wirksam geworden, die seit der Aufklärung im 18. Jahrhundert unsere westliche Zivilisation prägt. Mit dem Anheben aufklärerisch-modernen Gedankengutes hat sich grundsätzlich die Haltung der abendländisch-europäischen Kultur geändert. Nun wird der Mensch nicht mehr über seinen durchaus verlierbaren Platz im Gefüge einer sozialen Gemeinschaft definiert [162], sondern über seine ihm qua Geburt allein schon durch sein Menschsein zukommenden Eigenheiten. Rechte, vormals eigens von einer machthabenden Instanz natürlichen oder juristischen Personen zu verleihen, kommen jetzt als so genannte Menschenrechte nicht mehr erst speziellen Menschen (etwa den Angehörigen einer Familie, einer Zunft etc.) zu, sondern jedem Menschen alleine schon dadurch, dass er als ein Mensch geboren ist.

Zwar verwies bereits die stoische Philosophie der Antike auf gewisse Grundrechte, und ein *Thomas von Aquin* kannte im Mittelalter Leben, Freiheit und Eigentum im Zusammenhang naturrechtlicher Theorien als an sich gegebene Werte [163]. Dem Menschen als solche, vor allem gegenüber dem Staat zustehende angeborene Rechte treten allerdings verbrieft erstmalig 1776 in den amerikanischen „Virginia Bill of Rights“ auf; die Proklamation von Freiheit, Gleichheit und Weltenbürgertum als allgemeine Menschenrechte in der Französischen Revolution am 26. August 1789 ist notorisch [164]. Auf diese unverbrüchlichen Menschenrechte hat keinen Einfluss, in welcher Weise sich das Leben eines Individuums gestaltet, weder sozial konformes noch deviantes Verhalten soll nach dieser Vorstellung die Menschenrechte bessern oder schwächen können.

Der grundlegende Wandel betrifft alle Bereiche privaten wie öffentlichen Lebens, die Haltung zu den strafwürdigen Elementen der Gesellschaft nicht ausgeschlossen. Wenn Mende bei seiner bereits erwähnten Darstellung über ein angemessenes Gefängniswesen im Strafvollzug (vgl. I.1.2) literarisch besonders fündig wird in Beiträgen nach der Mitte des 18. Jahrhunderts, ist dies mithin kein Zufall. Der Mensch wird im Sinne der Aufklärung als ein durch *Freiheit* bestimmtes Wesen begriffen. War Freiheit, als Möglichkeit uneingeschränkter Entfaltung, bis da an sich die Eigenheit eines bestimmten Standes, während anderen Personen singuläre Freiheiten im Sinne bestimmter Privilegien verliehen werden konnten [165], so wird Freiheit ein gewissermaßen anthropologisches Merkmal der menschlichen Gattung. Wobei Freiheit in dieser Hinsicht etwa nach *Immanuel Kant* keineswegs regellose Unbestimmtheit bedeutet, sondern das Vermögen eines autonomen Willens, sich selbst (= freiwillig) dem durch vernünftige Erwägung erkannten moralischen Gesetze zu unterstellen und in dieser Weise unter selbstgegebenen Gesetzen zu leben [166]. Die angemessene Strafe für ein derartig definiertes Wesen ist dann freilich nicht mehr das rachevolle Abschneiden seiner Nasenspitze, sondern die Beschneidung seiner Freiheit. Denn dadurch wird er direkt in seinem eigentlichen Wesenskern getroffen und – so die neue Hoffnung – mit Blick auf die Zukunft gebessert. Neben der so genannten *Generalprävention* als Zweck der Strafe im Sinne einer Abschreckung der übrigen Gemeinschaft von der zukünftigen Begehung von Straftaten, wird immer wieder die so

genannte *Spezialprävention* diskutiert. Hier geht es darum, dass im speziellen der jeweilige Straftäter dazu gebracht werden soll, nicht straffällig zu werden. Wie sehr jetzt dieser Gedanke – gleich, wie im einzelnen die Gewichtungen seien mögen – zum Grundkonzept von Strafe gehört, zeigt sich an der seit der Aufklärung nicht mehr abebbenden Diskussion um die Todesstrafe [167]. Waren lange Zeit noch so manchem Strafrechtler Leibesstrafen als Mittel, den Delinquenten von zukünftigen Straftaten „abzuhalten“, keineswegs suspekt, so geriet die Todesstrafe in den kritischen Blick, insofern sie im Kern gar nicht Strafe sein könne, weil sie durch die Auslöschung des Individuums gerade das Ziel einer Bestrafung, nämlich das zukünftige bessere soziale Verhalten, endgültig verhindere und nicht befördere... [168]

I.5.8 Haftfähigkeit – ein problematischer Begriff ohne positive Definition

Ohne auf diesen Aspekt der Strafrechtsdiskussion einzugehen, der mindestens für ein- einhalb Jahrhunderte für die Debatten in Deutschland sehr prägend war, ist doch am permanent geäußerten Unbehagen über die Todesstrafe erkennbar, wie ab nun Strafe grundsätzlich nicht mehr mit ausgleichender Vergeltung gleichgesetzt werden kann. War wohl gemerkt in punkto Strafvollzug in den Tagen des hier bereits öfters als kompetenten Zeitzeugen herangezogenen Mende noch immer das Vollziehen von Leibesstrafen ein Thema, so galt auch in dieser Hinsicht, „(...) dass kein Verbrecher (...) mit einer Strafe belegt werden dürfe, die seine Kräfte übersteige, oder überhaupt seiner Gesundheit und seinem Leben Gefahr bringen könne.“ [169] Träte dies ein, wäre schlicht der Sinn von Strafe vereitelt; nicht mehr lange, und die Leibesstrafen hatten sich bis Mitte des 19. Jahrhunderts allgemein aus Strafrechtstheorie und -praxis verloren (nur Mecklenburg kannte bis zur Reichsgründung mit der neuen einheitlichen Strafrechtsgebung 1871 noch die Prügelstrafe [170]). Die fortbestehende Todesstrafe geriet zu einer Art traditionsgetragener Insel im Strafrechtsdenken, das im Laufe des 19. Jahrhunderts neben der Vermögensstrafe die *Strafhaft* als bessernde Maßnahme zur Basis erkoren hatte. Wie zuvor geschildert, entstehen wohldurchdachte Einrichtungen zur Entziehung von Freiheit im Sinne behördlich organisierter Strafanstalten. – Damit ist die bis gegenwärtig gültig Haltung gegeben; heute nennt das Strafvollzugsgesetz (vgl. II.2.4), das zwar als eine Aufgabe der Haft durchaus den Schutz der Allgemeinheit vor weiteren Taten kennt, in seinen Grundsätzen als das eigentliche Ziel: „Im Vollzug der Freiheitsstrafe soll der Gefangene fähig werden, künftig in sozialer Verantwortung ein Leben ohne Straftaten zu führen (Vollzugsziel).“ [171]

Wird mit dieser Strafkonzption (Strafe als Besserung, als Sozialisierung beziehungsweise Resozialisierung) eminent wichtig, dass der Vollzug der Strafe den zu Strafenden nicht gesundheitlich schädige oder gar vernichte, so wird auch deutlich, dass unter bestimmten Umständen wie einer schweren Erkrankung ein Individuum zwar strafwürdig, aber nicht straffähig sein kann. Aus der Konzeption des modernen Strafrechtsgedankens mit der Haft als Strafe ergibt sich also zwangsläufig die Frage der gegebenen oder nicht gegebenen *Haftfähigkeit*. – In der Tat ist es auch die Strafprozessordnung (vgl. II.2.3), die in ihren Angaben über den Vollzug einer verhängten Haftstrafe die Grundzüge umreißt, wann ein Verurteilter nicht der Strafhaft auszusetzen ist; eine Konzeption von Haftunfähigkeit, die analog auf andere Formen der Haft, die nicht als Strafe dienen, auszuweiten ist. Der Begriff der Haftfähigkeit ist dabei ein problematischer, insofern er einerseits im Zusammenhang des Strafvollzuges vom Gesetzgeber angesprochen wird (zu den ver-

schiedenen Formen der Haft vgl. **II.3.2.b)** andererseits aber nur indirekt thematisiert wird, indem angeführt wird, wann die Inhaftsetzung vorläufig oder ständig unterbleiben soll. An dieser Stelle der historischen Annäherung sei für die aktuelle Begriffsbestimmung auf die kommende systematische Darstellung in **Teil II** verwiesen.

TEIL II – Systematische Bestimmungen

Haft-, Verhandlungs-, Reise- und Arbeitsfähigkeit sowie weitere Begriffe aus dem Spannungsfeld zwischen Recht und Medizin – systematisch orientierte Begriffsbestimmungen

„Ein Arzt, der nur die Medizin kennt,
kennt nicht einmal die Medizin.“

Letamendi (nach Max Neuburger)

II.0 Einführung in den Teil II

Die juristische Sprache ist eine Fachsprache. Damit erreicht sie in gewisser Weise eine höhere, durchdachtere Entwicklungsstufe als die allgemeine Sprache, was Aspekte der Eindeutigkeit, der Stimmigkeit ihrer einzelnen Begriffsdefinitionen sowie der Beschreibungsadäquatheit ihrer komplexeren Ausdrücke betrifft. Als Fachsprache beinhaltet sie vor allem *Fachwörter*. – Die Erforschung von Eigenschaften verschiedener Fachsprachen ist ein eigenes Gebiet der Sprachwissenschaft; an dieser Stelle ist es indessen nicht nötig, eine für den Sprachwissenschaftler in seinem Metier angemessene wissenschaftliche Erfassung der Thematik zu erreichen. Es genügt hier einführend, sich vor Augen zu halten, dass ein Fachwort ein eindeutig definierter Terminus ist, der in einem bestimmten, systematisch abzugrenzenden Fachbereich, der ein eigenes terminologisches System besitzt, Verwendung findet. Fachwörter gehören also zum Wortschatz von Experten, der Laie kennt sie nicht aus den Zusammenhängen seines allgemeinen sprachlichen Horizontes. Fachwörter werden zwar nicht esoterisch in ihrer Bedeutung im Zirkel von Eingeweihten gleichsam geheim gehalten. Dem Nichtfachmann können Fachwörter sehr wohl kenntlich werden zum Beispiel über Medien und ihre Berichte oder durch seine individuelle Interessen, die ihn dazu bringen, sich mit einem bestimmten Fachgebiet näher zu beschäftigen, ohne selbst ein Experte zu sein (er ist dann ein fachlich Interessierter, aber kein Fachmann). Dennoch ist dem Laien ein Fachwort nicht per se bekannt wie sonst Wörter der Allgemeinsprache.

Hat das Recht eine eigene Fachsprache, so wurde in der historischen Annäherung an rechtswissenschaftliche Themenkomplexe in **Teil I** dargelegt, wie das Recht im Prinzip die historisch gegebene Ordnung des menschlichen Zusammenlebens in allen seinen Facetten ist (vgl. **I.4.1**). So nimmt es dann nicht Wunder, dass die geschichtlich daraus erwachsene Sprache der damit Befassten keine „Kunstsprache“ ist, sondern aus eben der Sprache erwächst, die eine Gemeinschaft hergebrachterweise in ihrem rechtlich zu regelnden Zusammenleben gebraucht. Das freilich lässt die juristische Sprache als Fachsprache bisweilen für den Nichtjuristen tückisch erscheinen...

Die Fachsprache der Medizin macht es im Vergleich dazu dem Nichtmediziner in gewisser Weise einfacher. Ihre Fachbegriffe fußen insbesondere auf griechischen und lateinischen Wortwurzeln (aber auch arabische Einflüsse finden sich), die in bisweilen recht

„künstlicher“ Weise gemäß funktionaler Zusammenhänge der medizinischen Praxis zu Wortschöpfungen gebraucht werden, die sich selbst dem in den klassischen Sprachen Kundigen in ihrem *Sinn* kaum erschließen [1]. So kann ein humanistisch Gebildeter sich den Begriff der „Mitralsuffizienz“ letztlich nicht viel weiter erschließen als bis zur wörtlichen Bedeutung der „Unangemessenheit einer Bischofsmütze“. Dass in der Anatomie mit der plastischen Bezugnahme auf die zweizipflige Hauptzierde eines Bischofs die zwei Segel tragende Herzklappe, die den Blutstrom in die linke Herzkammer lenkt, benannt wurde, dies muss man mitgeteilt bekommen; das genau aber macht das Wesen von Begriffen einer Fachsprache aus. Selbst ein auf anderen technischen Fachgebieten Versierter wird sich anstandslos erklären lassen, was unter einer „transoesophagealen Echocardiographie“ zu verstehen ist, auch wenn er sich – falls er solide altsprachliche Kenntnisse besitzt – ein Stück weit erschließen kann, dass es sich hier um eine durch („trans“) die Speiseröhre („Oesophagus“) gemachte bildliche Darstellung des Herzens („Cardiographie“) mittels Ultraschall („Echo“) handelt. Und auch die Kenntnis, dass unter der oben erwähnten „Mitralsuffizienz“ ein ungenügendes Schluss- und Öffnungsverhalten der entsprechenden Herzklappe zu verstehen ist, beinhaltet ja noch lange nicht, dass man erfasst hat, was dies medizinisch für das Zusammenspiel im Organismus bis hin zum Krankheitserleben des betroffenen Subjektes *bedeutet*. – Man muss dies vom Fachkundigen mitgeteilt bekommen.

Einfach macht es die medizinische Fachsprache dabei dem Nichtmediziner dadurch, dass ihre Fachwörter schon auf den ersten Blick unverständlich und fremd daher kommen; sie geben erst gar keine Anmutung, dass man sie ohne weiteres verstehen könnte (selbst der medizinische Neuling muss zu Beginn seines Studiums einen Terminologiekurs über sich ergehen lassen). Der Nichtmediziner ist also gleich gewarnt, dass hier ungewöhnliches sprachliches Bedeutungsgut seiner harret und fragt im Zweifelsfall den Arzt oder Apotheker. – Die Fachwörter der juristischen Sprache dagegen sind in ihrer scheinbaren Vertrautheit für den entsprechenden Laien tückischer, und schon manche herbe Enttäuschung in juristischen Streitfällen beruhte letztlich darauf, dass ein zuvor vermeintlich für klar gehaltener Begriff angeblich durch Juristen eine dem Laien „unverständliche Auslegung“ erfahren habe. Letztlich hat es sich aber gar nicht um eine unerwartete Auslegung gehandelt, sondern um die Anwendung eines von vornherein streng definierten Fachwortes in einem fachsprachlichen, nichtallgemeinsprachlichen Zusammenhang.

Den muss man kennen; wer ahnt schon, dass man zum Beispiel etwas zu seinem Eigentum zählen kann, es aber dadurch nicht unbedingt im Besitz haben muss? So besitzt der Mieter und nicht der Eigentümer die gemietete Wohnung und auch der Dieb hat so gesehen den Besitz an den gestohlenen Sachen, – während das Strafrecht im übrigen gar nicht auf den zivilrechtlichen Begriff des Besitzes sich bezieht, sondern nach dem Gewahrsam fragt, in dem sich eine Sache befindet. Freilich bedeutet besitzen nicht dasselbe wie etwas in Gewahrsam zu haben. Der Besitzer im zivilrechtlichen Sinne kann durchaus die entsprechende Sache nicht in seinem Gewahrsam haben, während derjenige, der sie in Gewahrsam hat, keinen Besitz an ihr hat. Und einen Diebstahl begeht nur, wer etwas aus dem Gewahrsam eines anderen fortnimmt; hat der Besitzer die entsprechende Sache nicht in seinem Gewahrsam, so begeht der, der sie entwendet, keinen Diebstahl, sondern eine Unterschlagung [2]. – Das hier nur in Umrissen angedeutete Beispiel mit den vertraut klingenden deutschen Wörtern „Eigentum“, „Besitz“ und „Gewahrsam“ in ihrer Verwendung als juristische Fachbegriffe mag zur Illustration genügen. Viele juristische

Begriffe tauchen eben auch in alltagssprachlichen Zusammenhängen als Vokabel auf, und jeder kompetente Sprecher wird gemäß seiner Sprachkenntnis dem Begriff eine Bedeutung beizumessen versuchen.

Ein für die hier beschriebene gerichtsärztliche Tätigkeit wichtiges Beispiel ist der Begriff „haftunfähig“, den ein des Deutschen Kundiger vermutlich sofort als die Umschreibung eines Zustandes erfassen wird, in dem ein Betroffener nicht fähig ist, einer Haft ausgesetzt zu werden. Jenachdem aber wird dann der Einzelne sich ausmalen, was er konkret darunter zu verstehen habe (beziehungsweise mag ein Betroffener sich aus seiner Sicht guten Glaubens für haftunfähig halten). – Der Begriff stellt jedoch im juristischen Zusammenhang ein *Fachwort* dar, und es ist schlechterdings unmöglich die genaue Definition aus der allgemeinen Kenntnis der deutschen Sprache abzuleiten. Man muss sie vom Fachkundigen mitgeteilt bekommen, genauso gut wie die Definition eines „exotisch“ anmutenden medizinischen Fachwortes. Im übrigen ist dies nicht nur eine Eigenheit der juristischen Sprache; auch zum Beispiel im Bereich der Physik gibt es solche Fachwörter. So kann sich ein deutscher Sprecher, dem das Wort „Widerstand“ selbstverständlich vertraut ist, im Bereich der Elektrizitätslehre auf keinen Fall die exakte Bedeutung dieses Begriffes im elektrischen Zusammenhang mit der dahinter stehenden formelhaften Beziehung zur mathematischen Berechnung erschließen, wenn er vielleicht auch ahnen mag, warum einst Forscher für dieses Phänomen diesen Ausdruck wählten. Fachsprachen neigen zur Unanschaulichkeit, sie schließen im Gegensatz zum lyrischen Sprechen gedankliche Assoziationen des Einzelnen aus und reduzieren den Begriff auf seine reine Bezeichnungsfunktion in einem bestimmten, exakt festgelegten Zusammenhang.

Im hier darzustellenden Zusammenhang von zu prüfender Haft-, Termin- und Arbeitsfähigkeit muss sich in dieser Weise der geforderte Mediziner als juristischer Laie also stets vor Augen halten, dass er es mit *juristischen* Fachwörtern zu tun hat, deren *juristische* Bedeutung er kennen muss, auch wenn ihm die Wörter vertraut klingen mögen. – Wie so manches Attest zeigt, legt oft ein Arzt guten Gewissens für sich aus, was Haftunfähigkeit sei („mein Patient ist daher haftunfähig“), ohne den juristischen Gehalt zu treffen, was hernach für Arzt und Patient enttäuschend wirken kann... Doch auch juristisch Geschulte haben bisweilen Probleme; hier zeigt sich, dass gerade der Begriff der *Verhandlungsfähigkeit* nicht immer in seiner exakten Bedeutung erfasst wird (vgl. IV.2.3). Es gilt daher an dieser Stelle, vorab die zentralen Begriffe systematisch in ihrer fachlichen Bedeutung zu bestimmen.

Kapitel II.1 Juristische Fachsprache, Gutachten und Atteste

II.1.1 Juristische Fachsprache – wohlabgewogenes Sprechen als Handlungszweck

Die Lektüre juristischer Texte ist im allgemeinen als wenig erquicklich verschrien. Anlässlich der jeden Arzt betreffenden Aufgabe, ein Gutachten abfassen zu müssen, ist unausweichlich festzustellen: „Als Gutachter hat der Arzt oft in juristischer Fachsprache formulierte Fragen zu beantworten oder rechtliche Definitionen zu berücksichtigen, die sprachlich für ihn, der diese juristische Fachsprache nur selten beherrscht, schwer durchschaubar sind.“ [3] So brachte schon Mitte des 19. Jahrhunderts der Münchener Professor für Staatsarzneikunde *Josef Hofmann* für seine betroffenen Kollegen ein Buch mit immerhin mehr als 300 Seiten über „Die gerichtsärztliche Sprache“ heraus, mit dem er Ärz-

ten und Juristen einen – wie er vorsichtig formulierte – „Versuch“ bieten wollte, „(...) die in gerichtsärztlicher Wissenschaft und Praxis vorkommenden Begriffe festzuhalten.“ [4] Entsprechende einschlägige Publikationen greifen die Thematik mehr oder weniger explizit stets wieder auf. *Conrad Rieger* als Psychiater zum Beispiel lässt sich 1912 in seinem Buch über „Ärztliche Gutachten im Strafrecht und Versicherungswesen“ über das spezielle Deutsch der Juristen aus [5], und das Eingangszitat dieses Abschnittes illustriert am Beispiel des Lehrbuches von *Eugen Fritze* über „Die ärztliche Begutachtung“ [6] die Beharrlichkeit des Themas bis heute. – Die dahinter stehende kommunikative Problematik erscheint also keinesfalls trivial zu sein und heischt nach eingehender Auseinandersetzung.

Einleitend wurde umrissen, dass die juristische Sprache eine *Fachsprache* darstellt. Die genaue linguistische Definition, was eine Fachsprache ausmacht (etwa im Gegensatz zur so genannten Sondersprache bestimmter sozialer Gruppen), spielt an dieser Stelle eine zu vernachlässigende Rolle [7]. Der klassische sprachwissenschaftliche Zugang war dabei ein deskriptiver; er fragte, was eine jeweilige Fachsprache in ihrer Erscheinungsform von der Allgemeinsprache unterscheidet, ohne nach dem Warum zu fragen. So kommt es zur Herausstellung gewissermaßen statistisch greifbarer Unterscheidungen einer Fachsprache wie der juristischen Sprache zur Alltagssprache [8]: Fachsprachen enthalten zum Beispiel viele Substantive und darunter einen hohen Anteil zusammengesetzter, oft sogar mehrgliedriger Begriffe, was bisweilen zum Parodieren reizt wie in dem bekannten Ulk-Lied vom „Donaudampfschiffahrtsgesellschaftskapitän“. Zum Parodieren fordert oft auch eine andere Eigenheit von Fachsprachen heraus, nämlich die Verwendung vieler Abkürzungen, Kurzwörter und Sonderzeichen. Humorvolle Juristen mit Fähigkeit zur Selbstironie sprechen bisweilen vom „AKüFi“, dem so genannten „Abkürzfimmel“ juristischer Texte.

Sprachwissenschaftlich ist jedoch nicht bei dieser Beschreibung der bestimmten Eigenheiten – eventuell verquickt mit einer mehr oder weniger verhohlenen Kritik des dem Laien sperrig erscheinenden Sprachgutes – stehenzubleiben. Denn *warum* hat sich eine solche Fachsprache so entwickelt? Sprache wird hier nicht beziehungsweise nicht nur in der alten philosophischen Tradition als Denkwerkzeug begriffen, sondern als ein Handlungsmittel. Es geht nicht darum, das speziell „Fachsprachliche“ am Erscheinungsbild einer jeweiligen Fachsprache herauszustellen, sondern die Einbindung dieser Fachsprache mit ihren Fachwörtern in den jeweiligen Gebrauchshintergrund zu erkennen. Welches Handeln zum Beispiel steht hinter der Sprache der Verwaltung [9]? Wieso kommt es zu der vom Bürger für so befremdlich erachteten Verwaltungssprache? Was macht das administrative Sprechen aus, das Sprechen der Behörden und Gerichte?

Vor Gericht dreht es sich, wie schon der historische Überblick in **Teil I** zeigte, ganz wesentlich um Auseinandersetzungen verschiedener Parteiungen und um eine Entscheidungsfindung in der jeweiligen Angelegenheit. Hier, wie vielleicht sonst kaum, wird spürbar, was linguistisch gemeint ist, wenn Sprechen als mehr begriffen wird als das Beschreiben der Wirklichkeit. Im so genannten Sprechakt kann auch Wirklichkeit *verändert* werden, können sich real sehr einschneidend auswirkende Bedingungen in der Wirklichkeit geschaffen werden. Im Gegensatz zum Handlungsziel beim Sprechakt des Fragens, bei dem der Sprecher mittels einer Frage eine Information erhalten will, kann der so genannte illokutionäre Aspekt eines Sprechaktes auch darin bestehen, gleichsam Fakten

(neu) zu setzen. Das Handlungsziel des Sprechers beim Sprechen ist damit die Veränderung der Wirklichkeit. Worte sind nicht Schall und Rauch und keineswegs nur zur Beschreibung tauglich. Das Urteil verändert die Welt, verändert den Status dessen, über den es gefällt wird, – wie ja auch die Worte in der Erklärung des Standesbeamten, dem Hochzeitspaar gegenüber ausgesprochen, so handfest die Wirklichkeit verändern, dass anschließend sogar die Lohnsteuerkarten zu ändern sind.

Die juristische Sprache, sich ableitend von der Alltagssprache, hat sich zu einem konzentrierten Instrumentarium ausgebildet. Sie muss mit größtmöglicher Klarheit das Wesentliche einer Angelegenheit zunächst beschreibend erfassen und in der gefundenen Lösung im Urteil dann auch formend verändern können. Das Urteil ist ein Entscheidungstext [10], dem jedoch zuvor kontributive Texte mit dem gleichen Anspruch vorausgehen. Zunächst muss im so genannten Rubrum, jenem obligaten Textteil, den vormals Gerichtsschreiber in roter Tinte in den Urkunden festhielten, die *Referenz* gesichert werden; es sind die räumlichen, zeitlichen und persönlichen Geltungsbereiche eindeutig festzulegen – ohne dies wäre später das Urteil, das sich hierauf beziehen soll, nicht angemessen zu fällen. Die Rechtssprache als das Sprechen der Judicativen (verwandt, im übrigen aber *nicht* in eins zu setzen mit der Sprache der Gesetzte, die die Legislative pflegt!), will dabei höchstmögliche Klarheit und nachvollziehbare Durchsichtigkeit erreichen. Ein barocker Gelehrter und Jurist wie *Justus Georg Schottelius* konnte daher – für den heutigen Zeitgenossen wohl eher exotisch anmutend – in einer Epoche, als seine deutsche Muttersprache nach Jahrzehnten kriegerischer Barbarei regellos in Wildwuchs zum Sprachestrüpp geworden war, die wohlgeordnete Rechtssprache sogar als Vorbild für eine wieder zu gewinnende angemessene Allgemeinsprache anempfehlen. Wie Deutschland in jener Zeit durch kriegerisches Tun verwüstet war, so war auch in der Muttersprache ein „Schrecklicher Sprachkrieg“, ein „horrendum bellum grammaticale“ [11] zu konstatieren, und das Gegenmittel zu regellosen Zuständen ist die Wohlabgestimmtheit des Rechts.

Der Sachverhalt, sozusagen im Spiegel, wie er von den Parteien jeweils vorgebracht wird, muss vom Gericht vollständig wahrgenommen und nachvollziehbar festgehalten werden. Es soll eine Tatbestandsbeschreibung im Sinne eines unstrittigen Sachverhaltes gewonnen werden, dem dann die jeweiligen Einlassungen, die subjektiven Ansichten der Parteien, beigefügt werden können. Rechtslage, Beweislage sind zu klären; soll das Urteil, dem eine Formelhaftigkeit in seinem inneren Gehalt zugrunde liegt, revisionsfähig sein, so muss alles beurkundet nachlesbar und für einen außenstehenden Dritten auch später noch verständlich sein [12]. Es haben sich hier Normen der Formulierung und Stilistik herausgebildet, wie etwa der typische Gebrauch des Imperfektes, ist doch die Funktion juristischer Texte keine narrative, sondern eine objektive, auf Vollständigkeit, Erheblichkeit und Klarheit angelegte Darstellung. Wie zum Beispiel Immanuel Kant, konfrontiert mit dem Vorwurf, schwierige, spröde Texte zu verfassen, für seine Philosophie beanspruchen durfte, dass gewissermaßen die als angenehm empfundene Sprache der Grazien nicht taugt, um die zu untersuchenden komplizierten Sachverhalte in der fachlichen Diskussion angemessen wiederzugeben [13], so legt auch die juristische Sprache nicht ihr Augenmerk auf die resultierende äußerliche Erscheinungsform. Es geht darum, ob im Handlungszusammenhang die gebrauchte Sprache ihren Anforderungen nachkommt, auch wenn sie für das Ohr des Außenstehenden trocken-sperrig, kompliziert und hölzern klingen mag. Grazilität ist erklärtermaßen nicht der Handlungszweck dieses wohlabgewogenen Sprechens.

Die Ziele des wesentlich mit Sprache vollzogenen Handelns in der juristischen Sphäre muss man sich vor Augen halten, will man verstehen, wie es zur Herausbildung der juristischen Fachsprache gekommen ist. Diese Ziele muss man sich auch vor Augen halten, will man begreifen, wie, ausgehend von Konflikten in der Wirklichkeit gesellschaftlichen Lebens, sich Juristen gleichsam von der Vieldeutigkeit des alltäglichen Sprechens zur definitiven Eindeutigkeit der von ihnen gebrauchten Fachwörter herangetastet haben. Eine an die zugrunde liegenden Gesetzestexte anknüpfende Erläuterung der Definitionen bedeutsamer Fachwörter rund um gerichtsärztliche Haft-, Termin- und Arbeitsfähigkeitsprüfungen wird hier im Weiteren erfolgen.

II.1.2 Das Gutachten und die Rolle des Sachverständigen

Das Urteil mag der „Kerntext“ juristischer Sprache sein, doch wie bereits geschildert, gehen ihm kontributive Texte voraus. Dazu zählen nicht nur vom Juristen selbst erstellte Texte wie zum Beispiel die Klage, sondern auch sozusagen von der nichtjuristischen Seite her einfließende Beiträge. Im hier geschilderten Zusammenhang ist es vor allem das *Gutachten*, das vom Sachverständigen eingereicht wird. – Wie *Hans Hermann Marx* in dem von ihm herausgegebenen, durch mehrere Jahrzehnte zum Standardwerk gewordenen Lehrbuch über die „Medizinische Begutachtung“ anmerkt, ist ein medizinisches Gutachten niemals „(...) Selbstzweck, sondern es dient einer Behörde oder einem Gericht bei der Aufgabe, darüber eine bindende Feststellung zu treffen, was als *medizinische Wahrheit* anzusehen ist.“ [14]. Marx sieht daher das Gutachten als Dienstleistung, nicht aber als „(...) Gelegenheit zu einer mehr oder minder subjektiven Meinungsäußerung, die von einem sozialen oder auch pädagogischen Zweckdenken gesteuert wird.“ [15] In dieser grundlegend das medizinische Gutachten charakterisierenden Aussage steckt, was an dieser Stelle über die Prüfung der Haft-, der Termin- oder der Arbeitsfähigkeit im Besonderen festzuhalten ist: Das Gericht, nicht der Arzt, entscheidet in einem juristischen Zusammenhang, und der Gutachter liefert als Mediziner dem Richter als Nichtmediziner eine fachlich fundierte Beschreibung der vorliegenden Gegebenheiten als Fundament der zu treffenden Entscheidung (vgl. II.3.1 und IV.4.1). Diesen Punkt betont auch der schon genannte Eugen Fritze, der mit seinem von ihm herausgegebenen Lehrbuch über „Die ärztliche Begutachtung“ ein weiteres, in vielen Auflagen erschienenenes Standardwerk über dieses Thema geschaffen hat: „Als ärztlicher Gutachter stellt der Arzt einer ihn um Rat fragenden Stelle seine sachverständige Meinung zur Verfügung. Er trifft damit also keine Entscheidungen, sondern gibt dem Fragesteller (...) eine sachverständige Antwort auf Fragen.“ [16]

An dieser Stelle ist nicht auf die daraus resultierenden Anforderungen an einen gutachtenden Arzt einzugehen wie Umfang und Inhalt des Gutachtens nach der jeweiligen Fragestellung zu richten, genaue, aber dem Nichtfachmann zugängliche Krankheitsbezeichnungen zu wählen oder nicht leichtfertig auf Grund von subjektiver Überzeugung die Möglichkeit kausaler Zusammenhänge „anzudeuten“, wenn keine objektivierbaren Feststellungen zu treffen sind [17]. Um dem Arzt, der sich mit einem an ihn gerichteten Gutachtensauftrag konfrontiert sieht, derartige Handreichungen zu bieten, sind Lehrbücher wie das von Marx und Fritze geschaffen worden. Nicht zuletzt wird ein solcher Auftrag von vielen Ärzten, die ihre Aufgabe im Heilen oder Lindern von Beschwerden ihrer Patienten sehen, auch als an sie herangetragenenes „fachfremdes“ Moment begriffen. Die Autoren entsprechender Lehrbücher oder Leitfäden bemühen sich daher meist einleitend,

die ärztliche Begutachtung neben der tradierten Kernaufgabe von Erkennung und Behandlung der Krankheiten als ein neueres, aber dennoch originäres Tätigkeitsfeld des Arztes darzustellen, das durch seine Verortung im heutigen gesellschaftlichen System hinzugekommen ist [18]. – Im Fall der hier thematisierten gerichtsärztlichen Gutachten ist dieser Aspekt freilich zu vernachlässigen, da der Gerichtsarzt ja schon bewusst bei seiner speziellen Berufswahl diese Rolle zum Mittelpunkt seiner ärztlichen Tätigkeit erkoren hat. Im Übrigen ist diese sachverständige Begutachtung in rechtlich relevanten Zusammenhängen eine historisch schon früh belegte Rolle des Arztes; das Nutzbarmachen medizinischen Sachverständes und ärztlichen Könnens für Belange der Rechtspflege ist weder ein spezifisch neuzeitliches noch ein auf die westliche Kultursphäre eingeschränktes Phänomen [19]. Anzuschneiden ist die Thematik an dieser Stelle jedoch, da – wie das in **Teil IV** vorzustellende Gutachtenmaterial des Gerichtsärztlichen Dienstes aus Hamburg zeigt – immer wieder Stellungnahmen niedergelassener Mediziner, zumeist von Hausärzten der Betroffenen, bei Gericht dazu führen, einen Gerichtsarzt zur Prüfung einzuschalten. Gemeint ist hier das ärztliche *Attest*, dem in diesem Zusammenhang der Abschnitt **II.1.3** gewidmet sei.

In gewöhnlicher Diktion ist unter einem *Attest* eine Bescheinigung zu verstehen, die ein durch seine Approbation fachlich ausgewiesener Mediziner über die gesundheitliche Situation einer Person – im weiteren Sinne auch von Sachen und Sachverhalten – ausstellt. Das Attest bezieht sich also nur aus fachlicher Sicht auf das Bestehen von bestimmten Zuständen (auf eine Erkrankung oder eben das Fehlen einer Erkrankung wie zum Beispiel im Zusammenhang mit der Untersuchung bestimmter Berufsgruppen auf ansteckende Krankheiten). Über dieses Attestieren eines Zustandes hinaus kann allenfalls eine deutende Einschätzung erfolgen über die voraussichtliche Dauer des momentan bestehenden Zustandes; der attestierende Arzt hat sich ansonsten davon zu enthalten, aus dem Vorliegen des bestätigten Sachverhaltes Schlussfolgerungen abzuleiten.

Unter einem *Gutachten* ist dagegen die über das rein faktische Aufweisen eines bestehenden Zustandes hinausreichende Beurteilung dieses jeweiligen Sachverhaltes zu verstehen, bei der in einer begründeten Weise der Gutachtende gehalten ist, mittels seines fachlichen Wissens Schlussfolgerungen in Hinsicht auf eine bestimmte Fragestellung zu ziehen. Diese sind stets nachvollziehbar zu begründen und dürfen keine, wie oben im Zitat von Marx angeklungen, umstrittene Sachmeinung des Einzelnen im Sinne etwa einer im wissenschaftlichen Diskurs vertretenen These darstellen. Eine solche Beweisführung „nach Meinung des Hauses“ [20] unter Bezugnahme auf eine Lehrmeinung, die zwar vom jeweiligen Vertreter für zutreffend erachtet, aber in seinem Fachgebiet konträr diskutiert wird, ist nicht zulässig. Andererseits ist es aber jedem wissenschaftstheoretisch auch nur etwas Gebildetem eingänglich, dass eine sich stetig wandelnde Disziplin wie die Medizin keine „unanfechtbaren Wahrheiten“ [21] zu verkünden hat. Es handelt sich letztlich nur um eine Ansicht, die nicht wie ein überzeitliches Dogma ewig Bestand haben muss, aber eben jene Ansicht zur jeweiligen Frage darstellt, welche nach Maßgabe des aktuellen, allgemein als gesichert geltenden medizinischen Wissens de facto zu gewinnen ist (eingeschlossen der Möglichkeit, dass in speziellen Fällen medizinisch eben *keine* Schlussfolgerung mit genügender Wahrscheinlichkeit gezogen werden kann!). – Die das Gutachten benötigende Stelle kann in der Regel nur schwer einschätzen, wie sehr das hinzugezogene Wissen dem aktuellen Stand einer fachlichen Disziplin entspricht. Aus diesem Grunde rät auch Eugen Fritze dem ärztlichen Gutachter davon ab, seine vorge-

brachte Argumentation in der bei wissenschaftlichen Fachpublikationen üblichen Weise durch ein große Zahl von Literaturhinweisen zu untermauern. Der Auftraggeber des Gutachtens kann damit wenig anfangen, denn als Nichtfachmann kann er nicht einschätzen, wie valide die aufgeführten Quellen sind: „Denn hätte er diese Sachkenntnisse, sähe er keine Notwendigkeit, einen ärztlichen Sachverständigen als Gutachter nach seiner Meinung zu befragen.“ [22]

Um zu gewährleisten, dass die im Gutachten gebotenen Antworten auf Fragen des Gerichtes nach dem jeweiligen Stand der betroffenen Fachdisziplin erstellt werden, sollen daher als Gutachter *Sachverständige* herangezogen werden, bei denen fachliche Kompetenz vorausgesetzt werden darf. Diese juristisch als besondere Sachkunde bezeichnete Kompetenz ist nicht exakt definiert (wie auch die Bezeichnung „Sachverständiger“ als nicht geschützte Bezeichnung von jedem verwendet werden darf). Im hier thematisierten medizinischen Zusammenhang fallen indessen viele Schwierigkeiten der Bestimmung der besonderen Sachkunde gerade im Zusammenhang mit so genannten freien Sachverständigen fort. Zwingende Voraussetzung jeder medizinischen Sachverständigentätigkeit ist die Approbation; die darüber hinaus gehende Sicherstellung der fachlichen Kenntnisse in den besonderen gerichtsmedizinischen Fragestellungen hat es mit sich gebracht, dass spezielle gerichtsmedizinische Einrichtungen entstanden sind. Wie je nach historischer Entwicklung vor Ort durch den öffentlichen Gesundheitsdienst die Bedarfsdeckung an „amtlich legitimierten ärztlichen Aussagen“ [23] organisiert ist, wurde in Abschnitt I.2.3 skizziert; in Hamburg führte dies zum in seiner geschichtlichen Entwicklung in Kapitel I.3 umrissenen Gerichtsärztlichen Dienst.

Das Hinzuziehen ärztlichen Rates bei der Rechtspflege hat, wie schon angeklungen, eine lange Geschichte. Wer sich mit überlieferten Rechtstexten verschiedener Art als Quellen beschäftigt, trifft immer wieder auf Erwähnungen von medizinisch Sachkundigen und ihrer Bedeutung im Rahmen von gerichtlichen Ermittlungen und Urteilsfindungen. Ein neuzeitliches Phänomen ist jedoch die Ausprägung im Sinne des formal geregelten Sachverständigengutachtens. Ein frühes Beispiel ist medizinhistorisch gut fassbar durch die entsprechende nachherige Darstellung im medizinischen Buchwesen, traf doch die Angelegenheit als wohl erster Arzthaftungsprozess auf allgemeines Interesse in der Ärzteschaft, und zudem traf es mit *Ernst Horn* als dem Angeklagten einen in Fachkreisen wie im Berliner Publikum bekannten Mediziner seiner Zeit [24]. In der Berliner Charité starb 1811 auf der Psychiatrie eine – im Jargon der Zeit – tobsüchtige Patientin. Die psychisch agitierte Frau war gemäß des damaligen Konzeptes der zwangsweisen Beruhigung in einen Zwangssack gesteckt worden, wobei ihr Tod eintrat. Neuartig am nun folgenden Ablauf ist, dass der verantwortliche Psychiater, nämlich der erwähnte Ernst Horn als Professor und Direktor der Irrenabteilung, durch einen anderen Arzt angezeigt und dass gegen ihn gerichtlich ermittelt wurde. Das Gericht zog Gutachten von Sachverständigen hinzu und verfuhr dabei in sichtlich moderner Weise: Es schränkte sich auf die Frage der möglicherweise unzureichenden Atemluftzufuhr in einem Beruhigungssack und somit auf den Aspekt eines ärztlich verschuldeten Erstickungstodes ein. Ausdrücklich klammerte das Gericht dagegen den in der medizinischen Diskussion durchaus umstrittenen Aspekt aus, ob derartige Zwangsmaßnahmen an sich eine adäquate Therapie darstellen könnten.

Ernst Horn als verantwortlicher Arzt wurde im Übrigen frei gesprochen, weil das Gericht unter Beachtung der sachverständigen Stellungnahmen nicht erkennen konnte,

dass er bei der von ihm als medizinisch indiziert angesehenen Zwangsberuhigung fahrlässig oder sogar bewusst eine Methode gewählt hatte, die prinzipiell ein Gefährdungsmoment durch Ersticken mit sich bringt. – Das historische Beispiel verdeutlicht gut die bis dato häufiger beklagte Crux des Gutachterwesens. Der Sachverständige soll ausdrücklich nur eine andere Institution bei ihrer Entscheidungsfindung mit fachlichen Informationen unterstützen, die diese Institution eigenständig nicht zu gewinnen in der Lage ist, ohne jedoch an der Entscheidung selbst mitzuwirken. Andererseits liegt auf der Hand, dass er damit gleichsam an einer Schlüsselposition sitzt und seine Darstellungen wesentlich die Richtung bestimmen, nach welcher hin sich die Entscheidung richten wird. Dieses bisweilen als Macht der Gutachter benannte Moment im modernen Gerichtsverfahren (mit dem Schlagwort der „heimlichen Richter“) erzeugt ein Unbehagen. Weniger wegen der Gefahr eines bewussten Missbrauches, als mit dem Blick darauf, dass selbst jedes wissenschaftliche Verfahren mit Fehlerwahrscheinlichkeiten behaftet ist. Wie in letzter Zeit etwa *Gerd Gigerenzer* dargelegt hat, gilt dies auch für das in Juristenkreisen zunächst sehr unkritisch bejubelte DNA-Verfahren, wie es erst recht für die Schlussfolgerungen gilt, die ein Sachverständiger aus den Fakten zu ziehen aufgerufen ist. Gigerenzer verweist auf dokumentierte Fälle verschiedener Art, die zeigen, wie auch Sachverständige hinsichtlich der Interpretation sich schlicht Täuschungen hingeben oder zunächst korrekt errechnete Wahrscheinlichkeiten durch fehlerhafte Bezugnahmen falsch auswerten [25]. Ebenso stellen auch *Hans-Peter Beck-Bornholdt* und *Hans-Hermann Dubben* in ihrem Buch „Mit an Wahrscheinlichkeit grenzender Sicherheit“ die prekäre Möglichkeit vor, wie ein wissenschaftlich inkorrektes Gutachten das Gericht zu einem Fehlurteil bringen kann [26].

II.1.3 Ärztliche Atteste – genügende Entschuldigung bei Gericht?

Was die Entscheidung über die Einstellung eines strafrechtlichen Hauptverfahrens durch das Gericht betrifft, so muss nach herrschender juristischer Meinung zur Beurteilung ein *Sachverständigengutachten* eingeholt werden, das die konkreten Umstände des Einzelfalles zu berücksichtigen hat [27]. Was diesen vom Bundesverfassungsgericht ausdrücklich bestätigten Aspekt betrifft, so liegt hierin auch der Grund, warum von Hausärzten oder anderen behandelnden Ärzten ausgestellte Atteste nicht dazu führen, dass eine Verhandlung wegen Verhandlungsunfähigkeit des Angeklagten eingestellt oder erst gar nicht eröffnet wird. Der Richter muss seine Entscheidung auf Grund einer Stellungnahme treffen, die den Rang eines Sachverständigengutachtens bei Gericht hat, – daher ist hier die gerichtsarztliche beziehungsweise amtsärztliche Tätigkeit gefordert (zur institutionellen Fassung vgl. I.2.3).

Ein wenig anders liegen die Dinge, wenn nicht grundsätzlich die Frage der Verhandlungsunfähigkeit des Angeklagten im Sinne eines Verfahrenshindernisses im Raume steht, sondern in einem laufenden Verfahren der Angeklagte fehlt und sich punktuell mit dem Hinweis entschuldigt, er sei aus gesundheitlichen Gründen nicht fähig vor Gericht zu erscheinen. – Erscheint derart ein Angeklagter nicht zur Verhandlung, so ist vom Gericht zu eruieren, ob dieses Fehlen als genügend entschuldigt anzusehen ist. Hier sind dem Richter gewisse Entscheidungsspielräume gegeben. Schwerlich aber ist eine genügende Entschuldigung ein Anruf bei Gericht mit dem unspezifischen Hinweis, man sei erkrankt. Solche nicht weiter einzuschätzenden „Entschuldigungen“ führen regelmäßig

zum Einschalten eines Gerichtsarztes zur Überprüfung des Sachstandes, wie hier wiederzugebendes Beispielmateriale in **Teil IV** illustriert.

Häufig legen Angeklagte jedoch ein Attest eines behandelnden Arztes vor, um ihr Fernbleiben zu entschuldigen. Es ist den Betroffenen (und ihren Ärzten) dann nicht immer leicht verständlich, warum diese Schreiben nicht ohne Weiteres akzeptiert werden, ohne dass dies schon den Verdacht eines „unrichtig ausgestellten“ Gesundheitszeugnis beinhalten müsste. – Wie geschildert, trifft der Richter seine Entscheidung, ob Verhandlungsfähigkeit als Hindernis vorliegt oder nicht, auf Grund einer ärztlichen Stellungnahme. Es reicht dazu nicht, wenn ein Attest im Sinne der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung für den Arbeitgeber vorliegt. Derlei Bescheinigungen enthalten ausdrücklich keine Diagnosen, sondern nur die auf Grund der diagnostizierten Erkrankung getroffene Einschätzung des Arztes bezüglich der nichtmedizinischen Konsequenzen. Unter Wahrung der Schweigepflicht teilt der Arzt also lediglich mit, was die festgestellte gesundheitliche Störung für Auswirkungen in der Lebenswelt des Patienten mit sich führt, konkret im Falle des Arbeitnehmers also die Zeit, in der Arbeitsunfähigkeit vorliegen wird.

Gerade dies entspricht jedoch nicht den Verhältnissen bei der Prüfung zum Beispiel der Verhandlungsfähigkeit. Wie dargestellt, wird hier die Einschätzung der Auswirkung eines gesundheitlichen Zustandes auf nichtmedizinische Belange wie die Möglichkeit der Verhandlungsführung durch den Juristen getroffen, und er bedarf dazu ausdrücklich der Mitteilung der vom Arzt diagnostizierten Gesundheitsstörungen. Es steht dem Arzt nicht zu, die juristische Entscheidung des Vorliegens einer Verhandlungsunfähigkeit zu treffen. Daher *kann* eine ärztliche Bescheinigung, die lediglich mitteilt, dass Verhandlungsunfähigkeit bestehe, aus prinzipiellen Gründen nicht akzeptiert werden. Zum Beispiel stellte 2004 in Hamburg ein niedergelassener Arzt seinem Patienten ein „Ärztliches Attest zur Vorlage beim Gericht“ mit folgenden Worten aus: „Herr N. ist in meiner Praxis ausreichend bekannt. Es wird dem Patienten hiermit bescheinigt, dass er seit (Datum) akut erkrankt ist. Herr N. wird arbeitsunfähig krankgeschrieben. Im übrigen wird dem Herrn N., aufgrund seiner akuten Erkrankung bescheinigt, dass er bis einschließlich (Datum) verhandlungsunfähig ist.“ [28] Der Zeitraum dieser „Krankschreibung“ erstreckte sich dabei auf fünf Tage. Der Hausarzt, telephonisch vom gerichtsärztlichen Gutachter kontaktiert, hatte das Attest durchaus in gutem Glauben ausgestellt und gedacht, in dieser Form Genüge getan zu haben. Im Übrigen litt der Betroffene tatsächlich akut an einem fiebrigen Infekt, der die Gabe von Antibiotika erforderte. Auch der Gerichtsarzt kam in diesem Zusammenhang zu der Einschätzung einer kurzfristigen, absehbar rasch vorübergehenden gesundheitlichen Störung, die eine Verhandlungsunfähigkeit mit sich brachte.

Es war in diesem Beispiel also gar nicht der Verdacht eines unrichtigen Attestes aufgekommen; bei der fehlenden Angabe einer Diagnose konnte die Bescheinigung von vornherein nicht als genügende Entschuldigung vom Gericht aufgefasst werden. Entsprechende Atteste sollten für den medizinischen Laien verständlich Angaben über die vorhandenen Symptome, die ärztlich erhobenen Befunde, den konkreten Krankheitsverlauf und die zu konstatierenden Auswirkungen auf jene Eigenschaften, welche die Verhandlungsfähigkeit betreffen, enthalten [29]. Nebenbei sei bemerkt, dass Arbeitsunfähigkeit nicht an sich mit Verhandlungsunfähigkeit einhergeht; ein an der Hand Verletzter mag als Handwerker arbeitsunfähig sein, ohne dass dies seine Verhandlungsfähigkeit beeinträchtigt [30]. Die Vorlage eines Attestes bei Gericht wird als so genannte konkludente Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht gewertet [31], und anders als bei

der Bescheinigung für den Arbeitgeber erfordert dies die Auskunft über medizinische Sachverhalte.

Kapitel II.2 Gesetzestexte und Bestimmungen

II.2.1 Primat strafrechtlicher Belange in der gerichtsärztlichen Tätigkeit

Was die gerichtsärztliche Überprüfung der Haft-, Termin- und Arbeitsfähigkeit betrifft, so finden sich damit zusammenhängende Gesetzestexte in verschiedenen Bereichen des Schrifttums. Grundsätzlich – so wird auch aus gerichtsärztlicher Sicht unterschieden – ist die Frage, ob es sich um *strafrechtliche* oder *nichtstrafrechtliche* Angelegenheiten handelt. Die Problematik der *Haftfähigkeit* bezieht sich dabei in der Mehrzahl der Fälle auf strafrechtliche Aspekte, gleich ob in Form der Haftstrafe oder der Untersuchungshaft; dass dennoch in selteneren Fällen das Zivilrecht die Haft als Zwangsmaßnahme kennt, sei jedoch erwähnt (vgl. II.3.2.b) ebenso auch der Hinweis, dass die heute nicht selten in den Medien thematisierte Abschiebehaft eines abgelehnten Asylbewerbers im Sinne einer Verwaltungshaft nicht dem strafrechtlichen Bereich zugehört. Was den Bereich der Terminfähigkeit betrifft, so bringt zumindest der juristische Laie wohl die Frage der *Verhandlungsfähigkeit* zunächst in Zusammenhang mit jeder Form gerichtlicher Verhandlung, doch ist auch sie tatsächlich ein Aspekt aus dem strafrechtlichen Bereich. Vorgreifend (vgl. II.3.3.b) sei gesagt, dass die Verhandlungsfähigkeit nämlich die so genannte Verfahrensfähigkeit eines Angeklagten im Strafverfahren ist, während die entsprechende Verfahrensfähigkeit im Zivilverfahren die Prozessfähigkeit ist, die inhaltlich anders definiert ist als die Verhandlungsfähigkeit. (Warum Untersuchungen auf Prozessfähigkeit im gerichtsärztlichen Alltag keine Rolle spielen, wird an entsprechender Stelle zu klären sein; vgl. II.3.3.b) Es zeigt sich jedoch, dass beim praktischen Umgang mit der Sprache im Alltagsgebrauch der Begriff der Verhandlungsfähigkeit viel weitgefasser verwendet wird als seiner exakten Definition eigentlich entspricht (vgl. II.3.3.c und IV.0). –

Die in diesem Beitrag ebenso thematisierte Frage der *Arbeitsfähigkeit* gehört dagegen tendentiell eher in den nichtstrafrechtlichen Bereich insbesondere der Familiengerichte, die eine Abteilung der Amtsgerichte zur Entscheidung so genannter Familiensachen sind. Ist nun jedoch das Familienrecht zwar ein Bestandteil des Zivilrechtes, so stellt aber die Verletzung der Unterhaltspflicht durchaus ein Delikt im Sinne von Paragraph 170 des Strafgesetzbuches dar. Strafbar ist dies dann, wenn mutwillig trotz Leistungsfähigkeit kein Unterhalt erfolgt; hierzu zählt auch das Aufgeben oder Ausschlagen einer Arbeit, um kein Einkommen zu haben. Die nötige gerichtsärztliche Prüfung der Arbeitsfähigkeit des Betroffenen entscheidet, ob eine strafbare Unterhaltspflichtverletzung vorliegt oder nicht. Stellt man ohnehin in Rechnung, dass Arbeitsfähigkeitsuntersuchungen mittlerweile ihre frühere Bedeutung verloren haben (vgl. IV.2.2.d), so besteht also, was die an dieser Stelle dargestellte gerichtsärztliche Aufgabe der Untersuchung in gerichtlichem Auftrag betrifft, gewissermaßen ein Primat strafrechtlicher Erwägungen (vgl. IV.3.2). Daher sei hier betont auf die entsprechenden zu Grunde liegenden Gesetzeswerke eingegangen.

Die für den hier geschilderten Zusammenhang wichtigen Gesetzestexte aus dem Strafrecht sind im wesentlichen in drei Gesetzesbüchern vorhanden. – Was die Aspekte von Straftaten und Bestrafung betrifft, teilen sich in Deutschland die rechtlichen Darlegungen

in drei große Bereiche. Das *Strafgesetzbuch* (StGB) stellt das materielle Recht dar, in dem im Kern die Materie des Strafrechtes bestimmt wird, so weit nicht speziellere Delikte mit entsprechenden Bestimmungen an anderer Stelle (oft historisch in späterer, der allgemeinen Entwicklung folgender Weise) geregelt werden, wie zum Beispiel Rauschgiftdelikte im Betäubungsmittelgesetz oder Steuerdelikte in der Abgabenordnung. Der zweite große Bereich ist das Verfahrensrecht (vgl.-I.4.2), das bestimmt, wie entsprechende Strafverfahren durchzuführen sind; die Gesetzestexte hierzu finden sich in einem eigenen Buch, der *Strafprozessordnung*. (StPO). Der Jurist und Rechtshistoriker *Claus Roxin* spricht im Zusammenhang von Strafgesetzbuch und Strafprozessordnung davon, dass „wir (...) zwei große Gesetzgebungswerke, die das menschliche Verbrechen zum Gegenstand haben, (...)“ mit ihnen besitzen [32]. Es existiert aber, oft weniger beachtet, was die Umsetzung der Strafe betrifft (und ein wichtiges Kapitel ist dabei auch die gesetzliche Reglementierung der Medizin im Strafvollzug!) ein weiterer eigener Gesetzesbereich, für dessen Regelung das *Strafvollzugsgesetz* (StVollzG) geschaffen wurde.

II.2.2 Das Strafgesetzbuch

Was das *Strafgesetzbuch* betrifft, so gehört es auf die Ebene der Bundesgesetze; diesen Status oberhalb der Ländergesetzgebung hat das Strafgesetzbuch seit der Zusammenfassung der Deutschen Länder zum Deutschen Reich in der Ära Bismarcks. Seine ursprüngliche Fassung trat im Jahr der Reichsgründung mit der Bekanntmachung im Reichsgesetzblatt am 15. Mai 1871 in Kraft. Es war nicht gleichsam aus der Retorte neu erschaffen worden, sondern stellt im Wesentlichen das Strafgesetzbuch dar, das zuvor schon im Norddeutschen Bund tradierte Strafgesetzgebungen einzelner Länder abgelöst hatte. Verständlicherweise hat das Strafgesetzbuch inzwischen von Erweiterungen bis zu Streichungen nicht mehr zeitgemäßer Straftatbestände zahlreiche Änderungen erfahren, die auf gesellschaftlichen Wandel so gut wie technische Neuerungen reagierten.

Vor dem Hintergrund der hier darzustellenden Beschäftigung mit Fragen bezüglich der Haft und der Haftfähigkeit erscheint interessant, dass das Reichsstrafgesetzbuch Straftaten noch in drei Abstufungen kannte, nämlich als Verbrechen, Vergehen und Übertretungen. Konnten für Verbrechen Zuchthausstrafen verhängt werden (abgesehen von der durch den Paragraphen 211 geregelten Todesstrafe für einen vollendeten Mord beziehungsweise für einen Mordversuch am Kaiser oder an einem Landesherrn), so wurden Vergehen mit Gefängnisstrafen belegt, Übertretungen, soweit nicht durch Geldstrafen abgegolten, mit entsprechend kurzer Haft. Seit Mitte der 1970er Jahre mit ihrer umfangreichen Strafrechtsreform kennt das Strafrecht nur noch Verbrechen (Straftaten, die mit über einem Jahr Haft bestraft werden) und Vergehen. Andere Delikte wurden ihrer Schwere nach entweder zu strafrechtlichen Vergehen gleichsam aufgewertet oder in weniger gravierenden Fällen nunmehr außerhalb des Strafrechtes als Ordnungswidrigkeiten aufgefasst. Die entehrende Zuchthausstrafe wurde aufgegeben zu Gunsten der alleinigen Vollziehung von Freiheitsstrafen in Form der Gefängnishaft. Hier fiel also ein großer Bereich von „Haftprüfungsproblematiken“ fort. – Nachdem in Folge umfangreicher Bemühungen der Strafrechtsreform mittlerweile die Gesetzestexte des gesamten Strafgesetzbuches zahlreiche Änderungen erfahren hatten, hat am 13. November 1998 im Bundesgesetzblatt eine grundsätzliche Neubekanntmachung stattgefunden. Einzelne Änderungen finden fortlaufend statt und werden jeweils im Bundesgesetzblatt bekannt gemacht.

II.2.3 Die Strafprozessordnung

Regelt das Strafgesetzbuch die Voraussetzungen der Strafbarkeit, die einzelnen Delikte und die Arten der Strafe, so hat die *Strafprozessordnung* als formales Recht zum Gegenstand sämtliche Aspekte von der Ermittlung einer Straftat über die weiteren Schritte des Verfahrens bis hin zu Fragen der Strafvollstreckung, über die sich im siebten Buch einige Paragraphen finden. Auch die Strafprozessordnung ist Bundesrecht, und auch sie stammt aus der Zeit der Reichsgründung im 19. Jahrhundert, freilich dauerte ihre Genese bis zum gültigen Recht länger, so dass sie erst am 01. Februar 1877 in Kraft treten konnte. Roxin nennt sie in Anlehnung an rechtskundliche Vorstellungen ein „angewandtes Verfassungsrecht“ [33], was andeutet, dass sie unter dem Wandel der verfassungsrechtlichen Vorstellungen bezüglich der dem Einzelnen zugebilligten Stellung zur übergeordneten Staatsgewalt weitaus stärkeren Veränderungen ausgesetzt ist als das Strafgesetzbuch. Der rechtshistorisch beklagte Verfall des Rechtsstaatsgedankens im NS-Staat ist hier nur ein besonders harscher Aspekt. In neuerer Zeit sind dagegen tiefgreifende Veränderungen zum Beispiel durch den Gedanken des Opferschutzes zu verzeichnen, auf den sich 1986 das „Erste Gesetz zur Verbesserung der Stellung des Verletzten im Strafverfahren“ bezog. Technischen Neuerungen wie etwa den molekulargenetischen Verfahren der DNA-Spurenbestimmung ist Rechnung zu tragen, so dass es 1997 zu einem entsprechenden Strafverfahrensänderungsgesetz kam. Die unter großer öffentlicher Aufmerksamkeit diskutierten Fragen der Zulässigkeit von Videoaufzeichnungen der Vernehmung gefährdeter Zeugen in der Hauptverhandlung (statt ihrer persönlichen Anwesenheit im Saal) oder der Zulässigkeit von durch den so genannten „Großen Lauschangriff“ gewonnenem Beweismaterial beschäftigten Ende der 1990er Jahre keineswegs nur Rechtsgelehrte in einem juristischen Elfenbeinturm.

II.2.4 Das Strafvollzugsgesetz

Neben dem materiellen Strafrecht des Strafgesetzbuches und dem formellen Strafrecht der Strafprozessordnung ist das *Strafvollzugsgesetz* getreten. Sein Titel lautet in voller Länge „Gesetz über den Vollzug der Freiheitsstrafe und der freiheitsentziehenden Maßnahmen der Besserung und Sicherung“, woraus hervorgeht, dass es sich nicht nur auf den Vollzug der Freiheitsstrafe in den Justizvollzugsanstalten bezieht. Seiner Idee nach wurde auch es als Bundesgesetz angelegt, das auf dieser Ebene neben Strafgesetzbuch und Strafprozessordnung trat. War nämlich die konkrete Ausgestaltung des Strafvollzugs in den Justizvollzugsanstalten wie manches nach der Reichsgründung (man denke an Kultushoheit, Bestattungswesen und anderes) eine Ländersache geblieben, so lag als übergeordnet koordinierende Regelung lange nur eine aus dem Jahr 1934 stammende Strafvollzugsordnung vor, die sowohl in der Rechtswissenschaft wie in der Rechtspflege, gelinde gesagt, umstritten war. In den 1970er Jahren mahnte daher das Bundesverfassungsgericht eine gesetzliche Regelung des Strafvollzuges an, woraufhin am 16. März 1976 das Strafvollzugsgesetz beschlossen wurde, das am 01. Januar des folgenden Jahres in Kraft trat. Ob es am im Gegensatz zum Strafgesetzbuch und zur Strafprozessordnung recht jungen Alter dieser dritten Säule der Strafjustiz lag – offensichtlich ist das Strafvollzugsgesetz jedenfalls nie fester im allgemeinen Bewusstsein als ein erlangtes Rechtsgut begriffen worden. Als in neuester Zeit im Zusammenhang mit der Föderalismusreform in Deutschland die entsprechende Gesetzgebungskompetenz vom Bund auf die Länder übergegangen ist, wurde 2006 im Grunde die Idee einer parallel zu Strafgesetzbuch und Strafprozessordnung existierenden einheitlichen gesetzlichen Regelung des Strafvollzuges aufge-

geben. Schrittweise werden nun wieder auf Landesebene jeweilige Regelungen des Strafvollzugsgesetz ablösen. Diese Entwicklung ist an dieser Stelle nicht weiter bewertend einzuschätzen; auf die im Zusammenhang mit Haftfähigkeitsprüfungen hier dargestellte gerichtsärztliche Arbeit in Hamburg hat sie ohnehin keinen Einfluss, da die betreffende Neuerung erst nach dem untersuchten Zeitraum in Kraft trat.

Kapitel II.3 Zur Bestimmung einzelner relevanter Begriffe

II.3.1 Juristische Entscheidungen, keine ärztlichen Diagnosen

Die Wörter „haftfähig“, „verhandlungsfähig“ und auch „arbeitsfähig“ – letzteres so, wie es hier unter gerichtlicher Perspektive gebraucht wird – sind keine im medizinischen Sprachgebrauch verwurzelten Begriffe. Weder handelt es sich um Bestandteile des allgemeinen, fächerübergreifenden Wortschatzes der medizinischen Terminologie noch um fachspezifische, in medizinischen Teilbereichen verwendete Elemente. Sind zum Beispiel manche Ausdrücke der Arbeitsmedizin, wie etwa der Begriff der „maximalen Arbeitsplatzkonzentration“, in ihrer genauen Bestimmung oft auch nicht allen Vertretern der allgemeinen Ärzteschaft geläufig, so sind sie doch zumindest in einem Teilbereich der Medizin durch dessen Fachvertreter nach Maßgabe ihrer ärztlichen Spezialisierung definiert worden. Die Begriffe der „Haft-“, der „Verhandlungs-“ und der gerichtlich zu prüfenden „Arbeitsfähigkeit“ haben dagegen nie eine Definition aus *ärztlicher* Perspektive erfahren.

Auch wenn es nach der Lektüre gerichtsärztlicher Gutachten bisweilen so erscheinen mag, kann ihnen noch nicht einmal der Status gleichsam von „Lehnwörtern“ zugestanden werden, die in das ärztliche Lexikon Eingang gefunden haben wie zum Beispiel die Ausdrücke „Minderung der Erwerbsfähigkeit“ oder „Kostenträger“. Derartige vor allem im sozialmedizinischen Bereich verbreitete Ausdrücke sind über das Zusammenspiel der Medizin mit den Instanzen von Sozialstaat und Versicherungswesen für den Arzt vertraute Begriffe seiner eigenen Formulierungsweise geworden. Sie sind aus der Perspektive seiner ärztlichen Aufgabenstellung heraus durchaus substantielle Begriffe, wenn auch die Bedeutungsfüllung zunächst gar nicht aus Momenten heraus erfolgte, deren Ursprünge in der Medizin lagen.

Insbesondere „Haft-“ und „Verhandlungsfähigkeit“ dagegen sind reine Bestandteile der juristischen Fachsprache, und sie wurden von Juristen gemäß der ihnen aus ihrer Tätigkeit zukommenden Belange definiert. Dass sie nicht lehnwortartig in das Sublexikon einer medizinischen Fachdisziplin übergegangen sind, erweist sich daran, dass über die Haft- respektive die Verhandlungsfähigkeit seitens eines Juristen *entschieden* wird, wobei ausdrücklich nicht nur medizinische Aspekte einzubeziehen sind. Als Grundlage der Entscheidungsfindung dient dabei zwar die diagnostische und prognostische Aussage eines Mediziners, doch ist dieser sehr wohl in der Lage eine in sich geschlossene Aussage zu fällen, ob eine Erkrankung sich unter bestimmten Umständen voraussichtlich verschlimmern wird oder ob eine Person auf Grund ihres gesundheitlichen Zustandes bestimmten Belastungen gewachsen ist, ohne dabei der Termini „haftfähig“ oder „verhandlungsfähig“ instrumentell zu bedürfen. Andererseits kann bezüglich der Haftfähigkeit ein und die selbe ärztliche Diagnose in zwei strafjuristisch unterschiedlich zu bewerten-

den Fällen zu einer unterschiedlichen Entscheidung führen wie das unten angeführte Beispiel in Abschnitt-II.3.2.a verdeutlicht.

Damit ist nicht gesagt, dass dem zuständigen Mediziner diese juristischen Begriffe in ihrer Definition nicht vertraut sein müssen. Im Gegenteil muss er auf das Genaueste wissen, was der Jurist als Jurist nachfolgend für eine Entscheidung zu treffen hat, um ihm dazu eine tragfähige Entscheidungsgrundlage zu liefern. Die Verzahnung ist hierbei so stark, dass im Alltag mit seiner Erfordernis möglichst reibungsloser Kommunikation zum Beispiel ein zuständiger Richter nicht umständlich beim Arzt anfragt, ob bei einem Angeklagten, der sich als erkrankt gemeldet habe, aus medizinischer Sicht eine schwere Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Lage mit einer entsprechenden Einschränkung der Belastbarkeit vorliege. Nach dem Buchstaben des Gesetzes wäre die Anfrage in dieser Formulierung korrekt, und der Arzt müsste sodann unter strenger Verwendung lediglich medizinisch-diagnostischer Begrifflichkeiten zu beantworten versuchen, ob eine solche Situation vorliegt. Daraufhin wäre es in einem weiteren eigenen Schritt Sache des Richters zu *entscheiden*, ob ein tatsächlich derart gesundheitlich Beeinträchtigter einer Verhandlung geistig folgen und sich aktiv einbringen kann oder eben nicht. – In der Praxis wird ein Richter jedoch seine Anfrage beim Arzt gleich so formulieren, ob bei einem Angeklagten, der eine Erkrankung geltend macht, Verhandlungsfähigkeit anzunehmen sei. Und die ärztliche Antwort fällt, wie das Studium der in **Teil IV** thematisierten gerichtsärztlicher Stellungnahmen lehrt, so aus, dass sie ausdrücklich auf den Punkt gebracht zum Beispiel formuliert: „Verhandlungsfähigkeit ist nicht beeinträchtigt“; – oder: „derzeit verhandlungsunfähig, aber mit Wiederherstellung in der nächsten Woche zu rechnen“.

Es ist dabei aber nicht zu vergessen, dass es sich um ein gewissermaßen abgekürztes Zusammenspiel von Richter und Arzt handelt, das lediglich Zwischenschritte auf einem Weg zu einem Ziel auslöst. – Um beim Beispiel der Verhandlungsfähigkeit zu bleiben, so kann und darf der Gerichtsarzt sie letztlich nicht beurteilen. Er vielmehr diagnostiziert, seine Profession nicht überschreitend, einen gesundheitlichen Zustand, woraufhin der zuständige Richter aus juristischer Sicht auf Grund des Vorliegens dieses Zustandes (und eigentlich nur der Objektivierbarkeit dieses Zustandes durch fachlich fundierte Befundung dient die Hinzuziehung des medizinischen Experten!) *entscheidet*, ob Verhandlungsfähigkeit anzunehmen ist oder nicht. Noch deutlicher wird, wie oben angedeutet, diese Auftrennung im Fall der Entscheidung über Haftfähigkeit.

II.3.2 Haftfähigkeit beziehungsweise Haftunfähigkeit

Um zu verstehen, was dem Gedanken zu Grunde liegt, die Fähigkeit zur Haft überhaupt zu prüfen, wurde im **Teil I** die Geschichte der Haft als Strafe dargestellt. Es wurde skizziert, wie es zu dem heute gültigen Konzept der Strafe als Besserung und gleichsam „Anstiftung“ zu einem normenkonformen Leben gekommen ist, das nicht nur die Strafe als Schädigung des Straftäters ablehnt, sondern überhaupt darauf angewiesen ist, dass der Strafvollzug nicht schädigend wirkt (vgl. I.5.7). – Damit wurde bewusst auf das Thema der Haft als Vollzug einer Freiheitsstrafe abgehoben; das Instrument der Haft als Festsetzung von Tätern beziehungsweise Tatverdächtigen nach der Tat im Sinne der Untersuchungshaft wurde gewissermaßen als Nebenthema ausgeklammert. Dass der Gedanke, Haft dürfe keine gesundheitlichen Schäden bewirken, weil dies mit dem Ziel der Strafe

unvereinbar ist, sich in praxi auch auf andere, nicht der Strafe dienende Haftformen wie die Untersuchungshaft oder die Beugehaft „ausweitet“, wurde dabei als selbstverständlich vorausgesetzt (es wäre in sich ungerneimt, für die Haft als Strafe die gesundheitliche Unbedenklichkeit zu fordern und das Konzept der Unfähigkeit zur Haft zu entwickeln, und dies nicht etwa für die vorgeschaltete Haft während der Ermittlungen ebenso zu fordern).

Der Begriff der Haftfähigkeit wurde ein *problematischer Begriff* genannt (vgl. I.5.8), insofern er – trotz seiner Zentralität für die moderne Konzeption der Haft – nirgendwo positiv begrifflich gefüllt worden ist. Ein Stück weit dürfte dafür verantwortlich sein, dass für die grundsätzliche, einheitliche Regelung des Freiheitsstrafvollzuges im Gegensatz zu Strafgesetzbuch und Strafprozessordnung zunächst kein grundlegendes Gesetzeswerk inauguriert worden ist, bis hin zu der Tatsache, dass dies im Zuge der Föderalismusreform gegenwärtig wieder aufgegeben wurde (vgl. II.2.4). Die entsprechenden gesetzlichen Vorgaben sollen im Folgenden in kurzer Skizzierung umrissen werden.

II.3.2.a Gesetzliche Vorgaben

Wie bereits angeschnitten, gibt die Strafprozessordnung in ihrem siebten Buch auch Regelungen an zur Vollstreckung der Strafe (vgl. II.2.3). Dabei wird zum Beispiel geregelt, in welcher Weise Untersuchungshaftzeiten auf eine Strafhaft anzurechnen sind (§ 450 StPO) oder wie sich die Abläufe gestalten, falls dieselbe Person mehrere Haftstrafen verbüßen muss (§ 454b StPO). In diesem Zusammenhang regelt der Paragraph 455 der Strafprozessordnung auch den „Aufschub der Vollstreckung einer Freiheitsstrafe“. Damit wird also nicht bestimmt, was Haftfähigkeit sei, sondern es wird gewissermaßen von der Seite der Negation her bestimmt, wann der Gesetzgeber eine Haftstrafe als nicht zu vollziehen betrachtet (insofern es keine Leibesstrafen und keine Todesstrafe mehr gibt, sondern nur noch Freiheitsstrafen, kann heute der Begriff der „Vollzugsfähigkeit“ synonym zum Begriff „Haftfähigkeit“ gesetzt werden). – Nur indirekt, nämlich über die Bestimmung, wann eine Haft *nicht* vollzogen werden soll, ist damit zu erschließen, was der Gesetzgeber unter Haftfähigkeit zu verstehen gedenkt. Diese Ausführungen der Strafprozessordnung bilden praktisch die einzige konkretere Bestimmung im deutschen Recht, die als Gesetzestext existiert, so dass sich auch stets auf sie bezogen wird. Insofern zwar das Zivilrecht das Mittel der Haft ebenfalls kennt (vgl. § 901 der ZPO über Haft zur Erzwungung einer verweigerten Abgabe einer eidesstattlichen Versicherung seitens eines Schuldners), führt auch die Zivilprozessordnung aus, wann ein Haftbefehl nicht vollstreckt werden darf. Der Paragraph 906 der Zivilprozessordnung bestimmt dabei allerdings nur wenig ins Detail gehend: „Gegen einen Schuldner, dessen Gesundheit durch die Vollstreckung der Haft einer nahen und erheblichen Gefahr ausgesetzt wird, darf, solange dieser Zustand dauert, die Haft nicht vollstreckt werden.“ Dies klingt an die Gedanken der Strafprozessordnung an, die allerdings der entsprechenden Materie mehr definitorische Aufmerksamkeit schenkt. Von daher macht diese Wichtigkeit der entsprechenden Passagen in der Strafprozessordnung es nötig, den genauen Inhalt des Paragraphen 455 StPO zu kennen.

Im ersten Absatz des Paragraphen 455 StPO wird angegeben, dass die Vollstreckung einer Freiheitsstrafe aufgeschoben werden *muss*, wenn der Verurteilte „in Geisteskrankheit verfällt“. Man sollte sich dazu vor Augen führen, dass, wäre schon vor Eröffnung des Verfahrens der Beschuldigte in einem solchen Zustand gewesen, ja erst gar keine Haupt-

verhandlung eröffnet und somit diese Strafe erst gar nicht verhängt worden wäre. Insofern hier mit dem Blick auf die gutachterliche Tätigkeit des Hamburger Gerichtsärztlichen Dienstes (vgl. I.3.3) Aspekte der forensischen Psychiatrie nicht weiter thematisiert werden sollen, sei an dieser Stelle nur darauf verwiesen, dass im Begriff der „Geisteskrankheit“ keine medizinische Diagnose, sondern eine juristische Wertung zu sehen ist, die sich nicht nosologisch auf die Art, sondern auf die Schwere einer psychischen Störung bezieht [34].

Der zweite Absatz des Paragraphen 455 besagt, dass die Vollstreckung ebenso aufzuschieben ist, wenn „(...) von der Vollstreckung eine nahe Lebensgefahr für den Verurteilten zu besorgen ist“. Wichtig ist hierbei der Hinweis auf den Kausalnexus; die Vollstreckung muss Ursache der Gefährdung sein und ihre Unterlassung muss eine Abwendung der Gefährdung darstellen. – In einem Fall aus dem Hamburger Strafvollzug, der auch in das in **Teil IV** untersuchte Material einging [35], machte ein Verurteilter vor Strafantritt geltend, eine erhebliche Erkrankung zu haben, was er auch durch Atteste eines Facharztes untermauern konnte. Der Fall wurde im Jahr 2000 durch den Gerichtsärztlichen Dienst unter genauer Hinzuziehung der Krankenunterlagen geprüft, und es ließ sich bestätigen, dass der Betroffene an Herzrhythmusstörungen litt. Anfallsweise – und dies in den Jahren offenbar mit zunehmender Häufigkeit – kam es zu erheblichen Beschleunigungen der Herzfrequenz. Der gerichtsärztliche Gutachter kam zu dem Schluss, dass prognostisch einerseits mit einem weiteren Auftreten dieser so genannten Tachykardien fest zu rechnen sei und dass andererseits bei dem Betroffenen ein höheres Risiko des Eintretens einer gefährlichen Herzrhythmusstörung bestehe als es bei einer vergleichbaren Person ohne solche Störungen (die an sich nicht lebensbedrohlich sind) anzusetzen ist. – Damit ging er, was den medizinischen Aspekt betrifft, durchaus mit der Einschätzung des behandelnden Arztes konform, der freilich daraus schlussfolgernd seinen Patienten für haftunfähig gehalten hatte. Es ließ sich aber schlüssig nachweisen (vor allem durch Langzeitableitungen der elektrischen Herzschrittkurve), dass die Anfälle von Herzrasen völlig unabhängig von äußeren Bedingungen – auch von aufregenden oder belastenden Momenten – quasi aus dem an seinem natürlichen Taktgeber (dem so genannten Sinusknoten im rechten Herzvorhof) veränderten Herzen selbst heraus eintraten. Bestand so allgemein gar keine kausale Beziehung zu den Lebensverhältnissen des Betroffenen, konnte damit im speziellen auch keine kausale Beziehung zwischen seinem Aufenthalt in der Haftanstalt angenommen werden. Darüber hinaus hätte man sogar in Rechnung stellen können, dass bei dem sonst alleine Lebenden unter den überwachten Bedingungen der Justizvollzugsanstalt das Eintreten einer gefährlichen Herzrhythmusstörung eher auffällig und einer ärztlichen Versorgung zugeführt werden könnte als im freien Zivilleben. Da in diesem Sinne in der Strafvollstreckung ursächlich also keine Gefährdung beziehungsweise Steigerung der bestehenden Gefährdung für das Leben des Verurteilten zu sehen war, wurde er trotz objektiver Bestätigung der zuvor vom behandelnden Arzt attestierten Erkrankung für sehr wohl haftfähig erklärt. –

Auch in anderen Zusammenhängen wurde wiederholt so entschieden, dass eine vorbestehende oder in der Haft neu aufgetretene Erkrankung durch die Haft lebensbedrohlich verschlimmert werden muss, und zwar kausal durch die spezielle Situation des Betroffenen in der Haft, damit eine Haftunfähigkeit gegeben ist [36]. Es ist auch darauf zu achten, dass der Gesetzgeber von einer „nahen Lebensgefahr“ ausgeht, was die Bestimmung betrifft. Wie etwa *Konrad von Oefele* betont, tritt jedoch dieses Merkmal in der

Praxis eher selten in Erscheinung. Gerade was die viel häufigeren chronischen Erkrankungen angeht, kommt bei nicht gegebener naher Lebensgefahr weniger der Aspekt der Haftunfähigkeit ins Spiel als die *Haftverschonung*, die auf dem Wege eines Gnadenverfahrens anstrebbar ist [37].

Es wird hier bereits deutlich, dass die Haftfähigkeit nicht absolut von der ärztlichen Diagnose abhängt, sondern die Entscheidung auch in Relation zu nicht-medizinischen Aspekten wie den konkreten Gegebenheiten im Strafvollzug vor Ort gestellt wird. Noch bis in die 1970er Jahre hinein führte ein insulinpflichtiger Diabetes mellitus häufig zur Haftunfähigkeit, da die nötigen Maßnahmen wie Blutzuckermessung und Insulingabe mittels aufziehender Spritze unter den jeweiligen Bedingungen in vielen Gefängnissen nicht möglich erschienen. Sind jedoch entsprechende Einrichtungen mit ausgebildeten Sanitätskräften in den Justizvollzugsanstalten vorhanden – ganz zu schweigen von der medizinischen Entwicklung mit praktischen Blutzuckermessgeräten und so genannten Insulinpens zur problemlosen, hygienischen Gabe –, führt die an sich selbe Diagnose nicht zur Haftunfähigkeit, da die Erkrankung ohne Gefährdung für den Verurteilten im Strafvollzug handhabbar wird. Welche Rolle in Hamburg dabei das Zentralkrankenhaus der Justizbehörde als modern eingerichtetes Haftkrankenhaus spielt, wird im Abschnitt **IV.4.2.c** näher geschildert.

Der nun folgende dritte Absatz des Paragraphen 455 StPO regelt, wann eine Strafvollstreckung aufgeschoben werden *kann*, aber nicht, wie in den beiden ersten Sätzen bestimmt, aufgeschoben werden *muss*. Nach dem dritten Absatz kann nämlich die Strafvollstreckung aufgeschoben werden, „(...) wenn sich der Verurteilte in einem körperlichen Zustand befindet, bei dem eine sofortige Vollstreckung mit der Einrichtung der Strafanstalt unverträglich ist.“ Hierbei steht gewissermaßen das Interesse der Strafvollzugseinrichtung im Vordergrund; der Verurteilte gerät zwar nicht durch die Haft in Gefahr – dann müsste nach Paragraph 455 Absatz 2 in seinem Interesse die Vollstreckung unterbleiben! –, aber die Berücksichtigung seiner gesundheitlichen Umstände stellt für die praktischen Belange der Strafanstalt eine „unverträgliche“ Maßnahme dar.

Der vierte Absatz des Paragraphen 455 regelt, wann eine bereits laufende Haft als Freiheitsstrafe unterbrochen werden kann. Hier findet sich analog zu den ersten Absätzen wieder die Bezugnahme auf den Eintritt einer Geisteskrankheit und die nahe Lebensgefahr sowie der Verweis darauf dass „(...) der Verurteilte sonst schwer erkrankt und die Krankheit in einer Vollzugsanstalt oder einem Anstaltskrankenhaus nicht erkannt oder behandelt werden kann (...)“. Es findet sich hier nur die Formulierung, dass die Unterbrechung stattfinden *kann*, insofern für die Vollstreckungsbehörde (als solche sind die Staatsanwaltschaften zuständig) ein bestimmter Deutungsspielraum besteht. Die Unterbrechung ist nämlich dann erst vorgesehen, wenn die jeweilige Erkrankung „voraussichtlich für eine erhebliche Zeit fortbestehen wird“. So muss auch eine akut lebensbedrohliche Situation nicht zur Haftunfähigkeit führen selbst wenn die Behandlung in der Vollzugsanstalt unmöglich ist, so lange die Erkrankung sich zeitlich gewissermaßen nur kurz erstreckt. Unter entsprechender Sicherung kann zum Beispiel ein an Blinddarmentzündung Erkrankter in ein Krankenhaus ausgeführt und nach Operation und stationärer Behandlung wieder in die Justizvollzugsanstalt zurückverlegt werden; es muss dazu nicht

seine Haft unterbrochen werden und auch dem Strafvollzug ist zuzumuten, den Betroffenen vor Ort im Krankenhaus eine kürzere Zeit angemessen zu bewachen.

Der vierte Absatz des Paragraphen 455 StPO verweist sodann ausdrücklich darauf, dass die Vollstreckung gar *nicht* unterbrochen werden *darf*, „(...) wenn überwiegende Gründe, namentlich der öffentlichen Sicherheit, entgegenstehen“. An dieser Stelle wird besonders deutlich, dass die Haftunfähigkeit nicht mit der medizinischen Diagnose gleichzusetzen ist, insofern neben dem ärztlichen Befund auch das Delikt in die Erwägung mit einbezogen wird. Es handelt sich um die *juristische* Entscheidung, auf den Vollzug einer rechtmäßig verhängten Strafe zu verzichten. In einem prägnanten Fall aus Nordrhein-Westfalen [38] erkrankte ein Betroffener an einer malignen tumorösen Neubildung, die bei eingetretener Metastasierung als unheilbar mit einem erfahrungsgemäß relativ raschen Versterben sicher zu diagnostizieren war. Dennoch entschied die zuständige Staatsanwaltschaft nicht, dass von Haftunfähigkeit auszugehen sei, obwohl in weniger schweren Fällen anderweitig dies bereits zur Enthftung der Erkrankten geführt hatte. Die Vollstreckungsbehörde stellte nämlich in Rechnung, dass der Betroffene wiederholt wegen schweren sexuellen Missbrauchs von Minderjährigen verurteilt und stets bei nächster Gelegenheit rückfällig geworden war und dass ihn zunächst die Krebserkrankung nicht an einer weiteren Wiederholung hätte hindern können. Eine angemessene ärztliche Betreuung – etwa hinsichtlich der lindernden Schmerztherapie – war unter Haftbedingungen sicherzustellen. Der Erkrankte blieb so lange in Haft, bis ihn die medizinisch nicht mehr aufzuhaltenden Metastasierungen im Bereich der Wirbelsäule respektive der dort auslaufenden Nervenbahnen für den Alltag schwer behinderten und zu einem stationären Pflegepatienten machten. In diesem Stadium wurde der Betroffene aus der zuletzt im Justizvollzugskrankenhaus vollzogenen Haft entlassen und in ein öffentliches Krankenhaus verlegt, wo er bis zu seinem Ableben versorgt wurde.

Der Paragraph 455 der Strafprozessordnung ist, wie erwähnt, daher von eminenter Wichtigkeit, weil sonst der Gesetzgeber die Haftfähigkeit nicht verbindlich definiert hat, aber hier zumindest die Umstände darlegt, unter denen es zur Haftunfähigkeit kommen kann. Die Haftfähigkeit kann dabei an mehreren Stationen eines Strafverfahrens thematisiert werden: Ist ein Betroffener sichtlich schon im Vorverfahren während der Ermittlungen (zum Verfahrensablauf vgl. **II.3.3.a**) haftunfähig, wird der Haftbefehl außer Vollzug gesetzt. Eintritt der Haftunfähigkeit vor Strafantritt führt, wie zuvor geschildert, zum *Aufschub*, während der Haft zur *Unterbrechung* [39]. Bei dauernder Haftunfähigkeit kann die Wiederaufnahme des unterbrochenen Strafvollzuges nicht mehr stattfinden, was – wie angedeutet – nicht mit der Haftverschonung auf dem Gnadenweg zu verwechseln ist.

Das Strafvollzugsgesetz, das in seinem Paragraphen 56 ausdrücklich anordnet, dass „für die körperliche und geistige Gesundheit des Gefangenen“ zu sorgen sei (wie es ja bereits in seinem dritten Paragraphen geradezu apodiktisch bestimmt: „Schädlichen Folgen des Freiheitsentzuges ist entgegenzuwirken.“), sieht vor, bei Aufnahme in eine Haftanstalt jeden Gefangenen ärztlich zu untersuchen (§ 5 StVollzG). Diese Untersuchung, deren Ergebnis schriftlich in einem bislang deutschlandweit gleichen Formular festzuhalten ist, muss sich ausdrücklich auch darauf beziehen, ob der Betroffene vollzugstauglich ist oder nicht (es existiert dazu eine entsprechende Verwaltungsvorschrift). – Damit ist die Prüfung der Haftfähigkeit sozusagen automatisch nur bei Antritt einer Haft durch den zuständigen Anstaltsarzt der jeweiligen Einrichtung vorgesehen. An anderen Stellen des Verfahrens wird sie nur dann geprüft, wenn ein Betroffener von sich aus eine Haftun-

fähigkeit geltend macht. – Ist die Haftfähigkeitsuntersuchung also prinzipiell eine anstaltsärztliche Aufgabe, so wird hier im weiteren die gutachterliche Tätigkeit untersucht, wie sie amtsärztlicherseits oder wie in Hamburg gerichtsärztlicherseits immer dann nötig wird, wenn ein Verurteilter vor Strafantritt gesundheitliche Beschwerden als Hinderungsgrund ins Felde führt. Damit schränkt sich im Übrigen der Kreis der dabei zu nennenden Delikte ein (vgl. **IV.8.3**), insofern es sich nur um Verurteilte handeln kann, die sich bis zum Ende der Hauptverhandlung in Freiheit befunden haben. Angeklagte, die sich ihres Deliktes wegen in Untersuchungshaft befinden, sind gemäß des Strafvollzugsgesetzes bezüglich ihrer gesundheitlichen Belange bereits mit Haftantritt in die Zuständigkeit der jeweiligen Anstaltsärzte gefallen.

II.3.2.b Haftarten

Mit Blick auf die Frage nach der Haftfähigkeit, muss auch definiert sein, was unter einer Haft überhaupt zu verstehen ist – auch dies letztlich ein juristischer Begriff, der in der Alltagssprache eher unscharf gebraucht wird. Grundsätzlich von der Haft ist der *Gewahrsam* (im engeren Sinne der Polizeigewahrsam) zu unterscheiden, auch wenn die Räumlichkeit, in die eine in Gewahrsam genommene Person auf einem Polizeirevier gebracht wird, als so genannte Haftzelle bezeichnet wird. Der Gewahrsam ist ein Freiheitsentzug zum Zweck einer konkreten Gefahrenabwehr; es kann sich darum handeln, eine Person von der Begehung einer Straftat abzuhalten oder sie vor einer Gefährdung zu schützen (der klassische Fall des in Polizeigewahrsam genommenen Betrunkenen ist landläufig bekannt). Jemand kann auch von der Polizei in Gewahrsam genommen werden, um einen Platzverweis durchzusetzen oder den Störer an einen anderen Ort zu verbringen.

Obwohl die Befreiung einer Person aus dem Polizeigewahrsam als Vergehen im Sinne der Gefangenenbefreiung geahndet werden kann, ist der Gewahrsam doch keine Haft. Auch wenn im allgemeinen Sprachgebrauch die Wörter „festnehmen“ und „verhaften“ quasi synonym verwendet werden, so ist doch im juristischen Sinn die *Festnahme* ebenso wie der zuvor geschilderte Gewahrsam von der Problematik der Haft deutlich zu unterscheiden. Unter einer Festnahme ist nur das vorübergehende Festsetzen einer Person auf Grund einer rechtlich gegebenen Basis zu verstehen (bis drei Stunden ist von einer Freiheitsbeschränkung zu sprechen, länger dauernde Maßnahmen werden als Freiheitsentziehung bezeichnet). Nach Paragraph 127 Absatz 1 der Strafprozessordnung darf sogar jedermann (auch ein Minderjähriger) unter näher geregelten Umständen, die hier nicht zu thematisieren sind, einen auf frischer Tat ertappten festnehmen. Das, was der Laie in der Regel als Festnahme bezeichnet, ist im juristischen Sinn die so genannte hoheitliche Festnahme, die der zweite Absatz des Paragraphen 127 StPO regelt. Die Maßnahme einer Festnahme durch zuständige Behördenorgane geschieht auf Grund des dringenden Tatverdacht, der Festgenommene wird in der begrifflichen Umfang zu einem *Verdächtigen*, erhärtet sich im Weiteren der Verdacht wird er zum *Beschuldigten* (zum Ablauf des Ermittlungsverfahrens vgl. **II.3.3.a**).

Doch auch ein von der Polizei festgenommener Verdächtiger befindet sich dadurch (noch) nicht in Haft. Denn gleichgültig, ob Festnahme im so genannten Jedermann-Recht oder hoheitliche Festnahme durch Amtspersonen, der Festnahme liegt keine *richterliche* Anordnung zu Grunde wie bei einer *Verhaftung*, die in ihrer juristischen Definition die Vollstreckung eines angeordneten Haftbefehles darstellt. Daher muss ein Festgenomme-

ner nach Paragraph 128 StPO spätestens bis zum Ablauf des folgenden Tages dem zuständigen Haftrichter beim Amtsgericht zugeführt werden. Erst wenn der Richter die Fortdauer der Festhaltung beschließt, wird die Festnahme rechtlich zur *Haft*. – Von daher haben alle ärztlichen Überprüfungen von in Gewahrsam Genommenen (auch hier klassisch die Untersuchung des Betrunkenen in der „Ausnüchterungszelle“ durch den Polizeiarzt) oder von Festgenommenen juristisch keinen Bezug zum Konzept der Haftfähigkeit. Vielmehr handelt es sich um die so genannte ärztliche Prüfung der *Verwahrfähigkeit*, die nicht durch einen zuständigen Amtsarzt oder Gerichtsarzt erfolgen muss; behördliche Organe wie Polizeidienststellen ziehen je nach Bedingung vor Ort entsprechend Ärzte hinzu. Anders als die Haftfähigkeitsprüfung handelt es sich nicht um eine ärztliche Untersuchung in gerichtlichem Auftrag, schon alleine deshalb, weil Gewahrsam und Festnahme, wie geschildert, ohne richterliche Beteiligung stattfinden. Manche der in den Untersuchungen im **Teil IV** aus dem Untersuchungsmaterial auszusondernden Vorgänge entpuppten sich etwa bei näherer Betrachtung als Verwahrfähigkeitsprüfungen und nicht als die hier zu analysierenden Haftfähigkeitsprüfungen.

Als *Haft* wird im Sinne des Artikels 104 des Grundgesetzes ein Freiheitsentzug auf Grund einer richterlichen Anordnung, eines Haftbefehls, verstanden. In dieser Hinsicht kennt auch das Zivilrecht die Haft, wenn ein Schuldner zur Abgabe einer eidesstattlichen Verpflichtung gezwungen werden muss (vgl. §§ 901 und 904 der Zivilprozessordnung). Hier ist dann der Gerichtsvollzieher die für die Verhaftung zuständige Amtsperson, wobei grundsätzlich die Polizei als Vollstreckungshilfe hinzugezogen wird. Auch zur Erzwingung von anderen Auskünften kann nach dem Paragraphen 888 der Zivilprozessordnung eine Haft verhängt werden, wobei dies im gewissen Sinne eine ultima ratio darstellt, da zunächst Zwangsgelder zu verhängen sind; im übrigen dürfen alle diese Haftformen nicht länger als sechs Monate dauern.

Bei Verstößen gegen richterliche Anordnungen kann eine *Ordnungshaft* von einem Tag bis zu zwei Jahren verhängt werden; hierzu zählen Eidverweigerungen, Terminversäumnisse oder die Störung einer gerichtlichen Verhandlung. Auch das Strafverfahrensrecht kennt die *Erzwingungshaft*, wenn zum Beispiel Zeugenaussagen von nicht zeugnisverweigerungsberechtigten Personen erzwungen werden sollen. Es gibt die Maßnahme der *Auslieferungshaft* im Sinne der internationalen Rechtshilfe, wenn eine flüchtige Person wegen einer Straftat, die auch in Deutschland einen Straftatbestand darstellt, der Justiz eines anderen Staates überstellt werden soll. Die *Abschiebungshaft* im Sinne einer Verwaltungshaft zur Sicherung einer durchzuführenden Abschiebung ist davon zu unterscheiden, da es sich hier nicht um eine Haft in Zusammenhang mit dem Strafrecht handelt.

Einen eigenen Bereich stellen Verhaftungen im Zusammenhang strafrechtlicher Verfahren dar; ein dringend Tatverdächtiger kann so in *Untersuchungshaft* genommen werden, wozu jedoch ein konkreter Haftgrund im Sinne der Flucht- oder Verdunklungsgefahr (etwa die Gefahr der Vernichtung von Beweismitteln oder der Beeinflussung von Zeugen) bestehen muss. Ein anderer Grund wäre auch die Wiederholungsgefahr während des laufenden Verfahrens (hier insbesondere bei Taten gegen die sexuelle Selbstbestimmung). Prinzipiell ist bei der Verhängung auf die Verhältnismäßigkeit zu achten. In der Untersuchungshaft gilt die Unschuldsvermutung trotz des dringenden Tatverdachtes; um den Sinn der Untersuchungshaft zu erreichen, sind in der Regel allerdings in der Regel schärfere Haftbedingungen – zum Beispiel Abtrennung von anderen Inhaftierten

zur Unterbindung von Informationsweitergabe – vorherrschend als bei einem verurteilten Straftäter. Die Zeit der Untersuchungshaft wird meistens auf eine eventuell später verhängte Freiheitsstrafe angerechnet, und sie sollte maximal sechs Monate dauern (falls begründete Ausnahmen bestehen, kann nach Prüfung durch das zuständige Oberlandesgericht jedoch die Untersuchungshaft auch verlängert werden).

Im Sinne der *Hauptverhandlungshaft* kann eine Verhaftung auch stattfinden, um die Anwesenheit eines nicht in Untersuchungshaft sitzenden Angeklagten bei der Hauptverhandlung sicherzustellen (zum Verhandlungsablauf vgl. **II.3.3.a**), falls andere Maßnahmen wie die polizeiliche Vorführung nicht ausreichend erscheinen; im übrigen ist auch eine Verhaftung von Zeugen auf Grund eines Vorführhaftbefehles möglich. – Die neben der Untersuchungshaft häufigste Form ist jedoch die Strafhaft im Sinne einer zu vollziehenden *Freiheitsstrafe* oder einer *Ersatzfreiheitsstrafe* falls eine verhängte Geldstrafe nicht gezahlt werden kann oder die Zahlung verweigert wird. Sie ist sozusagen als Grundmuster der Haft in **Teil I** in ihrer Historiogenese skizziert worden, und nicht zuletzt ist immerhin ja auch an der Strafhaft, wie hier dargestellt, in der Strafprozessordnung herausgearbeitet worden, wann von Haftunfähigkeit auszugehen ist.

II.3.3 Verhandlungsfähigkeit als wichtiger Aspekt der Terminfähigkeit

Unter einem Gerichtsverfahren ist die Überprüfung eines Sachverhaltes und seiner Rechtsfolgen zu verstehen. Der bisweilen gebrauchte Begriff des Prozesses ist nicht mit dem Begriff des Verfahrens synonym; juristisch wird unter dem Prozess im Eigentlichen die anhängige Rechtsstreitigkeit selbst verstanden, das Verfahren ist dagegen gewissermaßen das in diesem Zusammenhang nach vorgegebenen Regeln ablaufende Geschehen. In der hier interessierenden strafrechtlichen Hinsicht ist das gesamte so genannte Erkenntnisverfahren in drei Abschnitte zu gliedern: Ermittlungsverfahren – Zwischenverfahren – Hauptverfahren; wobei das Hauptverfahren das Gerichtsverfahren im engeren Sinne ist, das in der Regel der Laie mit der Vorstellung eines Strafprozesses verbindet. Daran schließt sich das Vollstreckungsverfahren an, das bereits im Zusammenhang der Frage der Haftfähigkeit angeschnitten wurde (vgl. **II.3.2.a**). Mit Blick darauf, besser verstehen zu können, was die bei der im Rahmen der ärztlich zu prüfenden Terminfähigkeit besonders wichtige Verhandlungsfähigkeit ausmacht, sollen im Weiteren einige Zusammenhänge kurz erläuternd angeschnitten werden.

II.3.3.a Zum Ablauf eines Verfahrens

Das Ermittlungsverfahren hebt an, wenn Strafverfolgungsbehörden durch Anzeige oder durch ihre selbst gewonnenen Kenntnisse Anhalt für das Vorliegen einer Straftat haben. Die Rede ist hier von einem Anfangsverdacht, der auch als einfacher Verdacht bezeichnet wird (§ 152 StPO); er reicht aus, dass die behördlichen Organe nun ermitteln müssen. Federführend ist in dieser Phase die Staatsanwaltschaft; die dem Laien aus dem Krimigenre vertrauten polizeilichen Ermittler sind tatsächlich nur so genannte Ermittlungspersonen der Staatsanwaltschaft, wenn auch praktisch gesehen der Gang der Ermittlung zunächst von der konkreten polizeilichen Arbeit bestimmt wird. Die Polizei verfolgt ihre Ermittlungen bis zu einem bestimmten, von ihr als Abschluss eingeschätzten Punkt, woraufhin die Staatsanwaltschaft beurteilt, ob noch weiterer Ermittlungsbedarf besteht (so dass die Ermittlungen fortgesetzt werden müssen) oder ob die Ermittlungen tatsächlich als abge-

schlossen gelten können. Sind sie abgeschlossen, sichtet die Staatsanwaltschaft das gewonnene Material und entscheidet, ob aus dem anfänglich geäußerten einfachen Verdacht sich ein so genannter hinreichender Tatverdacht (§ 170 StPO) ergeben hat – andernfalls wird das Verfahren staatsanwaltschaftlicherseits eingestellt. Besteht jedoch ein hinreichender Tatverdacht, so bereitet die Staatsanwaltschaft eine Anklageschrift vor, die beim zuständigen Gericht einzureichen ist, wobei der Antrag auf Erlass eines Strafbefehls mit einhergeht.

Der Tatverdächtige wird bis hierhin als Beschuldigter bezeichnet, und im Zuge der ersten Ermittlungen stellt sich praktischerseits die Frage, ob *Vernehmungsfähigkeit* besteht, nämlich die auch für Zeugen wichtige Fähigkeit, in der Anhörung durch behördliche Organe erfassen zu können, welchen Sinn gestellte Fragen haben, und sie angemessen beantworten zu können. Diese Vernehmungsfähigkeit kann vorübergehend verloren gehen – häufiges Beispiel ist der Betrunkene oder der nach einem traumatischen Ereignis noch unter schwerer psychischer Belastung Stehende. Es kann jedoch auch dauerhafte Vernehmungsunfähigkeit bestehen zum Beispiel bei geistiger Behinderung oder schwerer Demenz. In der Arbeit der Ermittlungsbehörden stellt sich bezüglich der Vernehmungsfähigkeit die Frage, ob eine gewisse *Verstandesreife* anzunehmen ist, sie muss bei Kinder stets geprüft werden; problematisch ist die Lage bei offensichtlich aussagewilligen, aber noch nicht voll verstandesreifen Kindern – hier ist letztlich die Zustimmung des gesetzlichen Vertreters einzuholen [40]. Doch auch mit Blick auf zu vernehmende Erwachsene kann etwa bei kriminalpolizeilichen Beamten der Zweifel aufkommen, ob die Bedeutung der rechtlichen Belehrungen erfasst worden ist oder ob der Betreffende überhaupt eigenverantwortlich eine abgewogene Entscheidung zu treffen vermag [41]. Darauf zu achten, ist in erster Linie Aufgabe der Ermittlungsbeamten; in weniger klaren Fällen als beim Betrunkenen, dessen Vernehmung einfach aufgeschoben wird, kann fachlicher Rat im Sinne von Ärzten oder Psychologen eingeholt werden, es muss aber nicht wie beim Aspekt der Verhandlungsfähigkeit ein sachverständiger Gutachter hinzugezogen werden (vgl. II.1.3).

Ist schließlich die Anklage erhoben, beginnt das Zwischenverfahren. Nun hat das Gericht die von der Staatsanwaltschaft vorgelegte Anklageschrift auf ihre Stichhaltigkeit zu prüfen. Der Beschuldigte wird gemäß Paragraph 157 StPO zu einem *Angeschuldigten* und das Gericht vergewissert sich, ob der hinreichende Tatverdacht tatsächlich gegeben ist. Kommt es zu diesem Schluss, wird die Anklage zugelassen und das Hauptverfahren beginnt.

Im Hauptverfahren wird nun aus dem Angeschuldigten ein *Angeklagter*, und auf ihn bezieht sich die Frage der *Verhandlungsfähigkeit*. Bevor auf die nähere inhaltliche Bestimmung der Verhandlungsfähigkeit einzugehen ist, muss erst umrissen werden, was eigentlich die entsprechende Verhandlung, worauf sich diese Fähigkeit beziehen soll, ausmacht. Für die Hauptverhandlung, um die es dabei geht, gelten bestimmte Grundsätze wie etwa die Mündlichkeit, was bedeutet, dass lediglich der in der Hauptverhandlung mündlich vorgetragene und mündlich erörterte Prozessstoff dem Urteil zu Grunde gelegt werden darf [42]; der Angeklagte muss in diesem Zusammenhang fähig sein, den Abläufen folgen zu können.

In Deutschland ist prinzipiell vorgesehen, dass die Hauptverhandlung in Anwesenheit des Angeklagten stattfindet. So bestimmt etwa Absatz 1 des Paragraphen 230 der

Strafprozessordnung beinahe lakonisch für den Falle des Ausbleibens eines Angeklagten: „Gegen einen ausgebliebenen Angeklagten findet eine Hauptverhandlung nicht statt.“ Um so mehr ist damit auch die Frage der Verhandlungsfähigkeit bei erkrankten Angeklagten immer auch die Frage, ob *überhaupt* verhandelt werden kann. Anders als zum Beispiel in Frankreich kann die Verhandlung in Abwesenheit des Angeklagten gar nicht regulär geführt werden, wenn auch die Strafprozessordnung von der Regel abweichende Ausnahmen vorsieht, die hier nicht näher dargestellt werden sollen. Eine dieser Ausnahmen ist auch die erst in neuerer Zeit im Paragraphen 231a StPO hinzugefügte Bestimmung über die selbstverschuldete Verhandlungsunfähigkeit. Damit keine Prozessverschleppung betrieben werden kann, ist die Verhandlung in Abwesenheit eines Angeklagten, der sich selbst mutwillig gesundheitlich geschädigt hat, zulässig. Es liegt auf der Hand, dass zur Einschätzung einer solchen Sachlage ein gerichtsärztliches Gutachten von höchster Relevanz ist.

Die Hauptverhandlung gliedert sich ausdrücklich in festgelegte Abschnitte, die hier nun (in vereinfachter Weise!) kurz referiert werden sollen vor dem Hintergrund, dass der Angeklagte ihnen jeweils folgen können muss, soll er verhandlungsfähig sein: Zuerst erfolgt der Aufruf zur Sache durch den vorsitzenden Richter, der die Sitzung so eröffnet und die Anwesenheit aller Verfahrensbeteiligter feststellt sowie Zeugen über ihre Wahrheitspflicht belehrt. Es folgt, nachdem die Zeugen zum Warten den Saal verlassen haben, die Vernehmung zur Person des Angeklagten, wobei neben seiner Identität nun auch ausdrücklich die Tatsache seiner Verhandlungsfähigkeit festgestellt werden muss. Als drittes verliest der Staatsanwalt den so genannten Anklagesatz, wobei allerdings das Gericht zuvor bereits im Eröffnungsbeschluss zur Hauptverhandlung diese Anklage zugelassen hat (sonst wäre es gar nicht erst zur Verhandlung gekommen; das Prinzip der Mündlichkeit erfordert allerdings die Verlesung). Nun folgt als vierter Punkt die Vernehmung des Angeklagten zur Sache, nachdem er ausdrücklich über sein Schweigerecht belehrt worden ist.

Der längste Teil der Hauptverhandlung folgt mit der Beweisaufnahme; hier muss das Gericht umfassend den Sachverhalt zu erforschen versuchen, worin das „Erbe“ des alten Inquisitionsprozesses (vgl. I.4.4) zu sehen ist. Die Beweisaufnahme wird im deutschen Strafrecht vom vorsitzenden Richter durchgeführt, er legt das so genannte Beweisprogramm fest und befragt die Zeugen und gegebenenfalls die Sachverständigen. Als Beweismittel sind im so genannten Strengbeweisverfahren nur fünf Momente zulässig: Augenschein, Sachverständige, Urkunden, Zeugen und die Einlassungen des Angeklagten. Über gestellte Beweisanträge entscheidet das Gericht, und erst nachdem der vorsitzende Richter seine Fragen gestellt hat, gibt er das Fragerecht an die anderen Verfahrensbeteiligten wie den Staatsanwalt, den Verteidiger aber auch den Angeklagten selbst weiter, wobei er unangemessene Fragen dieser Prozessbeteiligten zurückweisen darf.

Der Abschluss der Beweisaufnahme kann unter Umständen erst nach längerer Verhandlungszeit erfolgen, ist sie abgeschlossen, folgen die so genannten Schlussvorträge. Der Staatsanwalt beginnt mit seinem Plädoyer und seinem Antrag, denen sich das Plädoyer und der Antrag der Verteidigung anschließen. Sodann steht dem Angeklagten das letzte Wort zu, worauf die Beratung des Gerichtes stattfindet. Ist bis auf bestimmte wohl begründete Ausnahmen die Hauptverhandlung öffentlich (vgl. I.4.4), so ziehen sich Richter und Beisitzende zur geheimen Urteilsberatung jedoch aus der Öffentlichkeit zurück.

In der Hauptverhandlung muss die zu verhandelnde Sache entweder endgültig aufgeklärt worden sein oder aber der Angeklagte ist frei zu sprechen. Ist das Gericht zu seinem Schluss gekommen, so verliest der vorsitzende Richter wiederum öffentlich den Urteilspruch und begründet mündlich dieses Urteil. Konnte das Gericht sich ein umfassendes Bild von dem, was passiert ist, machen und hat eine Verurteilung des Angeklagten stattgefunden, ist vor dem Schluss der Sitzung eine Rechtsmittelbelehrung über Berufung und Revision zu erteilen.

II.3.3.b Verhandlungsfähigkeit als Verfahrensfähigkeit des Angeklagten

Soweit in groben Zügen das recht komplexe Verfahren, dem ein Angeklagter jederzeit folgen können muss, soll seine Verhandlungsfähigkeit gegeben sein. Damit umfasst die Verhandlungsfähigkeit zwei große Bereiche; einerseits umfasst sie gewissermaßen das, was auch die Vernehmungsfähigkeit ausmacht, nämlich gewisse „psychische Mindestqualitäten“ [43], um geistig erfassen zu können, was von einem gefordert wird, und um adäquat einen Beitrag zum Fortgang der Verhandlung leisten zu können. Die Verhandlungsfähigkeit umfasst aber auch eine ausreichende Gesundheit und Beanspruchbarkeit [44], um im psychophysischen Sinn den Belastungen einer gegen sich gerichteten Verhandlung standhalten zu können; eine Belastungssituation, der die nicht angeklagten Verfahrensbeteiligten wie Zeugen oder neutrale Sachverständige so nicht ausgesetzt sind.

Ein Betroffener kann sehr wohl fähig sein, dem Verfahren geistig angemessen zu folgen und sich aktiv einzubringen, aber neben diesem einen Aspekt der Verhandlungsfähigkeit kann auch noch auf sozusagen anderer Ebene ein die momentane verstandesmäßige Verfassung gar nicht beeinträchtigendes gesundheitliches Gefährdungspotential bestehen. – Ein Angeklagter mit Neigung zu gefährlichen Blutdruckentgleisungen kann etwa eine hypertensive Krise im Zuge der Belastung erleiden. Ist dem Angeklagten – vor dem Hintergrund, dass ja ein hinreichender Tatverdacht bis zur Eröffnung des Hauptverfahrens sich erhärten ließ – zuzumuten, einer belastenden Gerichtsverhandlung ausgesetzt zu werden, so darf daraus jedoch keine ernstliche Gefährdung für sein Leben beziehungsweise ein zu erwartender bleibender Gesundheitsschaden erwachsen. Diese die Gesundheit betreffende Erwägung hat nicht nur mit dem strafrechtlichen Konzept der Verhandlungsfähigkeit zu tun, vielmehr verletzte in diesem Fall die Durchführung des Verfahrens den Betroffenen auch in seinen nach Artikel 2, Absatz 2 des Grundgesetzes garantierten Grundrechten [45].

Aus Sicht der Strafprozessordnung sind bezüglich einer gehinderten Durchführung der Verhandlung mehrere Momente zu beachten. So können so genannte *Prozesshindernisse* eintreten, die nur eine einstweilige Einstellung zur Folge haben [46]. Die so genannten *Verfahrenshindernisse*, von denen die Zulässigkeit des Verfahrens im Ganzen abhängt, vereiteln dagegen die Durchführung des Verfahrens an sich. Sind sie schon vor Eröffnung des Hauptverfahrens bekannt, kommt es erst gar nicht zur Eröffnung, stellen sie sich in der laufenden Hauptverhandlung heraus, ist das Verfahren gemäß Paragraph 206 StPO einzustellen. Gar nicht erst eröffnet werden kann eine Hauptverhandlung zum Beispiel, wenn ein Beschuldigter strafunmündig im Sinne des Strafgesetzbuches ist (vgl. § 19 StGB). Ebenso ist der Tod des Beschuldigten oder des Angeschuldigten, wenn bereits das Zwischenverfahren läuft, ein Verfahrenshindernis (der fragliche Sachverhalt wird dann unter Umständen nie aufgeklärt), wie auch die zuvor erwähnte durch die Verhandlung zu erwartende erhebliche Gesundheitsgefährdung ein Verfahrenshindernis darstellt. Die

dauernde Verhandlungsunfähigkeit des Beschuldigten ist in dieser Hinsicht, wie zum Beispiel die Immunität eines Abgeordneten, ein so genanntes *im Beschuldigten liegendes* Verfahrenshindernis, so dass, wie zuvor umrissen, keine Hauptverhandlung eröffnet werden kann. Mit der Auswirkung einer zeitweiligen Einstellung wirkt im Sinne eines vorübergehenden Prozesshindernisses die nur passagere Verhandlungsunfähigkeit (vgl. § 205 StPO); hier kann auf die Wiederherstellung gewartet werden, etwa bis zum Abschluss einer laufenden medizinischen Behandlung. Eine solche vorübergehende Verhandlungsunfähigkeit kann verständlicherweise jederzeit auch bei einem Angeklagten in schon laufender Hauptverhandlung eintreten, wenn er erkrankt – in diesem Falle wird die Verhandlung unterbrochen bis zur Gesundung.

Im Sinne der Strafprozessordnung ist unter dem oben genannten „geistigen“ Aspekt der Verhandlungsfähigkeit zu verstehen, dass der Betroffene in der Lage sein muss, seine Interessen innerhalb und auch außerhalb der Verhandlung vernünftig wahrzunehmen, die Verteidigung muss darauf fußend in verständiger Weise zu führen sein und der Betroffene muss fähig sein, Prozessklärungen abzugeben und entgegenzunehmen [47]. Ausdrücklich betont wird, dass der Betroffene dazu keineswegs geschäftsfähig im Sinne des Zivilrechtes zu sein hat; die Strafprozessordnung geht bei erwachsenen Personen grundsätzlich von Verhandlungsfähigkeit aus und sieht einen dauernden Ausschluss in der Regel nur bei sehr schweren geistigen, seelischen oder körperlichen Mängeln gegeben [48]. Eine an sich ungefährliche, aber momentan heftig verlaufende Erkrankung wie ein grippaler Infekt kann sehr wohl vorübergehend zur Verhandlungsunfähigkeit führen, während ein gewissermaßen „ernstes“ chronisches Leiden die Verhandlungsfähigkeit nicht beeinträchtigen muss.

Zu betonen ist überhaupt, dass an die Verhandlungsfähigkeit in verschiedenen Abschnitten des Verfahrens unterschiedliche Anforderungen gestellt werden. In der Hauptverhandlung mit ihrem oben skizzierten komplexen Geschehen ist ein hohes Maß anzulegen, während es in einem Revisionsverfahren ausreicht, wenn der Betroffene zu erfassen fähig ist, welche Bedeutung die Revision für ihn erlangen kann. Er sollte so mit seinem Verteidiger eine Grundübereinkunft bezüglich der Fortführung oder der Zurücknahme dieses Rechtsmittels treffen können, braucht jedoch nicht mehr wie zuvor in der Hauptverhandlung jederzeit den Abläufen folgen zu können [49]. In einem so genannten Sicherungsverfahren, bei dem die Staatsanwaltschaft den Antrag stellt, einen schuldunfähigen Straftäter gemäß Paragraph 61 des Strafgesetzbuches in einer psychiatrischen Einrichtung unterzubringen, spielen die zuvor genannten Aspekte der Verhandlungsfähigkeit des Betroffenen keine Rolle [50], vielmehr ist ein solches Sicherungsverfahren ja gerade ein vorgesehener Weg, bei einem gefährlichen, da zur Wiederholung neigenden Straftäter, bei dem wegen dauernder Verhandlungsunfähigkeit aber keine Verhandlung und somit Verurteilung stattfinden kann, Maßregeln der Besserung und Sicherung nach Paragraph 413 der Strafprozessordnung anzuordnen.

Der Begriff der Verhandlungsfähigkeit ist, wie dargestellt, von seinem inhaltlichen Zuschnitt recht eng gefasst und auf die Person eines Angeklagten im Strafrecht bezogen. Er gehört gewissermaßen in eine größere „Begriffsfamilie“ rund um die Verfahrensfähigkeit, mithin jene Eigenschaften, die in Zusammenhang mit der Frage, inwieweit gerichtliche Verfahren durchführbar sind, stehen. Im Zivilrecht ist der Kernpunkt die *Prozessfähigkeit*. Gemäß der Bestimmung der Zivilprozessordnung gilt als fähig, in einem zivilrecht-

lichen Verfahren Erklärungen abzugeben, Anträge zu stellen und Rechtsmittel einzulegen, wer geschäftsfähig ist. Die uneingeschränkte Geschäftsfähigkeit wird regulär mit der Vollendung des 18. Lebensjahres erlangt, auf die detaillierten Regelungen der beschränkten Geschäftsfähigkeit von Minderjährigen, der Teilgeschäftsfähigkeit im Gegensatz zur relativen Geschäftsfähigkeit sowie der Geschäftsunfähigkeit und der Regelung einer Betreuung ist hier nicht näher einzugehen. Bedeutsam ist an dieser Stelle, dass im zivilrechtlichen Zusammenhang grundsätzlich als prozessfähig gilt, wer geschäftsfähig ist [51]. So entsteht im Zusammenhang mit einem zivilrechtlichen Verfahren beim Gericht nicht die Situation wie im Strafverfahren, dass – oft ad hoc im laufenden Verfahren – eine eigens anzustellende gutachterliche Einschätzung der gesundheitlichen Situation des Angeklagten notwendig wird, um die Verfahrensfähigkeit beurteilen zu können. Liegt entsprechend Geschäftsfähigkeit vor, so ist der Betroffene auch prozessfähig und eine gesundheitliche Störung, die diese Geschäftsfähigkeit nicht weiter berührt, kann damit nicht zum Prozesshindernis werden wie bei einem Angeklagten in der strafrechtlichen Hauptverhandlung hinsichtlich der Verhandlungsfähigkeit. – Von daher spielt für die gerichtsärztliche Arbeit mit Blick auf die Untersuchung Angeklagter im gerichtlichen Auftrag die Prüfung der zivilrechtlichen Prozessfähigkeit keine Rolle.

II.3.3.c Weitere Aspekte der so genannten Terminfähigkeit

Der Angeklagte ist nicht der einzige Verfahrensbeteiligte, und selbstverständlich können auch Zeugen und Sachverständige durch gesundheitliche Probleme gehindert werden an einer Verhandlung teilzunehmen. Die Fähigkeit von Verfahrensbeteiligten einerseits vor Ort im Gericht erscheinen zu können und auch nach den entsprechenden Maßgaben an der Verhandlung teilzunehmen, fällt allgemein unter den Oberbegriff der *Terminfähigkeit* [52]. Die Terminfähigkeit schlüsselt sich weiter auf nach der Fähigkeit, den Ort der Verhandlung aufzusuchen, wobei unter *Reisefähigkeit* verstanden wird, alleine oder in Begleitung erscheinen zu können, während von *Transportfähigkeit* gesprochen wird, wenn der Betroffene nicht reisefähig ist, aber entsprechend unter den Bedingungen eines Krankentransportes zur Gerichtsstelle gebracht werden kann (hierzu sind auch die Aspekte der lokalen Ausstattung wie zum Beispiel die Geeignetheit des Gebäudes für Rollstuhlfahrer einzubeziehen). Bisweilen werden Verfahrensbeteiligte von einem Gericht geladen, wobei die Fähigkeit der angemessenen Teilnahme an der Verhandlung im Gerichtssaal außer Frage steht. Steht dann die Terminfähigkeit in Zweifel, weil der Betroffene meint, nicht anreisen zu können, so wird beim gerichtsärztlichen Gutachter nicht gewissermaßen die „komplette“ Prüfung der Terminfähigkeit im Sinne der Untersuchung auf Verhandlungs- und Reisefähigkeit angefordert, sondern nur die gezielte Prüfung der Reisefähigkeit. – Auch im Untersuchungsgut des Hamburger Gerichtsärztlichen Dienstes finden sich solche bloßen Prüfungen eines Teilaspektes der Terminfähigkeit (vgl. **IV.2.3.b**).

Davon zu unterscheiden sind jene ärztlichen Untersuchungen auf Reisefähigkeit, wenn im Rahmen einer bevorstehenden Abschiebung bei einem Betroffenen fraglich ist, ob sein gesundheitlicher Zustand die Belastung der Reise zulasse. Hier ist oft im engeren Sinne die Frage der Flugreisefähigkeit zu stellen, wenn etwa bei einer Anämie der geringe Gehalt des sauerstoffbindenden roten Blutfarbstoffes eine erhebliche Gefährdung bei möglichen Veränderungen der Atemluft im Flugzeug darstellen könnte. Für die in **Teil IV** dargestellte gerichtsärztliche Arbeit spielen diese Reisefähigkeitsprüfungen jedoch nur eine geringe Rolle, insofern regelhaft die ärztliche Untersuchung Abzuschiebender

nicht zu den gerichtsärztlichen Aufgaben gehört (die Untersuchung dieser Personen fällt nicht in den Aufgabenbereich des Gerichtsärztlichen Dienstes, da sie in der Regel verwaltungsrechtlich in Abschiebungshaft genommen worden sind). Im hier untersuchten Zeitraum war lediglich einmal 1999 durch den am Hamburger Flughafen zuständigen Bundesgrenzschutz eine derartige Untersuchung angefragt worden; gegen 17:00 Uhr war unvermittelt eine abzuschiebende türkische Frau auf ihre Reisefähigkeit hin zu untersuchen, wobei der Eile wegen (die Untersuchung musste des bevorstehenden Fluges wegen bis spätestens 19:00 Uhr erfolgt sein) der auf rasche Untersuchungen vor Ort eingerichtete Gerichtsärztliche Dienst in Anspruch genommen wurde.

Allerdings kommt es in kleiner Zahl sehr wohl während noch laufender Verhandlung in Asylsachen bezüglich einer möglichen späteren Abschiebung zu Reisefähigkeitsuntersuchungen durch den gerichtsärztlichen Dienst. Im Jahr 1998 wurde so zum Beispiel ein 40-jähriger aus Ägypten stammender Mann in verwaltungsgerichtlichem Auftrag bezüglich seiner Reisefähigkeit begutachtet, da der Mann eine Gehbehinderung aufwies, die jedoch keinen Einfluss auf seine Flugreisefähigkeit hatte [53].

Die Fähigkeit, den Anforderungen der Verhandlung gerecht zu werden, die neben Reise- und Transportfähigkeit zum Ort der Verhandlung auch die Terminfähigkeit ausmacht, gliedert sich auf in die *Verhandlungsfähigkeit*, was den Angeklagten angeht, und, was andere Beteiligte wie Zeugen oder Sachverständige betrifft, in die *Vernehmungsfähigkeit*, die auch in anderen Zusammenhängen als nur der Hauptverhandlung eine Rolle spielt (im Ermittlungsverfahren interessiert, wie oben angedeutet, auch hinsichtlich des Angeeschuldigten seine Vernehmungsfähigkeit).

Beide Begriffe sind hier vorgestellt worden, was ihre theoretische Inhaltsfüllung als juristische Fachwörter betrifft. Schaut man auf den juristischen Alltag, so zeigt sich, dass der Begriff der *Verhandlungsfähigkeit* jedoch im Usus der Kommunikation eine viel weitere Füllung erfahren hat. Stets nämlich, wenn die Frage auftaucht, ob eine Verhandlung hinsichtlich des gesundheitlichen Zustandes eines Verfahrensbeteiligten möglich sei oder unterbleiben müsse, ist die Rede von Verhandlungsfähigkeit, gleichgültig, ob der gesundheitlich Eingeschränkte der Angeklagte oder, wie häufig, ein Zeuge ist. – In diesem Sinne wird, wie die Auswertung der entsprechenden Unterlagen zeigt, im Sekretariat des Hamburger Gerichtsärztlichen Dienstes regelhaft um die Untersuchung von Zeugen auf ihre Verhandlungsfähigkeit nachgefragt (vgl. IV.0). Ebenso findet sich bisweilen der Fall, dass die Durchführung der Hauptverhandlung wegen der Krankmeldung eines Schöffen fraglich ist und der zuständige Richter um gerichtsärztliche Untersuchung bittet, ob in der Tat ein Prozesshindernis vorliege. Gibt es bezüglich des Zeugen durchaus den Terminus der fraglichen Vernehmungsfähigkeit, der verwendet werden könnte, so stellt sich die Frage, welcher Ausdruck im Fall eines Beisitzenden zu gebrauchen sei. In einem Fall war auch die fragliche Erkrankung des Rechtsanwaltes eines Angeklagten Ursache für eine gerichtsärztliche Prüfung. – Der sprachliche Alltag bei Gericht hat auf diese vielfältigen Situationen reagiert, indem kurzerhand und verständlich stets von einer zu prüfenden *Verhandlungsfähigkeit* die Rede ist, wenn die Durchführung einer Verhandlung wegen gesundheitlicher Aspekte eines der Beteiligten in Frage steht. Und selbst in zivilrechtlichen Zusammenhängen ist so regelmäßig die Rede von Verhandlungsfähigkeit eines Beklagten oder Klägers.

Fernab, wie der berüchtigte Kritiker Beckmesser auf die punktgenaue Einhaltung der Definitionen zu drängen, soll in Übernahme der sprachlichen Gepflogenheiten auch

hier beim in **Teil IV** analysierten gerichtsärztlichen Material der Begriff der Verhandlungsfähigkeit in diesem üblich gewordenen weiteren Sinn gefasst werden. Es ist jedoch festzustellen, dass neben dieser sozusagen plausiblen Ausweitung des Begriffes der Verhandlungsfähigkeit auf parallel zum Angeklagten zu wertende Krankheitsfälle anderer Verfahrensbeteiligter der Ausdruck häufig mit Bezug auf den Angeklagten schlicht fälschlich Verwendung findet. Es wird dann etwa die in Frage stehende Schuldfähigkeit im forensisch-psychiatrischen Sinn als ein Problem der Verhandlungsfähigkeit angesehen und eine entsprechende Prüfung durch den Gerichtsärztlichen Dienst veranlasst. Hierin ist nicht angemessen gelockerter sprachlicher Umgang zu sehen, sondern das Zeichen von begrifflicher Unklarheit; der Abschnitt **IV.2.3** geht in **Teil IV** auf diese Problematik in Zusammenhang mit verkannten forensisch-psychiatrischen Problematiken näher ein.

II.3.4 Arbeitsfähigkeit als gerichtsärztliche Aufgabe

Im Gegensatz zum Begriff der Haftfähigkeit und der Verhandlungsfähigkeit besitzt der Ausdruck „Arbeitsfähigkeit“ für das Ohr des juristischen Laien keinen eigentypischen Klang aus dem Bereich der Justiz. In der Tat findet sich der Begriff auch in den allgemein vertrauten Zusammenhängen, wenn ein Arbeitnehmer sich von seinem Arzt „krank schreiben“ lässt, und der Arzt hierzu eine so genannte Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung mit der bekannten Zweiteilung für Arbeitgeber und Krankenversicherungsträger ausstellt. Die an dieser Stelle zu thematisierende *gerichtsärztliche* Prüfung der Arbeitsfähigkeit, die Untersuchung eines Probanden auf seine Arbeitsfähigkeit durch einen Amts- oder Gerichtsarzt im Auftrag eines Gerichtes, ist von diesem Ausstellen einer „AU“ im Alltag durch den Hausarzt deutlich zu unterscheiden. Es geht wie bei der Frage nach der Haft- oder Terminfähigkeit um eine im Rahmen einer juristischen Entscheidung, die von Gericht oder Strafvollstreckungsbehörde zu treffen ist, nötige Beurteilung eines gesundheitlichen Zustandes.

So spezifizieren zum Beispiel die in Abschnitt **I.3.1** bereits exemplarisch erwähnten Gesundheitsämter in der Darstellung ihrer angebotenen Leistungen, wohl um Verwechslungen vorzubeugen, häufig den Begriff der Arbeitsfähigkeit mit weiteren Angaben. Beim Amtsärztlichen Dienst des Rhein-Neckar-Kreises in Heidelberg heißt es etwa „Arbeitsfähigkeit (Auftrag von Familiengerichten)“ [54]; der Amtsärztliche Dienst der Region Hannover fügt dem Unterpunkt „gerichtsärztliche Begutachtung bei Arbeitsfähigkeit“ als Hinweis das Stichwort „Unterhalt“ bei [55]. – Damit ist bereits der häufigste Fall einer gerichtsärztlichen Arbeitsfähigkeitsprüfung genannt: Die Untersuchung in familienrechtlichen Zusammenhängen mit Blick auf gerichtlich zu regelnde Unterhaltsfragen. Wie das in **Teil IV** näher auszuwertende gutachtliche Material des Hamburger Gerichtsärztlichen Dienstes zeigt, gibt es jedoch, wenn auch selten, strafrechtliche Fälle, in denen es um im richterlichen Auftrag zu prüfende Arbeitsfähigkeit geht, und zwar sowohl in Zusammenhang mit Unterhaltsfragen wie auch in Fragen einer Strafvollstreckung.

Einer näheren Erläuterung an dieser Stelle soll vorausgeschickt werden, dass der im Material dieser Studie dokumentierte zahlenmäßige Umfang der gerichtsärztlichen Prüfungen auf Arbeitsfähigkeit zur Gegenwart hin derart abgenommen hat, dass es sich nur noch um einen marginalen Aspekt gerichtsärztlicher Tätigkeit handelt (vgl. **IV.2.2.d**). Im Gegensatz dazu nimmt vor allem die Untersuchung auf Verhandlungsfähigkeit, trotz eines Rückgangs ihrer zahlenmäßigen Häufigkeit, Raum in der Arbeit der Gerichtsärzte

ein. Während daher der juristische Begriff der Verhandlungsfähigkeit hier einleitend in seiner theoretischen Füllung ausführlicher darzustellen war, soll daher der Aspekt der Arbeitsfähigkeitsprüfungen an dieser Stelle vorausgreifend auf den **Teil IV** nur durch einige Schilderungen von dokumentierten Fällen illustriert werden. Schlaglichtartig wird so zumindest die Palette möglicher Ausprägungen, in denen die Untersuchung der Arbeitsfähigkeit gerichtlicherseits angefordert werden kann, durch Beispiele aus dem Hamburger Gerichtsärztlichen Dienstes beleuchtet.

Unter den in Abschnitt **IV.4.2.d** näher ausgewerteten Untersuchungsfällen findet sich als typischer Fall aus dem Jahr 1995 zum Beispiel die Untersuchung eines 33-jährigen Mannes im Auftrag des auswärtigen Familiengerichtes am Amtsgericht Gifhorn [56]; in diesem für *zivilrechtliche* Belange charakteristischen Fall sollte geprüft werden, inwieweit der Mann mit Blick auf zu leistenden Unterhalt überhaupt arbeitsfähig sei. Die Untersuchung ergab, dass der 33-Jährige in der Tat bei einer degenerativen Wirbelsäulenerkrankung, die ihm das Heben von Lasten über 10 Kilogramm Gewicht unmöglich machte, sowie bei der arbeitsmedizinischen Auflage, nicht Zugluft, Nässe und Kälte ausgesetzt zu werden, dauernd als in seiner Arbeitsfähigkeit beschränkt anzusehen sei, was seine bisherige Tätigkeit betraf. Im Übrigen blieb der Aspekt einer Umschulung auf eine geeignetere berufliche Tätigkeit, die ihn wieder voll arbeitsfähig machen könnte, von der Fragestellung des Gutachtens unberührt.

Im zivilrechtlichen Verfahren bezüglich zu regelnden Unterhaltes muss eine Arbeitsfähigkeitsuntersuchung sich jedoch nicht immer auf die Person beziehen, an die der Unterhaltsanspruch sich richtet. 1995 wurde vom Hamburger Gerichtsärztlichen Dienst zum Beispiel für das Familiengericht am Amtsgericht Stolzenau eine Klägerin untersucht [57], die auf Unterhaltszahlung durch den ehemaligen Lebensgefährten drang. Die 43-jährige Frau machte geltend, dass sie aus gesundheitlichen Gründen aktuell nicht mehr zu einer Vollzeitbeschäftigung fähig sei, so dass sich die Unterhaltssituation grundlegend verändert habe. Der Frau war tatsächlich zu bescheinigen, dass sie auf Grund einer objektivierbaren psychosomatischen Problematik ihren bisherigen Beruf nur noch halbtags auszuüben in der Lage war; diese gerichtsärztliche Stellungnahme konnte sodann das Gericht hinsichtlich seiner Bewertung des geltend gemachten Unterhaltsanspruches zu Grunde legen.

Im selben Jahr 1995 trat auch die *strafrechtliche* Variante der familienrechtlichen Konstellation einer fraglichen Arbeitsfähigkeit in Erscheinung [58]: Ein 52-jähriger Hamburger sollte im amtsgerichtlichen Auftrag auf Arbeitsfähigkeit untersucht werden, insofern er in Verdacht stand, sich einer Unterhaltspflichtverletzung schuldig zu machen, die nach Paragraph 170 des Strafgesetzbuches mit Freiheitsstrafe bis zu drei, in schweren Fällen (wenn dadurch eine Schwangere zum Schwangerschaftsabbruch gedrängt wird) sogar bis zu fünf Jahren bestraft werden kann. Der Mann, der nach vorangegangenen zivilrechtlichen Verfahren nämlich hätte Unterhalt leisten sollen, unterließ dies mit dem Hinweis, aus Gesundheitsgründen kein Geld verdienen zu können. Weil er der Ladung zur Untersuchung in der gerichtsärztlichen Dienststelle nicht nachgekommen war, wurde er auf richterliche Anordnung dort polizeilich vorgeführt und erwies sich im Übrigen als gesundheitlich unauffälliger, ohne Einschränkung arbeitsfähiger Mann...

Im Jahr 2001 war im *strafrechtlichen* Zusammenhang eine Untersuchung auf Arbeitsfähigkeit durchzuführen, die allerdings weder im üblichen unterhaltsrechtlichen Kontext noch überhaupt mit zivilrechtlichen Fragen im Zusammenhang stand. Die

Staatsanwaltschaft Lübeck beim Landgericht Lübeck ließ als für Strafvollstreckung zuständige Behörde vielmehr einen 56-jährigen Mann auf seine Arbeitsfähigkeit untersuchen, insofern dieser die Ableistung einiger Stunden landschaftsgärtnerische Arbeit im Außenbereich verweigerte, die ihm vom Gericht in seiner Verurteilung als Strafe auferlegt worden waren. Tatsächlich konnte festgestellt werden, dass der Mann ärztlicherseits als dauernd beschränkt hinsichtlich schwerer körperlicher Belastungen anzusehen war, was ihn für diese Art der Strafe ungeeignet machte [59].

Doch auch die zuvor erwähnten, jedem Arbeitnehmer bekannten Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen durch niedergelassene Ärzte spielen bisweilen eine Rolle in der gutachterlichen Tätigkeit des Gerichtsärztlichen Dienstes. Im Jahre 1997 war im Auftrag des Landgerichtes Hamburg ein 47-jähriger Mann im Zuge einer Ermittlung nicht selbst, sondern retrospektiv ein auf ihn ausgestelltes ärztliches Attest vor dem Hintergrund einer fraglichen Arbeitsfähigkeit zu beurteilen [60]. Der Mann hatte bei einem Zustand nach einer Operation im Kniebereich wegen einer so genannten Baker-Zyste ein ärztliches Attest bezüglich seiner Arbeitsunfähigkeit aufgewiesen; ihm war demnach die für ihn beruflich nötige stehende Tätigkeit zumindest eine Zeitlang nicht möglich gewesen. Es lagen nun Berichte vor, dass er in der fraglichen Zeit einen Restaurationsbetrieb nicht nur betrieben, sondern – die freien Tage der „Krankschreibung“ nutzend – auch umgebaut habe. Retrospektive Beurteilungen über das angebliche Vorliegen einer wieder verschwundenen gesundheitlichen Störung stellen den ärztlichen Gutachter häufig vor die große Schwierigkeit, dass die Behauptung einer vormaligen Einschränkung nicht sicher zu widerlegen ist. Der Frage des Gerichtes nachkommend, konnte jedoch in diesem Fall bestätigt werden, dass sich eine Tätigkeit wie die beobachtete in dem gastronomischen Betrieb nicht mit der vom Arzt ausgestellten Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vereinbaren lasse. – Es hat sich hier, wie in anderen Fällen, nicht um eine Untersuchung des körperlichen Zustandes eines Probanden gehandelt, sondern um eine gerichtsärztliche Stellungnahme bezüglich des Problems fraglicher Arbeitsfähigkeit mit Blick auf zu beurteilendes Attestmaterial. Eine Darstellung und Auswertung der entsprechenden von 1995 bis 2004 vom Gerichtsärztlichen Dienst geleisteten gutachterlichen Tätigkeiten bietet der Abschnitt **IV.3.3.d**.

TEIL III – Literarische Erkundungen

Handreichungen zur gerichtsärztlichen Praxis: Die Thematik insbesondere der Haft- und Terminfähigkeit ferner auch der Arbeitsfähigkeit und ihre Berücksichtigung im rechtsmedizinischen Schrifttum

„Bei der Ausarbeitung dieses Lehrbuchs habe ich den Zweck vor Augen gehabt, nicht nur ein zum Behufe akademischer Vorlesungen brauchbares, sondern auch dem gerichtlichen Ärzte und Criminalisten nützlich Werk zu liefern.“

Adolph Henke in einem Vorwort von 1812

III.0 Einführung in den Teil III

Die Medizin in Abhebung zur Erfahrungsheilkunde speist nicht zuletzt einen Großteil ihres Selbstverständnisses daraus, nicht oder jedenfalls nicht nur Kunstfertigkeit – im Sinne der griechischen *téchne* – zu sein, sondern ein gelehrtes Fach. Als Disziplin gehört sie fest zum alten abendländischen Kanon der Wissenschaften und neben der Theologie und der Jurisprudenz ist die Medizin im Mittelalter eine der drei oberen Fakultäten an den sich herausbildenden Universitäten im Gegensatz zu den so genannten niederen, den Artistenfakultäten, in denen kunstfertiges Wissen wie Sprachfertigkeit in der Rhetorik und Grammatik oder das Weltwissen in der Philosophie gelehrt wurde [1]. Der Vertreter der Medizin ist im Gegensatz zum handwerklichen Könnler, dessen Fähigkeiten keineswegs geschmälert sein sollen, ein Gelehrter, ein *homo doctus* – und dieser Titel des Doktors wurde im allgemeinen Sprachgebrauch sogar zum Synonym für den Arzt an sich.

Von daher wundert es nicht, dass in jeder medizinischen Profession und Sparte die literarische Tätigkeit elementar mit dazu gehört. Jede Fachrichtung gewinnt früher oder später ehrfürchtig zumeist nur noch beim Namen ihres Autors genannten Standardwerke – in der Geburtshilfe ist es etwa „der Pschyrembel“, der unverwüstliche, wie **Bernd Brinkmann** anerkennend anmerkt [2], die Innere Medizin kennt international „den Harrison“ und dergleichen mehr. Autoren geben mit ihrer literarischen Arbeit ihrem Fach Profil und profilieren sich dabei freilich auch selbst. Noch heute gilt im akademischen Ringen um Posten und Positionen mit der sprachlich modern gewandeten Parole des „publish or perish“ wie zur Zeit der mit der Schreibfeder ausgefochtenen Argumentationskriege früherer Epochen die publikatorische Potenz als Herz- und Nierenstück wissenschaftlicher Tätigkeit.

Manchen Disziplinen in der Medizin wird dabei eine größere Nähe zum Literarischen nachgesagt als anderen; unzweifelhaft gilt das wohl für die Psychiatrie, die zumindest in der Ausprägung ihrer verstehend ausgerichteten Ansätze im sprachlichen Umgreifen des Interessengegenstandes mit einem geisteswissenschaftlichen Impetus mehr sieht als die

bloße Mitteilung bestimmter fachlicher Informationen. Doch auch die Gerichtliche Medizin hat ihren nicht unwichtigen Platz in der Literaturgeschichte der Medizin seit der frühen Neuzeit. – Dabei ist weniger an die wohl zuerst in den Sinn kommenden klassischen Buchwerke der *medicina forensis* zu denken, die bereits früh neben die Klassiker aus Anatomie, Wundarzneikunde und andere der alten „Urfächer“ treten. Der in **Teil I** schon erwähnte *Fortunato Fidelis* schuf als Arzt in Palermo 1602 mit „*De relationibus medicorum*“ die erste selbständige Abhandlung über rechtsmedizinische Themen, was darauf hindeutet, dass sich hier ein eigenes Fach in der Medizin konstituiert [3]. Der Arzt *Rodrigo de Castro*, der als jüdischer Glaubensflüchtling wie viele Juden der iberischen Halbinsel zu Beginn des 17. Jahrhunderts in Hamburg seinen neuen Wirkungsbereich fand, veröffentlichte zuerst im Jahre 1614 sein hernach noch mehrfach neu aufgelegtes Buch „*Medicus-politicus*“, das sich zum ersten „Klassiker“ der Gerichtsmedizin mauserte. *Paolo Zacchia*, berühmter Leibarzt der Päpste Innozenz X. und Alexander VII., schuf schließlich in sieben Bänden von 1621 bis 1650 mit seinen „*Quaestiones medico-legales*“ eine systematische Grundlegung der Gerichtlichen Medizin, die spätestens seitdem als eigenständige Disziplin zu sehen ist. Zacchia wird in traditionsbewussten Schilderungen daher nicht selten mit dem ehrenvollen Titel „Vater der Gerichtlichen Medizin“ geschmückt. Wenn man so will, ist die Gerichtliche Medizin ein frühes Kind der barocken Gelehrsamkeit, die in unermüdlichem Eifer eine Erkenntnis an die andere reiht, um den Kosmos in seiner ganzen Vielgestaltigkeit, mit seinen Licht- wie mit seinen Schattenseiten zu begreifen.

Doch neben der Buchliteratur in Form von Lehrwerken und Kompendien ist ein wichtiger Träger der Informationen in der wissenschaftlichen Diskussion das seit etwa der Aufklärungszeit aufkommende Wesen der kurzen Fachaufsätze. Diesbezüglich erweist sich nun die Gerichtlichen Medizin als bedeutungsvolle Avantgarde innerhalb der modernen Wissenschaften. Zunächst noch nicht in regelmäßig erscheinenden Zeitschriften, sondern zusammengefasst in Sammlungen, die aber relativ aktuell jeweils in Buchform publiziert wurden, sind es vor allem die Kasuistiken der deutschsprachigen Kreis- und Stadtärzte, die diese neue Form des fachwissenschaftlichen Diskurses begründen. Neuere medizingeschichtliche Forschung zeigt so, dass nicht – wie bislang angenommen – die Veröffentlichung von Krankengeschichten aus den Kliniken des 18. Jahrhunderts zuerst diese heute unabdingbare Form medizinischer Erkenntnisvermittlung in die Welt brachten, sondern schon etwas früher praktisch orientierte Fachbeiträge gerichtsärztlich Tätiger [4].

Einerlei, ob unter die aktuellere Bezeichnung der Rechtsmedizin oder unter den älteren Titel der Gerichtlichen Medizin (vgl. **I.1.3**) gestellt, – es fragt sich, in welcher Weise gerichtsärztlich Tätige zu der hier thematisierten Prüfung der Haft-, Termin- sowie der Arbeitsfähigkeit im einschlägigen Schrifttum entsprechende Handreichungen finden. Dass sich im *juristischen* Fachschrifttum Darstellungen vor allem zur Frage der Haft- und Terminfähigkeit, aber auch zur Definition der Arbeitsfähigkeit finden, steht außer Frage. Vor allem Beiträge in juristischen Fachzeitschriften bieten Ausführungen zu diesen Thematiken, die nicht selten anknüpfend Bezug nehmen auf aktuelle Entscheidungen aus der Rechtssprechung; Hinweise auf entsprechende literarische Quellen bietet in Auswahl das Verzeichnis der verwendeten Literatur zu dieser Arbeit. – Da an dieser Stelle jedoch die Problematik aus Sicht der gerichtsärztlichen Praxis betrachtet wird, soll in diesem Kapitel die juristische Fachliteratur im engeren Sinne ausgeklammert bleiben.

Vielmehr gilt es, die eigene Literatur des, wie skizziert, seit langem eigenständigen Faches der Gerichtsmedizin zu sichten. An die Angehensweise aus **Teil I** und **Teil II** mit dem deutlichen Augenmerk auf die Historiogenese anknüpfend, soll in diesem den literarischen Erkundungen gewidmeten Teil eine Art ideengeschichtliche Herleitung anhand kurzer Betrachtung der gerichtsmedizinischen Beiträge seit dem 19. Jahrhundert erfolgen. Zu bedenken ist dabei auch, dass im rechtsmedizinischen Bereich das sonst in der Medizin immer wieder herausgestellte rasche Verfallsmoment der Fachliteratur nicht so harsch zu Buche schlägt. Nicht zuletzt die Verlagsreklame wird nicht müde, bereits dem angehenden Arzt zu unterbreiten, dass er sich seine erst vor kurzer Zeit im Studium erworbene Literatur schon wieder erneut, des wissenschaftlichen Fortschrittes wegen, in überarbeiteter Auflage zulegen müsse. Gibt es in der modernen Rechtsmedizin Entwicklungen wie hinsichtlich der DNA-Spurenanalyse, die seit ihrer Inauguration so schleunigen Fortschritt zeigen, dass kaum eine aktuelle Darstellung im klassischen Druckmedium gelingt, so behalten in anderen Bereichen, vor allem in der so genannten Kasuistik, doch viele dokumentierte Feststellungen ihre Relevanz. Empirische Beobachtungen vormaliger Gerichtsmediziner zum Beispiel über die Morphologie des Ertrinkungstodes oder die Abläufe beim Erhängen wahren ihren erkenntnisfördernden Quellenwert, selbst wenn inzwischen mögliche Zusatzuntersuchungen etwa in der Laborchemie damals noch nicht durchgeführt werden konnten. Für andere Bereiche der Medizin wohl undenkbar oder nur als historische Reminiszenz vorstellbar, stützt sich eine aktuelle Bearbeitung zum Beispiel der Thematik des Erhängungstodes noch immer auch auf gerichtsmedizinische Publikationen aus dem 19. Jahrhundert etwa Berichte aus der Forschung Eduard von Hofmanns [5].

Von daher sei hier nicht nur aus historischem Interesse der Bogen der gesichteten Literatur weit gespannt bis zu den modernen Klassikern der gerichtsärztlichen Profession; wie *Wolfgang Keil* und seine Mitautoren in ihrer Betrachtung der deutschsprachigen gerichtsmedizinischen Literatur bemerken, hebt überhaupt die Gerichtliche Medizin des 20. Jahrhunderts insgesamt an durch eine bearbeitende Auseinandersetzung mit den herausragenden Werken des 19. Jahrhunderts [6]. Im Eingehen auf diese Werke lässt sich auch das hier geschilderte Aufkommen der Konzepte von Haft- und Verhandlungsfähigkeit an der Schwelle zur Moderne verfolgen.

Kapitel III.1 Lehrbücher der Gerichtsmedizin sive Rechtsmedizin

III.1.1 Das ältere gerichtsmedizinische Schrifttum im 19. Jahrhundert

Vorauszuschicken ist, dass Lehr- und Handbücher aus dem rechtsmedizinischen Bereich der Thematik von Haft-, Termin- und Arbeitsfähigkeitsprüfung insgesamt eher wenig Raum zugestehen. Dass dem Aspekt der Arbeitsfähigkeitsprüfung auf gerichtliche Anordnung hin als, wie schon umrissen, einem Spezialfall keine größeren Darstellungen gewidmet werden, erscheint dabei indes nicht verwunderlich. Nach den in vorangegangenen Kapiteln gebotenen historischen Schilderungen zur Entwicklung des modernen Verhandlungsprozesses und des Strafvollzuges mit dem Ziel der bessernden Strafe ist dagegen zu erwarten, dass sich entsprechende rechtsmedizinisch orientierte Schriften insbesondere der *Verhandlungsfähigkeit* wie der *Haftfähigkeit* in ihren Abhandlungen annehmen. Nicht allzu selten wird ja der gerichtsärztliche Praktiker mit diesbezüglichen Fragen konfrontiert. Vor allem den beiden vorgenannten Aspekten gerichtsärztlicher

Aufgabenstellung soll an dieser Stelle mit ihrer Beachtung im Fachschrifttum die Aufmerksamkeit gelten.

Das in mehreren Bänden seit 1819 erschienene „Ausführliche Handbuch der gerichtlichen Medizin für Gesetzgeber, Rechtsgelehrte, Ärzte und Wundärzte“ von *Ludwig Julius Caspar Mende* [7] wurde schon einleitend als Heranführung an die Thematik der klinisch orientierten gerichtsärztlichen Untersuchung vorgestellt (vgl. I.1.2). Deutlich wurde dabei, dass Mende – in Bezug auf die Frage der gesundheitlichen Belastung durch Haft und andere Strafen – moderne, entkleidet man sie ihrem äußerlich etwas altertümlichen Sprachgewand, noch heute vom Prinzip her gültige Anschauungen unterbreitet. Was dagegen den zeitgenössischen Stand der damaligen Medizin hinsichtlich Diagnostik und Nosologie betrifft, so haben die entsprechenden Ausführungen für den heutigen Leser lediglich medizinhistorischen Wert und können dem Praktiker nicht mehr Richtschnur bei seiner ärztlichen Tätigkeit sein.

Bereits erwähnt wurde das Lehrbuch *Eduard von Hofmanns* (vgl. I.4.5), das 1878 zum ersten Mal erschien und schon 1898, im Jahr nach von Hofmanns Tod, in überarbeiteter achter Auflage herauskam. Das Werk wurde in zahlreiche Sprachen übersetzt und nicht selten als „Bibel der Gerichtsmedizin“ bezeichnet; in der Bearbeitung beziehungsweise tiefgreifenden Weiterentwicklung durch von Hofmanns Schüler – zuletzt durch *Albin Haberdä* – erfuhr es noch bis 1927 immer neue Auflagen [8]. Wie jedoch auch schon erwähnt, kennt der Vater dieser gerichtsmedizinischen Bibel noch nicht den Terminus der Verhandlungsfähigkeit in seiner spezifischen Bedeutungsfüllung im Zusammenhang mit der modernen Prozessführung. Eduard von Hofmann setzt Verhandlungsfähigkeit und Vernehmungsfähigkeit als Begriffe gleich und sein Kapitel „Fragliche Verhandlungsfähigkeit“ – dem Oberthema der gerichtlichen Psychopathologie zugeordnet – thematisiert den gerichtsärztlich zu untersuchenden Fall, „(...) wenn Zweifel darüber bestehen, ob den Angaben des betreffenden Individuums jene Verlässlichkeit und Beweiskraft zugeschrieben werden kann, wie dies bei Geistesgesunden gewöhnlich der Fall ist (...)“ [9] Es dreht sich hier um die Validität von Zeugenaussagen beziehungsweise Eigen- und Fremdansschuldigungen vor dem Hintergrund gerichtsärztlich einzustufender psychischer Alterationen im Sinne von Geisteskrankheit oder sich derart auswirkender somatischer Erkrankungen (genannt wird etwa das Beispiel von eintrübenden Typhuskranken, die, wiewohl unschuldig, „im Sinne der Anklage delirierten“ [10]). – Fragen der Vollzugstauglichkeit im Sinne der Haftfähigkeit macht von Hofmann im Übrigen nicht zu einem Thema seines Lehrbuches.

Man könnte darin zunächst eine durch den zeitgenössischen Stand der Gerichtlichen Medizin bedingte Eigenheit sehen. Auch zum Beispiel *Adolph Henkes* einbändiges „Lehrbuch der Gerichtlichen Medizin“, ein von 1812 bis 1851 erscheinendes erstes Standardwerk des Faches im heutigen Sinne [11], thematisiert in seinem vierten Kapitel ausführlich die gerichtsärztlichen „Untersuchungen über den zweifelhaften Gesundheitszustand“. Dabei werden ebenso krankhafte psychische Zustände und ihre Auswirkungen auf die Strafrechtspflege [12] ausführlicher abgehandelt wie somatische Erkrankungen oder deren Simulation, um sich Vorteile zu verschaffen (so am Beispiel der Epilepsie dargestellt [13]). Mit Blick auf die „Civilrechte“ werden dabei Fragen der Mündigkeit und Geschäftsfähigkeit in den Blick genommen, hinsichtlich der „Criminalrech-

te“ wird vor allem die Zurechnungsfähigkeit behandelt [14]. Die spezifischen Thematiken der Verhandlungs- und der Haftfähigkeit tauchen in diesen Zusammenhängen sichtlich (noch) nicht auf.

Henkes Lehrbuch repräsentiert gewissermaßen die bis Mitte des 19. Jahrhunderts errungenen Gehalte des Faches. Von daher ist plausibel, dass sich gerade herausbildende Aspekte des Verhandlungsprozesses (vgl. I.4.4) und zeitgenössische Wandlungen des Strafvollzuges (vgl. I.5.6) noch nicht in seiner Darstellung gerichtsärztlicher Tätigkeit widerspiegeln. Für von Hofmanns seit 1878 erscheinendes Lehrwerk ist dies jedoch nicht mehr in gleicher Weise anzusetzen. Dass hier immer noch in überkommener Weise Verhandlungsfähigkeit im Sinne der Vernehmungsfähigkeit als Thema der Psychopathologie firmiert, wird wohl eher Schwerpunktsetzungen der so genannten Wiener Schule der Gerichtlichen Medizin mit ihrer – im Übrigen in moderner Auffassung streng wissenschaftlichen – Orientierung von der pathologischen Anatomie her geschuldet sein. Zum Vergleich kann das aus der Sphäre der Berliner Gerichtsmedizin stammende „Handbuch der Gerichtlichen Medizin“, das *Johann Ludwig Casper* zuerst 1857 veröffentlichte und das sein Neffe und Nachfolger *Carl Liman* umgearbeitet bis 1889 herausbrachte, herangezogen werden. Es ist durchaus in seinem Buch-Schicksal dem Werk Eduard von Hofmanns zu vergleichen, indem es mit weiteren stetigen Neubearbeitungen bis zum letzten Erscheinen eines seiner Teilbände 1907 (da freilich schon durch ein Autorenkollektiv stark verändert) gleichsam ganze Ärztegenerationen begleitete [15].

Verblüfft stellt man nämlich fest, dass zumindest die Bearbeitung unter Liman Ende der 1880er Jahre im ersten Band, dem so genannten „Biologischen Teil“ [16], die hier thematisierten Begrifflichkeiten bereits in ihrer noch heute geläufigen Fassung kennt. Der „Casper-Liman“ behandelt zunächst in seinem ersten Band auf mehreren hundert Seiten „gerichtlich-medicinische“ Untersuchungen mit klinischem Charakter gewissermaßen jenseits der pathologisch-anatomisch orientierten Tätigkeit im Sezierraum (dazu dient ein zweiter Band als so genannter „Thanatologischer Teil“). Man trifft hier auf jene Umschreibung der Haftunfähigkeit, die die ja mittlerweile existierende Strafprozessordnung (vgl. II.2.3) in der prinzipiell noch heute bis in die Formulierung hinein bekannten Weise in die Welt gebracht hat, und findet, abgesehen von den heute nicht mehr unterschiedenen verschiedenen Formen der Haft, noch immer gültige Gedankengänge zur gerichtsärztlichen Bestimmung der Haftfähigkeit [17]. Ebenso modern mutet das Kapitel über die „Bestrittene Möglichkeit, im Termin vor Gericht zu erscheinen“ [18] an. Aspekte der Terminfähigkeit werden hier explizit abgetrennt von der Frage der Schuld- und Zurechnungsfähigkeit diskutiert (diese letztere Thematik der Psychopathologie ist bewusst an ganz anderer Stelle in der Architektur des Buches verortet!). Es wird hinsichtlich der Terminfähigkeit begrifflich deutlich die Transport- von der Reisefähigkeit unterschieden (vgl. II.3.3.c) und davon abgesetzt wiederum die ganz andere Frage der Verhandlungsfähigkeit in dem Sinne, ob ein gesundheitlich Beeinträchtigter vor Ort im Gerichtssaal adäquat an der Verhandlung teilhaben könne. Der Angang an die Thematik ist noch immer aktuell. Schilderungen gerichtsärztlicher Hausbesuche bei Probanden, die angeblich aus gesundheitlichen Gründen einer Verhandlung fern bleiben wollen, gemahnen an die hier im **Teil IV** darzustellenden externen Untersuchungen heutiger Zeit (vgl. IV.7.2). Es finden sich in diesem Zusammenhang Darlegungen, dass bei vernehmungsfähigen, aber wegen ihrer Erkrankung nicht „in foro“ terminfähigen Probanden anstatt an Gerichtsstelle „der Termin in der Behausung des Kranken abgehalten und der vorliegende richterliche Zweck erreicht werden können.“ [19] – Dies nur ein weiteres Beispiel für Erwägung-

gen aus dem kommunikativen Zusammenspiel von Gerichtsärzten und Richtern, die auch im noch zu schildernden gutachterlichen Material der Gegenwart wieder auftauchen. Das Handbuch von Casper und Liman kennt sodann in einem weiteren eigenen Kapitel das Problem der gerichtsärztlichen Überprüfung der Erwerbs- und Dienstfähigkeit [20]. Hier werden Probleme diskutiert im Zusammenhang mit Beamten, die angeben, aus gesundheitlichen Gründen ihren Dienstpflichten nicht mehr nachkommen zu können, aber auch strittige Unterhaltsfragen, wenn Betroffene geltend machen, aus Krankheitsgründen teilweise oder ganz in der Sicherung ihres Unterhaltes durch Arbeit eingeschränkt zu sein. – Diese bewusst bei Andeutungen stehenden bleibenden Ausführungen zeigen, dass bereits Ende der 1880er Jahre im deutschsprachigen gerichtsmedizinischen Schrifttum die hier zu thematisierenden Problematiken der gerichtsärztlichen Prüfung der Haft-, Termin- wie der Arbeitsfähigkeit in moderner Weise ihre Behandlung finden!

III.1.2 Das gerichtsmedizinische Schrifttum seit Beginn des 20. Jahrhunderts

Die Literatur des 19. Jahrhunderts an dieser Stelle nur cursorisch mit wenigen ihrer bedeutendsten Vertreter streifend, zeigt sich sodann für die Beiträge des gerichtsmedizinischen Schrifttums im 20. Jahrhundert ein prinzipiell meist ähnliches Bild. Es soll hier ein Überblick über diese neueren Beiträge aus der Gerichtlichen Medizin geboten werden, der im Einzelnen einige Beiträge exemplarisch anschneidet. Der bibliophile Kenner mag vielleicht die eine oder andere Veröffentlichung nicht genannt finden; systematische Vollständigkeit aber wird weder angestrebt, noch wäre sie wohl auch in diesem Rahmen denkbar. Es geht nicht darum, alle Belegstellen zu erfassen, sondern auf Bedeutungsfüllungen zu verweisen, die in der rechtsmedizinischen Fachliteratur seit 1900 bezüglich der Problematik von Haft- und Terminfähigkeit sowie von Arbeitsfähigkeit möglich geworden sind.

Wie der Blick in die Literatur dabei zeigt, ist die Thematik nun gewissermaßen in der Welt, wird aber in der Regel nur en passant mit abgehandelt neben dem, was die jeweiligen Autoren offenbar als eigentliche Kernthemen der Gerichtlichen Medizin ansehen. Ein frühes Beispiel sind die Ausführungen von *Georg Puppe* in seinem „Atlas und Grundriss der Gerichtlichen Medizin“ von 1908 [21]. In den Titel des Werkes wird eigens der Zusatz aufgenommen: „Unter Benutzung von E. v. Hofmann’s Atlas der gerichtlichen Medizin“. Puppe, der auf dem Titelblatt lediglich als Herausgeber bezeichnet wird, liefert in der Tat im Atlasteil eine neue Auflage des zehn Jahre zuvor erschienenen gerichtsmedizinischen Atlas’ Eduard von Hofmanns, bietet aber im zweiten Teil seines Werkes, dem Grundriss der Gerichtlichen Medizin, sehr wohl ein eigenständiges Lehrwerk [22]. Der Termin- und Haftfähigkeit sind gut drei kurze Seiten gewidmet im Abschnitt über „Die Untersuchung des Gesundheitszustandes und der Körperbeschaffenheit ohne vorangegangene Körperverletzung“ [23]. Unter der Überschrift „Verhandlungsfähigkeit (Terminfähigkeit)“ findet sich hier eine die Sache eher nur streifende Bestimmung des Begriffes neben dem lapidaren Hinweis: „Hinsichtlich der Verhandlungsfähigkeit gibt es gesetzliche Bestimmungen nicht.“ [24] Auch die Haftfähigkeit wird nur knapp erläutert und zwar anhand der gesetzlichen Vorgaben [25]. Allerdings richtet sich Puppe anscheinend auch nicht an den gerichtsärztlichen Praktiker, der Haft- und Verhandlungsfähigkeitsprüfungen durchzuführen hat, sondern will wohl allgemeiner Ärzte informieren, die von ihren Patienten um entsprechende Bescheinigungen angegangen werden. Puppe bestimmt nämlich ohne nä-

her auf praktische Details einzugehen: „In zweifelhaften Fällen möge der Arzt den Verurteilten an den zuständigen Medizinalbeamten verweisen.“ [26] – In einem nachfolgenden Abschnitt „Untersuchungen des Gesundheitszustandes in zivilrechtlichem Interesse“ geht der Autor sodann überblickend auf die ärztliche Begutachtung der Erwerbsfähigkeit bei gerichtlichen Entscheidungen bezüglich der Unterhaltspflicht ein, wenn „erwerbsunfähige Eltern gegen ihre erwerbsfähigen Kinder“ (!) oder auch umgekehrt klagen [27].

Im Zusammenhang mit der Prüfung der Terminfähigkeit gibt Puppe jedoch einen praktischen Wink, der sich auch in anderen entsprechenden Werken wieder findet und der auch noch gegenwärtig in der gerichtsärztlichen Arbeit, wie sie etwa hier in **Teil IV** für den Gerichtsärztlichen Dienst in Hamburg dargestellt wird, leitend ist. Wie Puppe darlegt, kommen häufiger Personen zum Arzt, um sich eine Bescheinigung der Terminunfähigkeit ausstellen zu lassen, wobei ihre tatsächlich vorhandenen gesundheitlichen Beschwerden jedoch „nervöse Zustände“ (oder moderner formuliert: psychosomatische Leiden) sind, „(...) die hervorgerufen oder verschlimmert worden sind eben durch die Aufregung, welche der in Aussicht stehende gerichtliche Termin für die Betroffenen mit sich gebracht hat.“ [28] In solchen Zusammenhängen liege es durchaus nicht im Interesse des Betroffenen, von gerichtsärztlicher Seite auf einen Aufschub des Termines bis zur gesundheitlichen Besserung hinzuwirken. Der Arzt bewirke dadurch nicht nur eine Verfestigung der Beschwerden, sondern erfahrungsgemäß sogar deren allmähliche Verschlimmerung, sei doch der vor sich her geschobene Termin „Quelle ständiger Aufregung und immer mehr zunehmender Nervosität“ [29]. Puppe rät aus ärztlicher Sicht, den Betroffenen dazu anzuhalten, den Gerichtstermin unter allen Umständen wahrzunehmen. Hat der Arzt indessen Bedenken, dass die Kräfte tatsächlich nicht dazu ausreichen, in der Verhandlung „in gehöriger Weise“ die eigenen Interessen zu vertreten, so sollte er dennoch nicht auf Verhandlungsunfähigkeit plädieren, sondern auf entsprechende Maßnahmen bei Gericht hinwirken wie etwa auf die Gewährung eines Officialverteidigers (gemäß damaliger Gepflogenheit, die einen Pflichtverteidiger nur in besonders schweren Deliktfällen grundsätzlich, sonst nur auf speziellen Antrag gewährte).

Eines der Werke, die die ersten Jahrzehnte des 20. Jahrhunderts in der Gerichtlichen Medizin sichtlich prägten, ist vor allem auch das 1912 zuerst erschienene „Lehrbuch der Gerichtlichen Medizin“ von *Julius Kratter*, das ausdrücklich die gesetzliche Situation in Deutschland und Österreich berücksichtigt. 1919 erschien als zweiter Teil dieses Lehrwerkes ein Band mit zahlreichen Abbildungen unter dem Titel „Gerichtsärztliche Praxis“, während 1921 der erste Band mit dem Untertitel „Theoretischer Teil“ noch einmal in überarbeiteter, wesentlich erweiterter Auflage erschien [30]. Der Grazer Professor Kratter, noch ganz aus der „alten“ umfassenden Staatsarzneikunde herkommend, präsentiert vor dem Hintergrund der modernen naturwissenschaftlichen Fundierung das Fach umfassend in seiner damals aktuell gültigen Erscheinungsform als „Anwendung medizinischer Kenntnisse für Zwecke der Rechtspflege“ [31]. Wie schon von manchen Autoren bemerkt [32], ist Kratter einer der wenigen Vertreter des Faches, die den Begriff des Kunstfehlers nicht stillschweigend mit dem Vorwurf der falschen Therapie gleichsetzen. Im zweiten Teil seines Lehrbuches über die „Gerichtsärztliche Praxis“ führt er selbstkritisch sogar die terminologische Trennung zwischen „heilärztlichen Kunstfehlern“ und „gerichtsärztlichen Kunstfehlern“ ein [33]. Oft verschwiegen, verberge sich hinter so genannten Übergutachten zweiter Sachverständiger, die zu anderen Schlüssen als der erstgutachtende

Gerichtsmediziner kommen, nämlich „(...) nichts anderes als die Korrektur eines gerichtsarztlichen Kunstfehlers.“ [34]

Im ersten theoretischen Teil seines Lehrbuches widmet sich Kratter ausführlich auch den „allgemeinen Aufgaben der forensischen Beurteilung fraglicher Geisteszustände“ [35]. Nach der Behandlung der Zurechnungsfähigkeit, die sich gemäß Kratter vor allem bei „verbrecherischen Geisteskranken“ als fraglich zeige, wendet sich der Autor der Verhandlungsfähigkeit zu, bei der es sich in erster Linie um eine gutachterliche Beschäftigung mit „geisteskranken Verbrechern“ handele [36]. Neben dieser – in ein Wortspiel verkleideten – sozusagen klassisch psychopathologischen Auffassung der Thematik der Verhandlungsfähigkeit verweist Kratter jedoch darauf, dass auch „nichtgeisteskranken Personen“ verhandlungsunfähig sein könnten: „Als solche sind vor allem Menschen zu bezeichnen, bei denen eine nahe Lebensgefahr zu befürchten ist.“ [37] Näheres über die Art solcher gesundheitlichen Problematiken mit konkreten Verweisen zur klinischen Medizin führt Kratter jedoch nicht aus. Auch der folgende kurze Abschnitt über die „Strafvollzugsfähigkeit“ bietet kaum mehr als die gesetzestextlichen Definitionen, den Verweis auf Geisteskrankheit im Strafvollzugswesen und die summarische Einsicht: „Alle schweren, fieberhaften und das Leben bedrohenden Krankheiten, die natürlich durch ärztliche Untersuchung festgestellt werden müssen, begründen wohl mit Recht wenigstens Aufschub des Strafvollzuges.“ [38]

Die nur beiläufige Behandlung der Thematik findet sich auch in dem in den 1930er Jahren in mehrfacher Auflage erschienenen „Grundriss der gerichtlichen und versicherungsrechtlichen Medizin“ von *Georg Straßmann* [39]. Dieses handliche Buch war auch bei Studierenden offenbar sehr beliebt [40], spiegelt daher also wohl die Sicht wider, wie das Fach und seine Aufgabenstellungen in weiten Kreisen der Ärzteschaft wahrgenommen wurden. Der Abschnitt über die „Haft- und Terminsfähigkeit (Verhandlungsfähigkeit)“ [41] bringt die auch heute noch gültigen Ausführungen zu den verschiedenen Begriffen, einmal abgesehen von den Bestimmungen des ehemaligen Paragraphen 453 der Strafprozessordnung bezüglich der Vollzugsuntauglichkeit schwangerer Frauen und Geisteskranker hinsichtlich der mittlerweile abgeschafften Todesstrafe. Auch für das Verhältnis eines an sich knapp gefassten Leitfadens schneidet Straßmann an anderer Stelle nur auffällig kurz den Aspekt der Erwerbsfähigkeitsprüfung bei Unterhaltsklagen als eine gerichtsarztliche Aufgabe an [42].

In der selben Epoche erschien 1938 in der Reihe „Handbücherei für den öffentlichen Gesundheitsdienst“ der Doppelband über Gerichtliche Medizin und Gerichtliche Psychiatrie des Bonner Gerichtsmediziners *Friedrich Pietrusky* und des Kölner Nervenarztes *Max de Crinis* (der im Übrigen bald darauf als Professor in Berlin eine fatale Rolle in der NS-Psychiatrie im Rahmen der Ermordung psychisch Erkrankter spielen sollte) [43]. Die Frage der Strafvollzugsfähigkeit wird hier ganz in den psychiatrischen Teil verlagert und nur kurz in Hinblick auf Geisteserkrankungen angeschnitten; die Aspekte der Zurechnungsfähigkeit, Geschäftsfähigkeit und ähnliches werden zwar unter den globaler formulierten Schlagwörtern der Tätigkeit der Sachverständigen im Strafverfahren respektive im Zivilprozess abgehandelt, jedoch auch nur aus Perspektive der forensischen Psychiatrie. Fragen der Terminfähigkeit im Sinne von Reise- oder Verhandlungsfähigkeit bleiben in dem verbreiteten Handbuch der beiden zu ihrer Zeit namhaften Autoren ausgespart.

Anders das „Lehrbuch der gerichtlichen Medizin“ von *Fritz Reuter*, das zunächst durch den Grazer Gerichtsmediziner ein österreichisches Unterfangen darstellt, aber 1933 bei Urban und Schwarzenberg in Berlin und Wien unter dem ausdrücklichen Vermerk „Mit gleichmäßiger Berücksichtigung der deutschen und österreichischen Gesetzgebung und des gemeinsamen Entwurfes 1927“ erschienen ist [44]. Reuter handelt hier nach dem psychopathologischen Kapitel über die Zurechnungsfähigkeit die „Verhandlungs- (Termin-) und Haftfähigkeit“ ab [45]. Auch wenn vom Umfang her der Darstellung nur eine Handvoll Seiten zufallen, so wird die Materie nicht nur cursorisch gestreift; der Leser bemerkt, dass der Autor aus fundierter gerichtsärztlicher Erfahrung spricht. Es werden die gesetzlichen Bestimmungen dargestellt (mit der im Detail unterschiedlichen österreichischen und deutschen Gesetzeslage). Es finden sich die entsprechenden klaren Begriffsbestimmungen; sie müssen an dieser Stelle nicht referiert werden. Allenfalls sei der Hinweis erlaubt, dass in der österreichischen Terminologie der Begriff der Verhandlungsfähigkeit sich sozusagen „offiziell“ nicht nur auf Angeklagte, sondern in weiterer begrifflicher Erfassung auch auf Zeugen und Sachverständige bezieht (vgl. dagegen die Ausführungen zur prinzipiell engeren Definition im deutschen Recht und der nachfolgenden Aufweitung im praktischen Sprachgebrauch in Abschnitt II.3.3.c). Reuter spricht einzelne Krankheitsbilder und die sich mit Bezug auf sie ergebenden Probleme bei Diagnose und Einschätzung ihrer Auswirkung auf die Verhandlungs- oder Haftfähigkeit an. Etwa nennt er gewissermaßen semi-quantitativ als die zahlenmäßig häufigsten somatischen Erkrankungen, denen der Gerichtsarzt bei Prüfungen der Haftfähigkeit begegnet, die tuberkulösen Lungen-, die organischen Herz- und die Stoffwechselkrankheiten sowie die nervösen Zustände [46]. Er diskutiert dabei einzelne Herzerkrankungen wie Schädigungen der verschiedenen Herzklappen und ihre Auswirkung. Seine Bemerkungen zur Verköstigung Zuckerkranker in der Haft zeugen von praktischer gutachterlicher Erfahrung (vor der Entdeckung des Insulins war der Diabetes mellitus eine nur mittels strenger Diät zu begegnende Stoffwechselstörung!).

In die Zeit der 1930er Jahre fallen dann auch die ersten Auflagen von Werken, die gewissermaßen durch ihr weiteres Erscheinen die damalige Epoche der Gerichtlichen Medizin mit der Zeit an der Schwelle zur Gegenwart verknüpfen. 1938 erschien das Lehrbuch „Gerichtliche und soziale Medizin einschließlich des Ärzterechts“ von *Berthold Mueller* und *Kurt Walcher* [47]. Aus Muellers Feder stammt dabei der erste Teil des Werkes über „Arztrecht und soziale Medizin“, der über weite Strecken sich auch den Besonderheiten des NS-Gesundheitswesens und den daraus sich ergebenden Auswirkungen auf die Ärzteschaft widmet. Walcher dagegen verfasste den zweiten Teil des Buches über „Gerichtliche Medizin“ mit den sozusagen klassischen Inhalten der Gerichtsmedizin. Im ersten Teil behandelt Mueller im Kapitel über das „Ärztliche Strafrecht“ auch in einem Abschnitt „Die Haft und die medizinische Beurteilung der Haftfähigkeit“ [48]. Dargelegt wird zunächst der Ablauf eines Ermittlungsverfahrens mit dem Moment der Untersuchungshaft als besonderer Haftform. Es folgt die aus der Strafprozessordnung hier schon dargestellte, bekannte Bestimmung über die Haftunfähigkeit mit Ausführungen zu Geisteskrankheiten, inneren Erkrankungen und Reflexionen über die unterschiedlichen Umstände bei akuten und chronischen Erkrankungen. Die Problematik der Tuberkulösen, der Diabetiker, der Hypertoniker sowie der Arteriosklerotiker in der Haft werden angeschnitten. Es folgt, wie beim oben skizzierten früheren Beitrag von Georg Puppe, eine Betrachtung der nervösen Störungen und der Hinweis, dass eine der Haft vorgeschaltete Sanatoriumskur

zur Besserung nervöser Leiden zwecks Erlangung der Haftfähigkeit die Beschwerden nur verschlimmere, statt sie zu bessern. Auch schon mit Blick auf den folgenden Abschnitt über Verhandlungsfähigkeit rät der Autor: „Das beste, was der Arzt seinem Patienten in einschlägigen Fällen empfehlen kann, ist, sich zusammenzureißen, das Verfahren bzw. die Haft, nachdem sie einmal notwendig geworden ist, über sich ergehen zu lassen und darnach ein Sanatorium aufzusuchen.“ [49] In der Systematik des Buches ist für die „Beurteilung der Verhandlungsfähigkeit“ ein eigener Abschnitt vorgesehen, der jedoch nur zwei knappe Absätze enthält. Es findet sich eine kaum eingehende Definition des Begriffes mit der erläuternden Fußnote, dass für die Vernehmungsfähigkeit des Zeugen oder zivilrechtlich für Abnahme des Offenbarungseides „ähnliche Gesichtspunkte“ gelten. Zu den medizinischen Gehalten der Thematik wird lediglich formal auf die Darlegungen zur Haftfähigkeit zurückverwiesen, denn: „Dieselben Probleme tauchen auch bei der Feststellung der *Verhandlungsfähigkeit* auf.“ [50] Neben dem Rat, nicht im Interesse des Angeklagten allzu großzügig auf Verhandlungsunfähigkeit zu plädieren, weil anderenfalls es nicht mehr möglich werde, überhaupt ein Strafverfahren zu beenden, findet sich ebenso wie schon bei Puppe der Hinweis auf die mögliche Gewährung eines Officialverteidigers auf Grund eines ärztlichen Zeugnisses bei eingeschränkten Angeklagten. Aspekte der Arbeitsfähigkeit werden sodann von Mueller in dem von ihm erstellten Teil des Lehrbuches lediglich hinsichtlich der Erwerbsminderung aus der Perspektive der Unfallversicherung im Kapitel über die Versicherungsmedizin behandelt [51].

Beide Autoren brachten noch 1944 eine weitere, verbesserte Auflage ihres Buches heraus, die bezüglich der hier referierten Abschnitte jedoch keine Neuerung erkennen lässt. In der Nachkriegszeit trennten sich dann die Wege, und Kurt Walcher ließ 1950 eigenständig einen „Leitfaden der gerichtlichen Medizin für Ärzte und Medizinstudierende“ erscheinen [52]. Gemäß seines Anteiles am vormaligen „Mueller-Walcher“ mit der schwerpunktmäßigen Darstellung von körperlichen Untersuchungen an der Leiche und am verletzten Lebenden bietet Walcher in diesem Leitfaden nichts zur Thematik der Haft-, Termin- oder Arbeitsfähigkeit. – Im Jahre 1953 erscheint dann von Berthold Mueller ein größer angelegtes Lehrbuch namens „Gerichtliche Medizin“ [53]. Eingebettet in ein Kapitel über strafrechtliche Belange findet sich wiederum eine Darstellung über Haft und Haftfähigkeit [54]. Im Einzelnen umformuliert, findet der Leser im Prinzip die Inhalte des gemeinsamen Lehrbuches von Mueller und Walcher von 1938 beziehungsweise 1944 zu dieser Thematik wieder. Gleich bis in einzelne Formulierungen hinein wie in diesem Vorläuferwerk, folgt dann ein Absatz über Verhandlungs- und Vernehmungsfähigkeit [55]. Neu ist hier aber der Schlussgedanke, im Falle gesundheitlich gefährdeter Betroffener gutachterlicherseits zu empfehlen, dass während der Verhandlung ein Arzt anwesend sein solle, dessen Präsenz einerseits beruhigend wirke, der andererseits jedoch auch im Bedarfsfall rasch intervenieren könne [56].

Muellers Lehrbuch entwickelte sich im Übrigen, nachdem es 1975 in zweiter Auflage unter Hinzuziehung zahlreicher Mitarbeiter in zwei Bänden erheblich erweitert erschien, zu einem, wenn nicht zu dem Standardwerk des Faches in dieser Zeit. Es wurde zum Fundament für den „morphologisch ausgerichteten Rechtsmediziner“ [57]; dieser Schwerpunktsetzung wegen soll an dieser Stelle das Geschick und der literarische Gehalt des „Mueller“ nicht weiter detailliert verfolgt werden, weil hier mit der Haft-, Termin- und Arbeitsfähigkeit gerade diese Aspekte der Gerichtlichen Medizin nicht einmal mehr thematisiert werden sollen. Im ersten Teil des nun 1331 Seiten starken, zweibändigen Werkes jedenfalls findet sich nun unter der Überschrift „Beurteilung der Haft- und Ver-

nehmungsfähigkeit“ auf zwei Seiten lediglich eine Wiedergabe dessen, was der Leser bereits in den Voraufgaben von Muellers Lehrbuch finden konnte [58].

Ein weiteres grundlegendes Werk erschien 1950 mit *Albert Ponsolds* „Lehrbuch der Gerichtlichen Medizin“, das gemäß Untertitel die ärztliche Rechtskunde, die ärztliche Ständekunde sowie die Versicherungsmedizin einschließt [59]. Das unter Mitarbeit vieler Co-Autoren erstellte Buch, das an die Tradition der großen einbändigen Lehrwerke anknüpft [60], erlebte eine zweite überarbeitete Auflage 1957, wurde zuvor schon 1955 ins Spanische übersetzt und 1967 noch einmal in dritter Auflage herausgebracht. Auf etwas über einer Seite stellt in diesem umfangreichen Werk ein vom Herausgeber Ponsold selbst verfasster Beitrag einerseits „I. Haftfähigkeit“, andererseits „II. Termins- und Verhandlungsfähigkeit“ dar [61]. Geboten werden die entsprechenden Definitionen, es finden sich dabei kaum ins Einzelne gehende Schilderungen. Der Autor verweist ausdrücklich, wie in den anderen hier genannten gerichtsmedizinischen Werken seiner Epoche, darauf, dass bezüglich der Vollzugsuntauglichkeit die Strafprozessordnung auf eine nahe Lebensgefährdung durch den Vollzug der Strafe abhebe. Ponsold betont: „Entscheidend ist also, ob die Überführung ins Gefängnis *ohne Lebensgefährdung* vorgenommen werden kann, und nicht, ob sie sich gesundheitlich ungünstig auswirken kann.“ [62] Eine Haftfähigkeit bedinge sich also nur dann, „(...) wenn sich aus dem Vergleich, wie der Verurteilte sonst lebt und wie er im Gefängnis leben würde, ergibt, dass durch die Inhaftierung eine Lebensgefährdung eintreten kann.“ [63] So stelle bei drohendem Schlaganfall oder drohendem plötzlichem Herztod „(...) das Gefängnis keine wesentliche Gefährdung dar, denn der Tod kann auch unter den Aufregungen des täglichen Lebens eintreten.“ [64] Eine vergleichbare Argumentation wendet Ponsold auch für Erwägungen hinsichtlich der Verhandlungsfähigkeit an; bei Herzleidenden und Arteriosklerotikern bestehe in der Tat manchmal sogar Lebensgefahr, wenn durch die Gerichtsverhandlung der Betroffene sich sehr aufrege. Allerdings bringe „(...) auch das Geschäftsleben oder der Zivilberuf erhebliche seelische Spannungen und Aufregungen mit sich (...). Nur, wenn die Gerichtsverhandlung ein größeres gesundheitliches Risiko darstellt als die Aufregung des täglichen Lebens, also ein plötzlicher Tod leicht herbeigeführt werden könnte, ist Terminsunfähigkeit anzunehmen (...).“ [65] Der Autor schränkt aber selbst dies ein, da unter Schaffung von Erleichterung oder Anwesenheit eines Arztes bei der Verhandlung die Gefahr kontrolliert zu vermindern sei, so dass der Angeklagte dann sehr wohl als terminfähig gelten könne. – In dieser Weise führt Ponsold das Komparations-Argument bei objektiv gegebenem Risiko, den Vergleich der Belastung in Verhandlung oder Haft mit der Situation im „Zivilleben“ des Betroffenen, deutlich aus. Indessen kennt nicht nur dieser Autor solche komparative Argumentatorik, auch in Muellers oben geschilderten Ausführungen etwa ist sie zu erkennen, wie sie überhaupt immer wieder gerichtsärztlicherseits in Anschlag gebracht wird. Ein Beispiel aus den in **Teil IV** auszuwertenden Untersuchungen des Hamburger Gerichtsärztlichen Dienstes fand sich im Übrigen schon in Abschnitt **III.3.2.a**, als die Gefährdungssituation eines unter Herzrhythmusstörungen Leidenden in der Haft und in seinem Alltagsleben vergleichend gegeneinander gestellt wurden.

Die Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg brachte zunächst einen Mangel an gerichtsmedizinischer Literatur für Studierende, Ärzte und Juristen mit sich [66]. Die geschilderten Werke von Mueller und Ponsold waren eine Reaktion auf diese Situation, in der nicht

mehr oder nicht mehr so ohne Weiteres auf „Vorkriegswerke“ zurück gegriffen werden konnte. Für die Situation in der Schweiz erstellten *Joseph Dettling*, *Salomon Schönberg* und *Fritz Schwarz* 1951 ihr „Lehrbuch der Gerichtlichen Medizin“ [67]. Ein kurzer Abschnitt mit wenigen Sätzen zu den – in entsprechender landesüblicher Terminologie der deutschsprachigen Schweiz – Zeugnissen über „Verhandlungs-, Einvernahme- und Straferstehungsfähigkeit“ [68] bietet kaum mehr als den Hinweis, dass es diese Problematik gebe. Allerdings wendet sich das Lehrbuch auch nicht an den gerichtlichen Gutachter selbst, wie das Zitat vom Beginn des Abschnittes zeigt: „Wenn immer möglich, ist es dem Arzte zu raten, solche Zeugnisse zum vorneherein durch den Amtsarzt gehen zu lassen.“ [69] Im chronologischen Ablauf vorgreifend, sei an dieser Stelle bezüglich der Rechtsmedizin in der deutschsprachigen Schweiz auch auf den jüngeren „Leitfaden der Gerichtsmedizin“ von *Hubert Patscheider* und *Hanspeter Hartmann* verwiesen, der 1981 erschien und als kompaktes Kleinlehrbuch auch Eingang in die Studentenbüchereien deutscher Universitäten fand. Die Thematik der Haft- und Terminfähigkeit wird im Übrigen in diesem Werk nicht weiter gestreift; erwähnt findet sich einmal die „Hafterstehungsfähigkeit“, jedoch ohne eigenständige Darstellung [70].

Im Jahre 1950 erschien zum ersten Mal der von *Steffen P. Berg* erstellte „Grundriss der Gerichtlichen Medizin“, der in seiner konzentrierten Form das vorherrschende Kurzlehrbuch im Medizinstudium wurde [71]. Ab seiner neunten Auflage von 1971 wandelte sich der Titel in „Grundriss der Rechtsmedizin“ und stetig neu bearbeitet, auch um dem entsprechenden Gegenstandskatalog für die staatliche ärztliche Prüfung gerecht zu werden, erschien das Buch bis 1984 mit insgesamt zwölf Auflagen. In seinem Grundriss bietet Berg dabei jeweils knapp auf etwas über einer Seite auch eine Definition der Haft- und der Verhandlungsfähigkeit. [72]

Was die Situation in Ostdeutschland betrifft, so erschien in der ersten Auflage von 1960 noch unter dem Titel „Lehrbuch der gerichtlichen Medizin“ in Ostberlin *Otto Prokops* großartiges Lehrbuch, das in den Auflagen von 1966 und 1975 (samt späterer Nachdrucke) dann den Titel „Forensische Medizin“ trägt. – Es versammelt unter der Mitarbeit namhafter Autoren das rechtsmedizinische Wissen, wie es in den ostdeutschen Fachkreisen nun abgesondert von dem Bereich der Sozialmedizin wie von der forensischen Psychiatrie begriffen wurde. Prokops Lehrbuch war lange in den deutschsprachigen Instituten im Osten wie im Westen ein verbreitetes Standardwerk; 1975 erschien auch eine japanische Ausgabe [73]. Das zwölfte Kapitel mit *Wolfgang Dürwalds* Beitrag über „Simulation und Selbstbeschädigung“ sowie *Otto Prokops* tabellarischer „Zusammenstellung zur Frage der Vortäuschung von Krankheiten“ (ausdrücklich ohne Geisteskrankheiten einzubeziehen!) zeugt mit kaum über zwanzig Seiten in diesem opulenten Buchwerk von dem eher untergeordneten Stellenwert, den die Prokopsche Schule diesen Thematiken zuwies. Für die gerichtsärztliche Überprüfung der Haft-, Termin- oder Arbeitsfähigkeit findet sich hier kein Material.

Der Zug, diese Problematik nicht der Gerichtlichen Medizin zuzurechnen, ist charakteristisch für die entsprechende Literatur der DDR. Schon der Blick in das Inhaltsverzeichnis des beliebten „Vademecum Gerichtsmedizin“ aus der Feder von *Wolfgang Reimann*, dem schon genannten *Otto Prokop* und *Gunther Geserick* lehrt, dass an dieser Stelle hierüber keine Auskünfte zu erwarten sind [74]. – Das von *Gerhard Dietz* seit 1963

herausgegebene konzentrierte Lehrbuch „Gerichtliche Medizin. Ein Lehrbuch für Studenten“ war im Osten Deutschlands über lange Zeit *das* Buch, mit dem Medizinstudenten den entsprechenden Stoff lernten [75], wandte sich aber auch an den fachlich interessierten Nichtmediziner „aus den Reihen der Justiz- und Sicherheitsorgane“ [76]. Es erschien fünfmal bis 1970, wurde dann 1976 gemeinsam von Gerhard Dietz und Wolfgang Dürwald und ab dann alleine durch Dürwald noch in drei weiteren Auflagen bis 1990 herausgebracht. Dieses, die Vorstellung von der Gerichtlichen Medizin in weiten Teilen der Ärzteschaft prägende Studierbuch befindet dabei: „Ganz im Vordergrund steht (...) die Lehre vom nichtnatürlichen Tod (...)“ [77] Bezüglich der, laut Vorbemerkung des Buches, auch gerichtsmedizinische Kenntnisse bedürfenden ärztlichen Beurteilung lebender Personen werden vor allem die Spuren von Gewalteinwirkung, die Problematiken der Blutalkoholbestimmung und der strittigen Vaterschaft abgehandelt. Die vormals gerichtsärztliche Aufgabe der Prüfung von Haft-, Termin- oder Arbeitsfähigkeit gehört sichtlich unter dieser Perspektive nicht mehr zum Aufgabenfeld der Gerichtlichen Medizin.

Das von *Horst Hunger*, dem schon genannten Wolfgang Dürwald und *Hans Dieter Tröger* 1993 herausgegebene „Lexikon der Rechtsmedizin“ kennt unter seinen elf Autoren auch zwei Vertreter westdeutscher Institute (darunter Tröger aus Hannover), schöpft aber gewissermaßen viel aus dem Schatz der sehr vitalen Gerichtlichen Medizin Ostdeutschlands. Das Lexikon verzeichnet dabei die Stichwörter der Haftfähigkeit und der Verhandlungsfähigkeit mit ihrer jeweiligen Definition; beide Beiträge stammen aus der Autorenschaft Hans Dieter Trögers [78].

Prägte, wie oben skizziert, Steffen P. Bergs griffiges Kurzlehrbuch lange Zeit die Literaturlisten der Studierenden hinsichtlich der Gerichtlichen Medizin, so trat in bislang fünf Auflagen von 1976 bis 1989 das kurze kompendienhafte Lehrbuch, das *Balduin Forster* gemeinsam mit *Dirk Ropohl* unter dem Titel „Rechtsmedizin“ herausbrachte, in Erscheinung [79]. Das laut Vorwort in erster Linie an Studierende bei der Prüfungsvorbereitung gerichtete Werk orientiert sich am so genannten Gegenstandskatalog der Approbationsordnung und handelt im Kapitel über die „Forensische Psychopathologie in ihrer rechtlichen Relevanz“ in einem Abschnitt auch die Haft- und Verhandlungsunfähigkeit ab. Die Autoren bieten hier neben wörtlichen Auszügen aus den wichtigen Gesetzestexten knappe erläuternde Definitionen [80]. Die Einordnung der Thematik unter die Psychopathologie mag dabei dem Kenner der Materie nicht ganz behagen, handelt es sich doch gerade nicht um Fragen der forensischen Psychiatrie, sondern um die Beurteilung von Auswirkungen mannigfaltiger, auch somatischer Erkrankungen bei seelisch Gesunden. Zum Beispiel machte ja, wie geschildert, gerade die Abtrennung des Themenkomplexes der Verhandlungsfähigkeit von den Aspekten forensischer Psychopathologie den progressiven Gehalt im Ansatz von Casper und Liman aus (vgl. III.1.1). Die Subsummierung der Thematik unter die Psychopathologie ist jedoch weniger inhaltlichen Erwägungen geschuldet als den gegenwärtigen formalen Bedingungen, auf die Autoren von Lehrbüchern für den universitären Unterricht Rücksicht nehmen müssen. Dass diese Zuordnung im universitären Lehrfach „Rechtsmedizin“ im so genannten ökologischen Stoffgebiet gemäß ärztlicher Approbationsordnung derzeit so vorgegeben ist, zeigt auch der entsprechende Abschnitt im streng auf den oben erwähnten Gegenstandskatalog und die Strukturierung des ärztlichen Staatsexamens zugeschnittenen Lernkompendium von *Rainer Mattern* über Rechtsmedizin in der bei Studierenden beliebten „Dualen Reihe“ [81].

Während sich das kleine Lehrbuch von Forster und Ropohl an Medizinstudenten richtet, wurde Balduin Forster 1986 daneben auch zum Herausgeber eines umfangreicheren Werkes unter dem Titel „Praxis der Rechtsmedizin für Mediziner und Juristen“, das sich einen festen Platz in der gerichtsmedizinischen Fachliteratur sicherte, auch wenn es nicht den „Nimbus“ des Werkes von Mueller als *dem* Standardwerk der Gerichtlichen Medizin mindern konnte [82]. In dem von Forster herausgegebenen Werk, an dem 18 Autoren mitgearbeitet haben, stellt im Übrigen ein gut fünfseitiger Beitrag von *Reinhard Wille* und *Karin John* die „Termins- und Haftfähigkeit, Vernehmung- und Verhandlungsfähigkeit“ mit ihren jeweiligen begrifflichen Aspekten vor [83]. Wille, Arzt und Jurist, sowie John als Rechtsanwältin erklären dabei in anschaulicher Weise in ihrer konzentrierten, auch mit konkreten Beispielen aus der Rechtspflege illustrierten Darstellung die jeweils im Spannungsfeld von ärztlicher Diagnose und juristischer Entscheidungsfindung erwachsenden Problematiken.

Gleichsam parallel zum kleinen „Forster-Ropohl“, der mehrere Auflagen erfuhr, entwickelte sich in fünf Auflagen von 1975 bis 1992 das kurze von *Wolfgang Schwerd* herausgegebene Lehrbuch „Rechtsmedizin“ zu einem beliebten Lern- und Studierbuch ausdrücklich laut Untertitel für „Mediziner und Juristen“ [84]. Neben zahlreichen namhaften Mitautoren, enthält das Buch auch den Beitrag über „Forensische Psychopathologie“ von *Günter Schewe* und *Günther Reinhardt*. Im Kapitel über „Verfahrensfragen“ [85] wird neben anderem auch die Vernehmung- und Verhandlungsfähigkeit, die begrifflich davon unterschiedene Terminfähigkeit (hier rein im Sinne der Reise- und Transportfähigkeit aufgefasst) und die Haftfähigkeit thematisiert. Die entsprechenden Ausführungen zeichnen sich gegenüber anderen Lehrwerken dieser Art durch eine reichhaltige literarische Quellenbelegung aus dem juristischen Schrifttum aus; hier mag letztlich auch die „Doppelbefähigung“ von Schewe als zwiefach promoviertem Mediziner und Juristen zu Buche geschlagen sein. Die knappen Darlegungen bestechen durch ihre Klarheit; hier findet sich auch die vielleicht eleganteste Definition des Begriffes der Verhandlungsfähigkeit im gerichtsärztlichen Schrifttum in einem Satz: „Unter *Verhandlungsfähigkeit* versteht man dagegen vorwiegend die *geistige Fähigkeit zur Wahrnehmung der Prozessrechte* in der Hauptverhandlung und bei Vornahme einzelner Prozesshandlungen (z. B. Rechtsmittelverzicht nach Urteilsverkündung) sowie die *Fähigkeit, eine Hauptverhandlung ohne unzumutbare Risiken für Leben und Gesundheit durchzustehen.*“ [86]

Erstmalig 1996 ist auf dem Buchmarkt das Kurzlehrbuch namens „Rechtsmedizin systematisch“ von *Randolph Penning* in Erscheinung getreten. Penning und seine Mitarbeiter vermitteln in konzentrierter Weise den Stoff des Faches derart ansprechend für – gemäß Vorwort – Studierende, praktische Ärzte sowie interessierte Juristen und Polizeibeamte, dass 2006 eine neue, überarbeitete Auflage erscheinen konnte [87]. Auch dieses kompakt-dienhafte Buch ordnet in Orientierung am Gegenstandskatalog der ärztlichen Approbationsordnung wie die vorgenannten Lehrwerke den Abschnitt „Haft- und Verhandlungsfähigkeit“ in das Kapitel der „Forensischen Psychopathologie“ ein [88]. Geboten werden hier Zitate der wichtigsten Gesetzesvorschriften und eine knappe Erläuterung dazu. Penning führt zudem stichpunktartig aus, was bereits in hier skizzierten früheren gerichtsmedizinischen Werken an leitenden Gedanken erkennbar wurde wie die Erwägungen bezüglich der *nahen* Lebensgefahr gemäß Strafprozessordnung. Eine solche zu bejahen, dazu „(...) genügt keinesfalls die abstrakte Möglichkeit, dass z. B. ein Hypertoniker durch die Belastung der Straftat einen Apoplex erleiden könnte oder dass eine Koronarsklero-

se zum Herzinfarkt führen könnte.“ [89] Der Autor verweist auch auf die herrschende juristische Meinung, dass selbst die gegebene Gefahr, dass sich durch die Belastungen der Haft eine Krankheit verschlimmere, *nicht* die Haftunfähigkeit des Betroffenen begründe. Ein Aufschub der Strafvollstreckung kann in Fällen schwerer Erkrankungen, wie Penning hervorhebt, wohl zugunsten der Haftanstalt erwogen werden. Neu ist dann jedoch der ethisch motivierte Gedanke, der im älteren Schriftgut so nicht auftauchte, dass bei infauster Prognose die Haftvollstreckung „unter dem Gesichtspunkt der Menschenwürde unzumutbar“ werden könnte [90]. – Penning weist den Leser auch auf das vom Gutachter in seiner abwägenden Schlussfolgerung anzustellende Vergleichen von bisheriger Lebenssituation des Betroffenen zur drohenden Haftsituation hin und befindet: „Strafhaft wird in der Regel nicht belastender sein können als ein übliches Berufsleben.“ [91] Im Zusammenhang mit der fraglichen Verhandlungsfähigkeit bleiben ebenso alte, hier bereits geschilderte gerichtsärztliche Erkenntnisse nicht verschwiegen, wenn der Autor darlegt, dass einem Angeklagten selten damit gedient seien dürfte, wenn eine Verhandlung immer wieder aufgeschoben werde, „(...) da die Ungewissheit der Zukunft meist belastender wirkt als ein Strafprozess.“ [92] Auch will der Autor offensichtlich den kritischen Blick eventuell allzu unbedarfter Ärzte schärfen: „Als Waffe zur Prozessverschleppung wird angebliche Verhandlungsunfähigkeit (...) häufig eingesetzt.“ [93]

Vor dem Hintergrund dieser Gefahr können im Übrigen die jüngeren Lehrbücher wie der „Forster-Ropohl“, Schwerds Lehrbuch oder der „Penning“ auf Neuerungen verweisen, die im älteren Schriftgut noch unbekannt waren. Die Strafprozessordnung berücksichtigt im Paragraphen 231a nunmehr die selbstverschuldete Verhandlungsunfähigkeit. Hat sich der Angeklagte nämlich vorsätzlich und schuldhaft in einen Zustand versetzt, der ihn verhandlungsunfähig macht, so kann unter bestimmten, hier nicht detailliert auszuführenden Bedingungen, die Verhandlung sehr wohl auch ohne seine Anwesenheit geführt werden. Den Beschluss, in Abwesenheit des Angeklagten zu verhandeln, fasst das Gericht ausdrücklich nur nach Anhörung eines Arztes als Sachverständigen und er kann auch schon vor Eröffnung der Hauptverhandlung gefasst werden. Falls der Angeklagte keinen Verteidiger hat, so wird ein solcher bestellt, der dann in seiner Abwesenheit seine Interessen wahrnimmt [94].

Nachdem über längere Zeit in der Rechtsmedizin das Schrifttum hinsichtlich der Lehrwerke geprägt war von kleineren, kompendienartigen Übersichten im Sinne von Kurzlehrbüchern, erschien nach der Wende zum 21. Jahrhundert erstmals wieder ein Werk, das umfassend den Stoff des Faches in seiner Gesamtheit präsentiert. Unter dem Titel „Handbuch gerichtliche Medizin“ erschienen zwei Bände mit den Beiträgen von 110 Autoren auf mehr als 3000 Seiten als umfassendste Abhandlung der Rechtsmedizin, die jemals verfasst worden ist [95]. 2003 erschien zunächst der zweite Band unter der Herausgeberschaft von *Burkhard Madea* und *Bernd Brinkmann*, dem 2004 der erste Band mit den „klassischen“ Gegenständen der Rechtsmedizin mit Brinkmann als erstem und Madea als zweitem Herausgeber folgte [96]. Die Herausgeber wollen dabei bewusst im Springer Verlag an den in diesem Verlag ein Vierteljahrhundert zuvor erschienenen, oben bereits skizzierten zweibändigen Klassiker „Gerichtliche Medizin“ von Berthold Mueller anknüpfen [97], wobei die Zeit der großen „Einmännerbücher“ vorbei und ganz der Epoche der enzyklopädischen „Vielmännerbände“ gewichen sei [98].

Das „Handbuch gerichtliche Medizin“ bietet in seinem zweiten Band eine umfangreiche Darstellung zur Forensischen Psychiatrie. In seinem Beitrag zur „Forensischen Psychopathologie – Diagnostik und Begutachtung“ [99] geht der Stuttgarter Psychiater *Karl-Ludwig Täschner* auch auf die Verhandlungs- und Vernehmungsfähigkeit, die Haftfähigkeit sowie kurz auf die Terminfähigkeit (hier als Bezeichnung nur für die Reisefähigkeit zum Verhandlungsort) ein [100]. In einem weiteren Abschnitt im Kapitel über zivilrechtliche Fragestellungen bespricht Täschner sodann auch im Rahmen des „Scheidungsfolgerechtes“ auf die im gerichtlichen Auftrag zu prüfende Arbeits- und Erwerbsfähigkeit [101].

Stellen schon diese Ausführungen unter der sozusagen klassischen Einordnung unter die forensische Psychopathologie einen fundierten Beitrag zum Thema dar, so bietet das „Handbuch gerichtliche Medizin“ doch noch mehr. Im Kapitel „Rechtsfragen“ geht der Rechtsmediziner und Jurist *Reinhard Dettmeyer* in Zusammenarbeit mit Burkhard Madea eingehender auf Aspekte sachverständiger Beurteilung im Abschnitt „Sachverständigenrecht, Begutachtungsfragen, Versicherungsmedizin“ ein. Die von den Autoren dargestellte medizinische Sachverständigentätigkeit im Ermittlungs- und Strafverfahren umfasst dabei auch die Beurteilung der Vernehmungs-, Verhandlungs- und Haftfähigkeit [102]. Hier finden sich nicht nur die Definitionen der Begriffe, sondern vor allem auch zahlreiche Quellenverweise auf das juristische Schrifttum vom Überblicksbeitrag bis zu Einzelfalldarstellungen anlässlich konkreter Rechtssprüche etwa über die Mittel zur bewussten Herbeiführung der Verhandlungsunfähigkeit [103]. Bezüglich der Verhandlungsfähigkeit dürfen sich die Autoren auch auf einen eigenen, an anderer Stelle nicht eigenständig publizierten Beitrag beziehen, der fundierte Darstellungen zur Problematik bietet (vgl. III.3.1). Geboten wird – eine Rarität im Schrifttum – ein tabellarischer Überblick über einzelne Krankheitsbilder und gesundheitliche Störungen, die konkret in der Rechtssprechung als Ursache von Verhandlungsunfähigkeit berücksichtigt worden sind samt Angabe der Fundstellen in der juristischen Fachliteratur.

Dettmeyer und Madea geben dem gutachterlich Tätigen auch konkrete Handreichungen für seine Arbeit. Den gedanklichen Ablauf zur Begutachtung der Verhandlungsfähigkeit fassen sie dabei in folgende Schritte anhand abzuarbeitender Fragen [104]:

1. Welche Grunderkrankung liegt vor? Organische Grunderkrankung? Psychiatrische Grunderkrankung? Intoxikation? Entzugssymptome?
2. Handelt es sich um einen vorübergehenden Zustand krankheitsbedingter Verhandlungsunfähigkeit?
3. Ist Verhandlungsunfähigkeit vollständig oder nur partiell gegeben?
4. Ist die zugrunde liegende Erkrankung medizinisch kurativ therapierbar? Wenn ja, nach welchem Zeitraum ist die Verhandlungsfähigkeit hergestellt?
5. Falls die zugrunde liegende Erkrankung nicht kurativ therapierbar ist, kann eine palliative Therapie den Zustand der Verhandlungsfähigkeit prognostisch bis zum Abschluss des Verfahrens im 1. Rechtszug gewährleisten?
6. Wird die nur palliativ therapierbare Grunderkrankung in absehbarer Zeit zur Verhandlungsunfähigkeit führen? Wenn ja, in welcher Zeit voraussichtlich?
7. Falls die Grunderkrankung therapierbar ist (kurativ oder palliativ): wie „risikobehaftet“ ist die lege artis erforderliche Therapie?

Mit diesem Manual wie mit weiteren Ausführungen bietet der Beitrag im „Handbuch gerichtliche Medizin“ nicht nur den gegenwärtig aktuellen Stand, sondern ist bisher auch die tiefendeste Darstellung der Problematik in einem rechtsmedizinischen Lehrbuch. – Eingeschlossen etwa auch die Warnung vor der oft erheblichen Skepsis, die dem Gutachter seitens der Gerichte und Staatsanwaltschaften entgegenschlagen kann. Wurde doch nach Erfahrung der Autoren kritisiert, „(...) Verhandlungsfähigkeit werde auffällig häufig von wohlhabenden und intelligenten Beschuldigten geltend gemacht, die sich nicht selten auf die Gutachten namhafter Ärzte berufen.“ [105] Der entsprechend geforderte Gutachter muss daher in Anschlag bringen, dass die Rechtssprechung „gravierende medizinische Befunde“ sowie ein „differenziert begründetes medizinisches Gutachten“ verlangt, soll die ärztliche Bejahung einer Verhandlungsunfähigkeit ihre entsprechende Berücksichtigung finden.

In kurzer Form findet sich im Übrigen auch eine Darstellung zur Verhandlungs-, Haft- und Vernehmungsfähigkeit von *Hans-Ludwig Kröber* im 2003 erschienenen Lehrbuch „Praxis Rechtsmedizin. Befunderhebung, Rekonstruktion, Begutachtung“ [106]. Burkhard Madea hat dieses einbändige Werk als Lehr- und Praxisbuch neben dem opulenten „Handbuch gerichtliche Medizin“ für studentische und ärztliche Kreise herausgegeben, die nicht zum Zielpublikum der umfassenden Darstellungen des großen zweibändigen Werkes, das stets auf dem Niveau des selbst rechtsmedizinisch wissenschaftlich Tätigen Anknüpfungspunkte liefert, gehören.

Kapitel III.2 Spezielle Beiträge für Ärzte im Öffentlichen Gesundheitswesen

III.2.1 Kursorische Beispiele seit dem späten 19. Jahrhundert

Wie schon mehrfach angeklungen, gilt die Prüfung der Haft-, Termin- oder Arbeitsfähigkeit nicht durchweg als Thematik der Gerichtlichen Medizin. Die Lehrwerke Otto Prokops beziehungsweise Beiträge aus den gerichtsmedizinischen Kreisen der DDR zeichnen sich zum Beispiel gerade dadurch aus, dass sie diese Thematik grundsätzlich nicht der Gerichtlichen Medizin zuordnen. Schon früh hat sich auch mit dem Entstehen des Öffentlichen Gesundheitswesens (vgl. I.2.1) quasi neben der akademischen Gerichtsmedizin eine von Praktikern im Staatsdienst getragene medizinische Sparte entwickelt, die nicht zuletzt eine auf ihre Leserschaft zugeschnittene Literatur hervorbrachte. Es fragt sich daher, ob nicht neben den bekannten gerichtsmedizinischen Lehrwerken mit ihrem Bezug auf eine universitäre Medizinerschaft (auch im Sinne der werdenden Mediziner, nämlich der Studierenden) die Thematik der Haft-, Termin- oder Arbeitsfähigkeitsprüfung in Werken für Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst ihre Beachtung findet.

Die Übergänge freilich sind fließend. So darf mit Fug und Recht das zuvor in Abschnitt III.1.2 als „gerichtsmedizinischer Fachbeitrag“ vorgestellte Buch über Gerichtliche Medizin und Gerichtliche Psychiatrie von Friedrich Pietrusky und Max de Crinis als ein solches Lehrbuch für Praktiker im staatlichen Sanitätsdienst bezeichnet werden. Erschien es doch 1938 als Band 15 der „Handbücherei für den öffentlichen Gesundheitsdienst“ in einer aus dem Reichs- und Preußischen Ministerium des Inneren im Berliner Carl Heymanns Verlag herausgegebenen Schriftenreihe. Pietrusky weist so auch in seinem Vorwort darauf hin, dass der Beitrag „(...) auf beschränktem Raum das für den praktischen

Gerichtsarzt Wichtigste zu bringen (...)“ als Aufgabe habe. Gemeint sei damit „(...) der Praktiker, der nicht Facharzt für Gerichtliche Medizin ist, dem aber als Beamten des Gesundheitsamtes die gerichtsärztlichen Aufgaben seines Bezirkes obliegen (...)“ [107]

Derartig ausgerichtete Werke mit dem Ziel praktischer Nutzenanwendung sind verständlicherweise auch schon weitaus früher erschienen. *Hermann Friedberg*, der einerseits Professor der Staatsarzneikunde an der Universität Breslau war, aber auch das dortige Amt des Kreisphysikus inne hatte, veröffentlichte im letzten Viertel des 19. Jahrhunderts in verschiedenen Büchern konkrete gerichtsärztliche Gutachten aus seiner Praxis mit dem Ziel, seinen Kollegen vorbildliche Musterbeispiele zu bieten. Friedbergs Vorstellung zufolge „(...) soll das gerichtsärztliche Gutachten eine den *Richter* überzeugende *klinische* Darstellung sein. Wenn dieser Grundsatz“ – so Friedberg weiter – „zur Geltung gelangt, versetzt er den Arzt in die Nothwendigkeit, bei der Erstattung gerichtsärztlicher Gutachten die wissenschaftliche Methode des Klinikers anzuwenden und ihnen diejenige Fassung zu geben, welche dem Richter ermöglicht, dieselben zu verstehen und zu prüfen, wie es die dem Richter zustehende freie Beweiswürdigung erheischt.“ [108] Unter dieser heute noch immer aktuellen Maxime bietet Friedberg in seinem Buch „Gerichtsärztliche Praxis. Vierzig gerichtsärztliche Gutachten“ von 1881 [109] unter anderem neben strafrechtlichen Zurechnungsfähigkeitsbeurteilungen und Problemen der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit vor dem Hintergrund der Entschädigungspflicht auch das Beispiel einer Haftfähigkeitsprüfung. Dabei war 1877 auf dessen eigenen Antrag hin ein 49-jähriger Kaufmann gerichtsärztlich daraufhin zu untersuchen, ob er eine sechsmonatige Haftstrafe ohne erhebliche Gefährdung seiner Gesundheit ableisten könne. Friedberg kommt zu dem Schluss, dass der „an einer Affection der Lunge, des Herzens, des Magens und der Leber, an Blutverarmung und Entkräftung“ leidende Mann „während der nächstfolgenden zehn Wochen haftunfähig“ sei [110]. Die Schilderungen sind so präzise, dass auch der heutige Kliniker das Bild einer globalen Herzinsuffizienz mit Stauung im kleinen und großen Kreislauf, offenbar zum fraglichen Zeitpunkt in einer Phase der Dekompensation, erkennen kann. Der Proband sei nach Friedberg aktuell so erheblich erkrankt, dass er an sich in seiner Gesundheit gefährdet sei und eine nach den damaligen therapeutischen Maßstäben ausgerichtete Kur mit Mineralbrunnen und Bewegungstherapie notwendig erscheine – unabhängig von dem Aspekt der Straffälligkeit des Probanden. Müsse er nun aber ein halbes Jahr in Haft, könne diese Maßnahme nicht stattfinden und es gehe somit von der Haftvollstreckung – gemäß der Circularverfügung des preußischen Justizministers vom 03. Februar 1853 – „eine nahe, erhebliche und nicht wieder gut zu machende Gefahr für die Gesundheit“ des Betroffenen aus. Der Strafvollzug sei daher aufzuschieben, so dass zunächst die mehrwöchige therapeutische Maßnahme stattfinden könne [111].

War Friedberg neben seiner Beamtung als Kreisarzt auch Professor an der Universität, so darf bei ihm wohl schon von Berufs wegen ein pädagogischer Impetus angesetzt werden. Im Jahre 1906 ließen dagegen *Ludwig Hoche*, als Kreisarzt in Geestemünde, und *R. Hoche*, als Regierungsrat in Kassel, rein als die oft beschworenen Männer der Praxis in einem Hamburger Verlag ihr „Aerztliches Rechtsbuch“ erscheinen [112]. Veranlasst sahen sie sich dazu laut Vorwort, weil zwar vorzügliche Bücher über forensisch medizinische Thematiken existierten, sich aber in der Praxis immer wieder zeige, dass bei Ärzten in ihrem Arbeitsalltag hinsichtlich der konkreten Umsetzung bezüglich gesetzlicher und

instruktioneller Aspekte offene Fragen bleiben. „Es scheint dies dafür zu sprechen, dass die vorhandenen Werke dem Bedürfnisse des ärztlichen Praktikers (...) nicht genügend entgegenkommen (...)“, wie die Autoren erklären [113]. In ihrem wohlstrukturierten, als Kompendium zu gebrauchenden Buch versammeln sie auf über 1000 Seiten alle Aspekte medizinischer Praxis in alltagsnaher Detailbetrachtung von der ärztlichen Ausbildung, dem öffentlichen und privaten Gesundheitswesen ihrer Zeit bis zu juristischen Fragen des ärztlichen Berufslebens (etwa rechtliche Besonderheiten bezüglich der Automobile, die Ärzte in ihrer Berufsausübung sich neuerdings zulegten [114]). Im elften Abschnitt des Handbuches werden auch die rechtlichen Eckpunkte der gerichtsärztlichen Tätigkeit vorgestellt, wobei im Überflug sämtliche Aspekte der Arbeit als Sachverständiger Beachtung finden. Immer liegt das Augenmerk auf praktischen Erwägungen; für den Kreisarzt findet sich zwar auch ein kurzer Abriss bezüglich der Obduktionstechnik, doch werden stets Fragen angeschossen, auf die zugegebenermaßen die bekannten gerichtsmedizinischen Lehrbücher die Antwort schuldig bleiben: Wer besorgt zum Beispiel vor Ort Geschirr, Wasser und Seife, wenn der Gerichtsarzt zur Obduktion anreist (das Sezierbesteck hat er selbst mitzubringen)? Oder wer muss im Winter rechtzeitig für die Heizung der Räumlichkeiten sorgen, damit der Gerichtsarzt nicht eine unaufgetaute Leiche vorfindet, an der – abgesehen von den praktischen Schwierigkeiten – nach staatlichem Regulativ die Sektion nicht durchgeführt werden darf? – Im entsprechenden Abschnitt über die „Gerichtsärztliche Begutachtung der Geistestätigkeit“ [115] spielen gutachterliche Belange aus Zivil- und Strafprozess eine Rolle, wobei auch Fragen der Geschäftsfähigkeit, der Prozessfähigkeit, der Einstellung eines Verfahrens wegen Geisteskrankheit, Strafaufschub und so weiter angeschnitten werden. In diesem Kompendium findet sich indessen kein eigentlicher Abschnitt über Vollzugs- oder Terminfähigkeit; entsprechende Fragen werden jeweils anhand der konkreten Verfahrensinhalte (etwa zivilrechtliche Verfahren in Zusammenhang mit Ehe- oder Entmündigungssachen) diskutiert.

Aus der selben Epoche stammt ähnlich als ein literarischer Beitrag für die Praxis das von dem Potsdamer Medizinalrat *Emanuel Roth* und dem Kreisarzt und Leiter der Irren-Abteilung der Strafanstalt Berlin-Moabit *Arthur Leppmann* herausgebrachte mehrbändige Werk „Der Kreisarzt“. Ursprünglich herausgegeben unter dem Titel „Der preußische Physikus“ von *Isaac S. Schlockow* – seines Zeichens nach Mitte des 19. Jahrhunderts selbst Physikus in Breslau –, versteht sich das in vielen Auflagen erschienene Werk als „Anleitung zur Kreisarztprüfung, zur Geschäftsführung der Medizinalbeamten und zur Sachverständigen-Tätigkeit der Ärzte“ [116]. Im Band II findet sich dabei eine Darstellung der Gerichtlichen Medizin und der Gerichtlichen Psychiatrie, die im Kapitel über „Die Beurteilung von Geisteszuständen in strafrechtlicher Beziehung“ auch Verhandlungsfähigkeit, Zeugnisfähigkeit sowie Haftfähigkeit thematisiert [117]. Wie die Einordnung in ein Kapitel zur forensischen Psychiatrie schon andeutet, heben die Autoren dabei jedoch nur auf Fragen einer Geisteskrankheit in Zusammenhang mit Verhandlungsführung beziehungsweise Strafvollstreckung, aber nicht auf Aspekte somatischer Erkrankungen ab.

III.2.2 Neuere Beiträge im 20. Jahrhundert

Die gebrachten Beispiele sind jene heute mehr oder weniger zufällig aus den Regalen der Bibliotheken zu Tage zu fördernden, da vormals sehr verbreiteten Beiträge, die hier auch

nur Schlaglichter auf die literarische Landschaft werfen sollen. Für die neuere Zeit ist in dieser Hinsicht als praktische Handreichung die auch punktuell aktualisierbare Loseblattausgabe „Das grüne Gehirn“ mit dem erläuternden Untertitel „Der Arzt des öffentlichen Gesundheitswesens“ zu nennen. Zunächst bis 1967 im Thieme Verlag erschienen, wurde nach einer Pause von zwei Jahrzehnten im Verlag R. S. Schulz 1988 eine achte, aktualisierte und erweiterte Ausgabe der über 2000 Seiten fassenden, grünen Hefterkladde von *Walter Bachmann, Edit Loeffelholz von Colberg, Gerhard Dalichau, Peter Schiwy* und *Hans Grüner* auf den Markt gebracht [118].

Wie die Zusammensetzung der Gruppe der Herausgeber nahe legt, die im Wesentlichen aus Juristen, aber auch Verwaltungsbeamten des Gesundheitswesens besteht, ist „Das grüne Gehirn“ nicht nur in seiner äußeren Erscheinungsform den – allerdings typischerweise rot eingebundenen – Loseblattsammlungen der juristischen Fachliteratur an die Seite zu stellen. Für die einzelnen Abteilungen wurden namhafte Fachreferenten als Autoren gewonnen, so versammeln sich im „Teil J“ über den Bereich der Rechtsmedizin neben der Medizinerin Loeffelholz von Colberg von der Münchener Gesundheitsbehörde auch als Vertreter der universitären Rechtsmedizin mit bekannten Namen *Wolfgang Spann, Wolfgang Eisenmenger, Gerold Kauert* und *Edith Tutsch-Bauer*. Im ersten Abschnitt über die „Rechtsmedizinische Begutachtung“ stellt Edit Loeffelholz von Colberg in knapper Weise für die Begutachtung im Strafrecht die Haftfähigkeit sowie die Verhandlungs-, Vernehmung- und Eidesfähigkeit [119] dar respektive für die Begutachtung im bürgerlichen Recht die Frage der „Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit bei Unterhaltsverpflichtungen und im Ehescheidungsverfahren“ [120].

Auch wenn es an dieser Stelle nicht um eine vollständige Erfassung der entsprechenden Literatur geht, sondern nur um exemplarische Skizzierung als Hinweis auf ein in der Landkarte der gerichtsärztlichen Literaturwelt zu verzeichnendes Spezialgebiet, darf ein Werk nicht übergangen werden, nämlich das „Handwörterbuch der Rechtsmedizin für Sachverständige und Juristen“. Herausgegeben von dem Neurologen und Psychiater *Georg Eisen*, der selbst als Medizinaldirektor in staatlichen Diensten stand, erschienen 1973, 1974 und 1977 drei reichhaltige Bände im Stuttgarter Ferdinand Enke Verlag [121].

Eisen gewann zahlreiche in ihren Fachgebieten namhafte Autoren, die einzelne in sich geschlossene Beiträge von oft vielen Seiten Umfang verfassten, die wiederum in den Bänden alphabetisch angeordnet dem Ganzen den Charakter eines lexikalischen Nachschlagewerkes geben. Bemerkenswert ist dabei, dass Eisen zur Ordnung des Stoffes nicht wie sonst üblich eine Fachdisziplin (Rechtsmedizin, Psychiatrie, Kriminologie etc.) mit ihrer Strukturierung und ihren speziellen Zugangsweisen zum Leitfaden wählte, sondern aus der Praxis sozusagen vom realen Objekt des Interesses her dachte: Nämlich vom Rechtsbruch her und den spezifischen „Reaktionsweisen“ der involvierten rechtsstaatlichen Organe von der Ermittlung über die Gerichtsverhandlung bis zum anschließenden Vollzug der Strafe. So versammelt der Band I von 1973 unter dem Titel „Die Tat und ihr Nachweis“ zunächst die Beiträge aus der Rechtsmedizin über „Gesundheitsschäden und Tod durch gewaltsame äußere Einwirkungen“ und den „Plötzlichen Tod aus natürlicher Ursache“ sowie Fragen des „Vaterschaftsnachweises“ und der „Verkehrsmedizin“. Der Band II von 1974 zeigt dann unter dem Titel „Der Täter. Persönlichkeit und Verhalten“, welches Wissen aus psychologischer Sicht über das so genannte seelisch „Normale“, das „Abnormale“ im psychologisch-psychopathologischen Grenzbereich und das seelisch „Kranke“ existiert mit Blick auf konkrete Probleme der sachverständigen Begutachtung

in Straf- und Zivilrecht. Der 1977 erschienene Band III reflektiert schließlich unter dem Titel „Der Täter, sein sozialer Bezug, seine Begutachtung und Behandlung“ die Wissensgebiete aus der Kriminologie mit ihren Unterdisziplinen, Beiträge der Rechtswissenschaft, die Gegebenheiten im deutschen Sachverständigenwesen sowie das große Kapitel des Strafvollzuges.

Unter dieser Angehensweise versammelt das Handwörterbuch Informationen aus verschiedenen Bereichen der Rechtspflege, die sich sonst schwerlich in einer Publikation so detail- und kenntnisreich zusammen finden lassen. Weil sich Eisens Handwörterbuch derart „hilfreich mit Details, die anderswo nicht schnell nachlesbar waren,“ [122] zeigte, fand es auch einen festen Platz in vielen rechtsmedizinischen Institutsbibliotheken neben den in Abschnitt **III.1.2** erwähnten, vertrauten Lehrwerken der Gerichtlichen Medizin von Mueller, Ponsold und anderen. – Abgesehen von der Problematik der Arbeitsfähigkeit findet sich in ihm reichhaltiges Material bezüglich der hier thematisierten gerichtsärztlich zu prüfenden Terminfähigkeit (insbesondere der Verhandlungsfähigkeit) und vor allem der Haftfähigkeit im Rahmen der Darstellung des Strafvollzuges in Band III. Einzelheiten sollen an dieser Stelle erst gar nicht erwähnt werden; dass trotz inzwischen eingetretener Änderungen *Gunter Suttingers* Beitrag zur „Allgemeinen Strafvollzugskunde“ [123] als noch immer fundierte Studie zum Thema herangezogen werden kann, wurde bereits im **Teil I** deutlich (vgl. **I.5.6**). Die mehrseitige Darstellung über den „Ärztlichen Dienst im Justizvollzug“ des im medizinischen Bereich der Berliner Vollzugsanstalten tätigen Arztes *Jan-Hinnerk Husen* ist einer der raren literarischen Beiträge überhaupt, in dem der Aspekt der Arbeitsfähigkeit von Strafgefangenen thematisiert wird [124]. Der seinerzeitige Leiter des Zentralkrankenhauses Hohenasperg im baden-württembergischen Justizvollzug *Gerhard Mauch* steuerte sodann einen Artikel über „Haftfähigkeit“ bei, der die umfassendste Darstellung im Rahmen eines der hier vorgestellten Lehrwerke überhaupt ist. Von Mauch stammt dabei auch die Erkenntnis, dass es zur Haftfähigkeit eigentlich kaum Literatur gebe; das Literaturverzeichnis zu seinem Beitrag bleibt so bis auf den Hinweis auf die einschlägigen Kommentare zur Strafprozessordnung und einen Kommentar zur damaligen Strafvollstreckungsordnung auch leer [125]. – Mauchs Beitrag zum „Handwörterbuch der Rechtsmedizin“ speist sich vielmehr aus der profunden Kenntnis des langjährigen Praktikers selbst.

III.2.3 Hinweis auf Publikationen aus der forensischen Psychiatrie

Im Rahmen der Vorstellung von Lehrwerken der Gerichtlichen Medizin im Abschnitt **III.1.2** zeigte sich, dass die Haft- und Terminfähigkeit zumeist als Problematik im Kapitel der „Forensischen Psychopathologie“ verortet wurde beziehungsweise, dass bei Büchern von mehreren Autoren die Problematik oft nicht vom rechtsmedizinischen Fachmann bearbeitet, sondern dem hinzugezogenen Vertreter der Psychiatrie überantwortet wurde. Dies verweist darauf, dass literarische Fundstellen zur gerichtsärztlichen Begutachtung von Haft-, Verhandlungs- oder Vernehmungsfähigkeit auch in der Fachliteratur der forensischen Psychiatrie respektive in Darstellungen aus dem psychopathologischen Bereich zu erwarten sind.

– Und in der Tat betritt man hier ein weites Feld, das beigefügte Literaturverzeichnis zu dieser Arbeit listet nur einige Beiträge auf, die bei der grundlegenden Literaturrecherche herangezogen wurden. Wenn indessen in diesem Abschnitt diese Literatur nicht weiter gewürdigt wird, so ist darin keine inhaltliche Gewichtung bezüglich ihrer Qualität zu sehen. Insofern an dieser Stelle nämlich die gerichtsärztliche Prüfung der Haft-, Ter-

min- und Arbeitsfähigkeit am Beispiel des Hamburger Gerichtsärztlichen Dienstes darzustellen ist, handelt es sich um die Auseinandersetzung mit *somatischen* gesundheitlichen Störungen und ihren gerichtlich zu würdigenden Auswirkungen. Die im Übrigen in der einschlägigen Literatur durchaus eingehender beachteten Aspekte forensisch-psychiatrischer Begutachtung sollen daher bewusst zu Gunsten dieses sonst in Publikationen vernachlässigten Teilbereiches der Klinischen Rechtsmedizin zurück treten.

Stellvertretend für die Fachliteratur aus dem nervenkundlichen Bereich der Medizin soll hier nur der Band „Forensische Psychiatrie“ von *Konrad von Oefele* aus dem Schattauer Verlag vorgestellt werden [126]. Das 1998 erschienene handlich kleine Buch des Münchener Landgerichtsarztes und Dozenten der dortigen Akademie für Öffentliches Gesundheitswesens will als „Leitfaden für die klinische und gutachterliche Praxis“ Einführung und begleitende praktische Hilfe für Mediziner sein, die sich der Aufgabe gegenübersehen, sich als Gutachter über forensisch-psychiatrische Fragen äußern zu müssen [127].

Sichtlich, wie im Vorwort dargelegt, aus „vielen Vorlesungen und Seminaren für Studenten der Medizin, Rechte und Psychologie“ und „Weiterbildungskursen für Ärzte an der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen“ hervorgegangen [128], hat von Oefeles kompaktes Lehrbuch den systematischen Anspruch, unabhängig vom psychiatrischen Gehalt der in ihm zu thematisierenden Begutachtungen zunächst auch Begriffe und Sachverhalte aus juristischer Sicht umfassend zu erklären. So bietet das fünfte Kapitel über „Termin- und Haftfähigkeit“ [129] eine exzellente Darstellung der Problematik, die in einem Abschnitt zum Beispiel auch eigens auf „Verhandlungsfähigkeit bei körperlichen Störungen“ [130] eingeht. Ebenso werden, wie zahlreiche weitere Begriffe, in einem anderen Kapitel auch Krankheit, Arbeitsfähigkeit, Berufsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit im Rahmen des Sozialrechtes vorgestellt [131]. Auch wer als Gutachter nicht über forensisch-psychiatrische Sachverhalte zu befinden hat, sondern mit anderen gerichtsärztlichen Problemstellungen aus dem somatischen Bereich konfrontiert ist, findet daher in von Oefeles Leitfaden ein nützliches Handbuch. – Die Darstellung über die Begutachtungen des Hamburger Gerichtsärztlichen Dienstes der drei Jahrzehnte von 1975 bis 2004 in **Teil IV** stützt sich begrifflich bei ihrer Einteilung der gerichtsärztlichen Untersuchungsarten im Übrigen auf die schlüssige Kategorisierung, wie sie von Oefele in seinem Lehrbuch verwendet (zur Verwendung des Begriffes der *Terminfähigkeit* vergleiche auch 0.2 beziehungsweise IV.0).

Kapitel III.3 Kleinere Beiträge – insbesondere Zeitschriftenveröffentlichungen

III.3.1 Zuerst Gegenstand der Aufmerksamkeit: Haft- und Gewahrsamsfähigkeit

Ein wesentlicher Teil fachwissenschaftlicher Publikationen besteht in den so genannten *nicht eigenständigen Beiträgen*, in Veröffentlichungen, die also nicht im Sinne einer Monographie, im Sinne sozusagen des „klassischen“ Buches über ein Thema, als eigenständiges Werk veröffentlicht werden. Wie in Abschnitt **III.1.2** erwähnt, kann sich die Darstellung über Sachverständigenrecht, Begutachtungsfragen und Versicherungsmedizin von Reinhard Dettmeyer und Burkhard Madea im „Handbuch gerichtliche Medizin“ in ihren Ausführungen über Verhandlungsfähigkeit auf einen zuvor erschienen Beitrag der beiden Autoren stützen. Im Jahre 2000 veröffentlichten Dettmeyer und Madea einen

knapp zehnteiligen Beitrag über „Verhandlungsfähigkeit - medizinische Begutachtung und strafprozessuale Bedeutung“, der im Rahmen der Festschrift für *Volkmar Schneider* abgedruckt wurde, die *Markus A. Rothschild* für seinen akademischen Lehrer unter dem Titel „Das neue Jahrtausend: Herausforderungen an die Rechtsmedizin“ herausgab [132].

Im wesentlichen sind nicht eigenständige Publikationen jedoch Beiträge in Fachzeitschriften. In den kurzen Artikeln, für die längst unzählige Fachzeitschriften mit mehr oder weniger enger Eingrenzung der Thematik existieren, kann rascher auf Neuerungen im Sinne gemachter Fortschritte aber auch neu aufgetretener Problematiken eingegangen werden. Artikel in den Periodika spiegeln so aktuell den erreichten Stand wie auch die noch bestehenden Desiderate. Zahlenmäßig im Vordergrund stehen, was die hier interessierenden Veröffentlichungen zur Haft- und Terminfähigkeit angeht, die Erscheinungen in *juristischen* Fachzeitschriften. Gemäß der einleitend genannten Zielrichtung (vgl. III.0) sollen hier jedoch juristische Beiträge nicht einer Darstellung unterzogen werden. Aus dem zu thematisierenden Bereich medizinischer Veröffentlichungsorgane fallen Beiträge nicht nur aus dem rechtsmedizinischen, sondern auch aus anderen Sparten der Medizin auf. Wie schon Ludwig und R. Hoche im Vorwort ihres an der Praxis orientierten „Ärztlichen Rechtsbuches“ (vgl. III.2.1) in der Zeit der Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert bemerkten, spiegelt sich dabei eine virulente Thematik oft in jenen von Kollegen an andere Ärzte in den „Fragekästen der ärztlichen wissenschaftlichen und Anzeige-Blätter gestellten Fragen“ [133] wider. Ein neueres in das hier betrachtete gerichtsärztliche Gebiet fallende Beispiel ist der zweiseitige Beitrag von Reinhard Dettmeyer, der sich im Oktober 2005 unter dem Titel „Prüfungsmodalitäten der Gewahrsamstauglichkeit“ interessanterweise in der „Arzneimittel-, Therapie-Kritik“ aus dem Münchener Marseille-Verlag veröffentlicht fand, die als Zeitschriften-Addendum etwa der „Pädiatrischen Praxis - Zeitschrift für Kinder- und Jugendmedizin in Klinik und Praxis“ beigefügt erscheint [134]. An diesem beinahe schon verstecktem Ort antwortete Dettmeyer auf die in einem früheren Heft gestellte Frage eines medizinischen Kollegen, welche ärztlichen Untersuchungen für eine *Haftfähigkeitsbescheinigung* bei festgenommenen Personen erforderlich seien. Zunächst klärt Dettmeyer im Übrigen den in seiner Praxis offenbar einmal entsprechend damit konfrontierten Arzt darüber auf, dass es sich bei polizeilich Festgenommenen um die Prüfung der Gewahrsamstauglichkeit handele und nicht um die auf die richterlich angeordnete Untersuchungs- und Straftat bezogene Haftfähigkeit (zur Unterscheidung vgl. II.3.2). Diese begriffliche Unsicherheit zeigt, dass die Thematik in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung bisher offensichtlich keine große Berücksichtigung gefunden hat.

Derartige Beiträge der so genannten „kleinen“ Literatur (bisweilen auch als „graue“ Literatur bezeichnet), die sich häufig auch nicht in den offiziellen Inhaltsverzeichnissen und Publikationslisten dokumentiert findet, werden ergänzt durch Beiträge regionaler oder vom Leserkreis sonst her eingegrenzter Publikationsorgane wie den Zeitschriften der regionalen Ärztekammern. Durch ihre nahe Leserbindung wird hier oft rasch auf aktuell aufgekommene Fragen reagiert und praxisnah Information geliefert. Eine aber auch in weiteren Kreisen bekannt gewordene Zeitschriftenveröffentlichung zur Thematik ist der mit sechs eng bedruckten Seiten relativ materialreiche Aufsatz „Arzt und Gewahrsams- / Haftfähigkeit“ von *Regine Kiesecker*. Die Juristin veröffentlichte ihren Beitrag, als stellvertretende Geschäftsführerin der südwürttembergischen Bezirksärztekammer mit den

aus der ärztlichen Praxis kommenden Fragestellungen vertraut, im Jahre 1999 in der Medizinischen Rundschau [135].

Ein anderer Beitrag, der in der justizmedizinischen Ärzteschaft wegen seiner konkreten klinischen Angaben zu einzelnen Symptomen von Alkohol- und sonstiger Intoxikation auch schon einmal in Kopie als Tipp zur praktischen Arbeit weitergereicht wurde, erschien 2001 in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift. *Christoph Elsing* aus dem St.-Elisabeth-Krankenhaus in Dorsten veröffentlichte in Zusammenarbeit mit *Thorsten Schlenker* und *Wolfgang Stremmel* von der Medizinischen Klinik des Heidelberger Universitätsklinikums einen Aufsatz über „Haft- und Gewahrsamsfähigkeit aus internistischer Sicht“ [136]. Der sehr praxisnahe Artikel geht vor allem auf die Beurteilung des Bewusstseinszustandes bei bewusstseinsgetriebenen Patienten ein vor dem Hintergrund möglicher vitaler Gefährdungen von Personen im Polizeigewahrsam, die – falls vom Arzt übersehen – einen Tod der Betroffenen nach sich ziehen können, wenn hernach die nicht weiter ärztlich überwachte Unterbringung in Hafträumen auf Grund der ausgestellten Gewahrsamsfähigkeit geschieht.

Insbesondere die *Gewahrsamsfähigkeit*, deren Überprüfung sich immerhin jeder Arzt leicht einmal als Aufgabe gegenüber gestellt sehen kann, scheint es zur Beachtung in den medizinischen Publikationsorganen gebracht zu haben. Insofern die Thematik der Gewahrsamsfähigkeit hier jedoch ausdrücklich nicht Gegenstand der Untersuchung seien soll (vgl. **II.3.2**) mag an dieser Stelle zur Abrundung lediglich auf den Artikel „Problematik der Gewahrsamstauglichkeit“ verwiesen werden, den mit rechtsmedizinischem Hintergrund *Steffen Heide*, *Dankwart Stiller* und *Manfred Kleiber* 2003 an prominenter Stelle im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht haben [137].

III.3.2 Neuerdings thematisiert: Verhandlungsfähigkeit

Die Frage nach der *Verhandlungsfähigkeit* schien dagegen lange Zeit keine publikatorische Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen. Für interessierte Kreise vor allem aus der gerichtsärztlichen Sphäre erschien mittlerweile im Publikationsorgan der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin, der im Springer Verlag erscheinenden Zeitschrift „Rechtsmedizin“, jedoch eine umfassendere Darstellung der Thematik. Das Heft Nummer 3 im 15. Band der Zeitschrift widmete im Juni 2005 sein Leitthema ganz dem bisher weniger beachteten Thema der Verhandlungsfähigkeit. Wie in ihrem Editorial *Markus A. Rothschild* und *Klaus Püschel* bemerken, hat der Begriff seit seiner Einführung in die deutsche Rechtsprechung im 19. Jahrhundert gewisse historische Wandlungen erfahren müssen [138]. Zunächst eine Art von Randthema, rückte die Verhandlungsfähigkeit besonders in den 1970er Jahren in das Interesse der juristisch interessierten Kreise: „Die Justiz kam durch die so genannten RAF-Prozesse an den Rand ihrer strafprozessuralen Handlungsfähigkeit. Die Angeklagten setzten sich nämlich durch verschiedene Aktionen in- und außerhalb des Gerichtssaales immer wieder in einen Zustand der Verhandlungsunfähigkeit.“ [139] Die bereits erwähnten Neuerungen in der Strafprozessordnung im Rahmen des Paragraphen 231a (vgl. **III.1.2**) bezüglich der schuldhaft selbst herbeigeführten Verhandlungsunfähigkeit zur Abwehr bewusster Prozessverschleppung sind nicht zuletzt Reaktionen der Rechtspflege auf diese Situation. Zum anderen kam es, wie Rothschild und Püschel bemerken, zu einer Häufung von Verfahren im Rahmen von Verbrechen der NS-Zeit, wobei mittlerweile gealterte Angeklagte regelmäßig bezüglich ihrer gesundheit-

lichen Gefährdung im Rahmen durchzuführender, oft sehr lang sich erstreckender Hauptverhandlungen zu begutachten waren. Nicht nur sorgte dies für ein allgemeines öffentliches Echo, es erwies sich für die gerichtsärztliche Praxis auch, dass bislang „Standards und Erfahrungen bei der Beurteilung des alten Angeklagten (...) schlichtweg völlig (...)“ [140] fehlten. Neuerlich wurde die Brisanz des Fehlens gerichtsärztlicher Standards spürbar, als zu Beginn der 1990er Jahre die Verfahren gegen Mitglieder des ehemaligen Politbüros der DDR sowie die von den Medien so getauften „Mauerschützenprozesse“ begonnen haben. Hier wurde, gemäß der Darstellung von Rothschild und Püschel, besonders das Manko spürbar, wie eine noch tolerable Risikohöhe gutachtlich objektiv eingegrenzt und vor allem auch durch konkrete Hinweise zur Durchführung eines schonenden Verfahrens ergänzt werden kann. Wurden nämlich zur Zeit der oben erwähnten NS-Prozesse in der ratlosen Situation, wie das Risiko für entsprechende Angeklagte objektiv einzuschätzen sei, aus Vorsicht zahlreiche Hauptverhandlungen ganz eingestellt, so galt es nun, bei einer offensichtlich nicht gegebenen *vollen* Verhandlungsfähigkeit durch Modifizierungen der Verhandlungsdurchführung den Fortgang der Prozesse zu gewährleisten. Doch welche Maßstäbe sind anzusetzen? Welche Stundenzahl ist zum Beispiel dem Gericht als maximale Höchstdauer für eine Sitzung aus ärztlicher Sicht anzuzeigen, um den Angeklagten nicht einer Gefährdung auszusetzen? Hier geht es sichtlich nicht mehr nur um die Einschätzung von Konzentrations- und Denkfähigkeit im Sinne der geistigen Klarheit, hinsichtlich der forensisch-psychologische Abwägungen schon eine längere Tradition aufweisen können, wie der Blick in die gerichtsmedizinische Literatur in Abschnitt III.1.2 zeigte. Die „(...) noch tolerable Risikohöhe für die Gesundheit eines Menschen, die Beurteilung der Schwere einer vorbestehenden Erkrankung, die Zumutbarkeit bzw. die Risiken und Nebenwirkungen einer Therapie zum Erhalt oder zur Wiederherstellung der Gesundheit (...)“ [141], dies alles betrifft Fragen, die profunde nur der jeweilige Facharzt aus der klinischen Medizin im Einzelfall beantworten kann, weil dem Rechtsmediziner bis auf Ausnahmefälle in der Regel hierzu die nötige Sachkunde abgeht. Andererseits „(...) wird aber der klinische Spezialist ohne einen Rechtsmediziner kaum beurteilen können, welche Anstrengungen und Stressfaktoren die Durchführung einer Hauptverhandlung (...)“ für einen Betroffenen überhaupt mit sich bringen kann und welche strafprozessuralen Möglichkeiten es juristischerseits gibt, „(...) einer eingeschränkten Verhandlungsfähigkeit sinnvoll und zumutbar zu begegnen.“ [142]

Rothschild und Püschel machen geltend, dass unter dieser Perspektive die Beurteilung der Verhandlungsfähigkeit in vielen Fällen „(...) nur durch ein gut kooperierendes Tandem aus klinischem Fachspezialisten und Rechtsmediziner möglich sein (...)“ wird [143]. Während die beiden Autoren in ihrem Editorial dann diese Erwägungen auch mit Blick auf die Problematik ärztlich zu prüfender Vernehmungsfähigkeit und Gewahrsamstauglichkeit fortsetzen, wendet sich, wie bereits erwähnt, das Leitthema der entsprechenden Ausgabe der Zeitschrift ganz der Problematik der *Verhandlungsfähigkeit* zu.

Beinahe zwanzig Seiten des Heftes widmen sich vor allem aus dem Wissen der klinischen Medizin sich speisenden Darstellungen. Eine auch nur ansatzweise dem gerecht werdende Skizzierung würde den Rahmen an dieser Stelle sprengen. Im einzelnen bietet das Heft die folgenden, hier nur breviaturartig erwähnten Beiträge [144]: „Die Verhandlungsfähigkeit neurochirurgischer Patienten“ von **H.-C. Ludwig**; „Verhandlungsfähigkeit postoperativer Patienten“ von **B. Lange**; „Die Verhandlungsfähigkeit des alten (multimorbiden) Patienten“ von **G. Stoppe**; „Verhandlungsfähigkeit bei geistig behinder-

ten Menschen“ von *K. Hoffmann*; „Verhandlungsfähigkeit von Rheumapatienten“ von *S. Blaschke*; „Verhandlungsfähigkeit und Schwangerschaft“ von *S. Westphalen*, *H. Westphalen* und *G. Emons* sowie „Verhandlungsfähigkeit bei Schlafstörungen“ von *W. Jordan* und *E. Rütther*. – Dieses reichhaltige an konkreten klinischen Aspekten orientierte Panorama an Information wird im selben Heft dadurch ergänzt, dass die in der Zeitschrift etablierte Rubrik „Weiterbildung und zertifizierte Fortbildung“ sich unter der Bearbeitung von Markus A. Rothschild der Thematik „Gewahrsamstauglichkeit, Vernehmungsfähigkeit und Verhandlungsfähigkeit“ widmet. Die Beiträge der Weiter- und Fortbildung in der Zeitschrift „Rechtsmedizin“ beanspruchen dabei grundsätzlich, dem Facharzt als Repetitorium dienen zu können und entsprechen daher dem Wissenstand der Facharztprüfung für den jeweiligen Arzt in seiner Weiterbildung durch Wiedergabe gesicherter Aussagen zum Thema. Die komprimierten Informationen, die Rothschild auf über zehn Seiten bietet, dürfen daher als Wiedergabe des gegenwärtigen gerichtsärztlichen Grundwissens zur Thematik gelten [145].

Die Beiträge von 2005 in der „Rechtsmedizin“ wenden sich an das rechtsmedizinische Fachpublikum, um gemäß der Erkenntnis, dass der Gerichtsarzt heute in vielen Fällen nicht mehr als „Einzelkämpfer“ fundiert sachverständig gutachten kann, Wissen und intellektuelle Anknüpfungspunkte der klinischen Medizin für gerichtsärztlich Tätige zu bieten. Konsequenterweise trug in der Folge das Autorengespann von Markus A. Rothschild, dem Kölner Internisten *Erland Erdmann* und dem Frankfurter Rechtsmediziner *Markus Parzeller* die Thematik der Terminfähigkeit in weitere Kreise der Ärzteschaft. Im November 2007 resultierte daraus die Übersichtsarbeit „Der Patient vor Gericht: Verhandlungs- und Vernehmungsfähigkeit“ im Deutschen Ärzteblatt, das jeden approbierten Mediziner erreicht [146].

Wie die Autoren ausführen [147], wollen sie zunächst das Bewusstsein der niedergelassenen Ärzte dafür schärfen, dass es sich in der Hausarztpraxis nicht um eine Art Variante von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung handelt, wenn ein Patient darum bittet, ihm wegen eines anstehenden Gerichtstermins ein Attest über Verhandlungsunfähigkeit auszustellen. Die Autoren bieten daher eine Erläuterung der Fachbegriffe für das ärztliche Publikum, nicht aber eine Anleitung zur Prüfung der Verhandlungsfähigkeit. Sie verweisen auf die Herkunft der Begriffe aus der juristischen Sphäre und legen dar, dass die angemessene Prüfung eine „oft forensisch-medizinische Aufgabe“ sei, zu der neben Wissen um juristische Definitionen insbesondere prozessurale Kenntnisse für den Gutachter von Bedeutung sind [148]. Anders als in den erwähnten Beiträgen in der Zeitschrift „Rechtsmedizin“ von 2005 wird bewusst eine „Beschreibung der internistischen oder psychiatrischen Untersuchungen zur Feststellung etwa der Verhandlungs- oder Vernehmungsfähigkeit“ ausgeklammert [149]. Die Autoren wollen auf die juristisch bisweilen heikle Situation verweisen, dass die gestellten Anforderungen an Probanden hinsichtlich verschiedener Fähigkeit teilweise (noch immer) wenig exakt definiert sind. Sie plädieren dafür, dass daher die Beurteilung von Vernehmungs-, Verhandlungs- und sonstiger Aspekte von Terminfähigkeit eine Aufgabe forensisch spezialisierter Fachärzte ist und nicht wie die Krankenschreibungen bei Arbeitsunfähigkeit im Rahmen der hausärztlichen Versorgung stattfinden sollte. – Auch das hier in **Teil IV** vorgestellte Gutachtenmaterial des Hamburger Gerichtsärztlichen Dienstes bietet Belege für diese Sicht der Autoren, wenn in guter Absicht Hausärzte aus dem vertrauten Arzt-Patienten-Verhältnis

heraus Atteste zur Vorlage bei Gericht erstellen, die Anlass zur gerichtsärztlichen Nachprüfung gaben (vgl. II.1.3).

Rothschild, Erdmann und Parzeller handeln in ihrem Beitrag im Ärzteblatt gemäß der juristischen Einteilungen zunächst die Thematik einer Vernehmung ab, um anschließend Vernehmungsfähigkeit prinzipiell, Vernehmungsunfähigkeit sowie die so genannten verbotenen Vernehmungsmethoden zu besprechen. Unter dem Oberbegriff der Verhandlung thematisieren sie sodann die ziviljuristische Prozessfähigkeit, das Vorliegen von Verhandlungsfähigkeit, die verschiedenen Aspekte von Verhandlungsunfähigkeit, die Problematik der gesundheitlichen Risikoabschätzung, die Momente beschränkter Verhandlungsfähigkeit sowie weitere Aspekte der Terminfähigkeit. Basierend auf Literatur aus Rechtswissenschaft, Rechtsmedizin sowie klinischer Medizin ist dieser Artikel damit aktuell eine gute Einführung in die begriffliche Thematik für den juristischen Laien mit medizinischem Hintergrund.

Als ein neueres Beispiel für das wach gewordene Interesse an der Thematik der Verhandlungsfähigkeit sei hier noch der Beitrag von *Jasper Kiehn* genannt. Kiehn, ein Mitarbeiter aus dem Referat Berufsordnung der Hamburger Ärztekammer, hat im „Hamburger Ärzteblatt“ vom Februar 2007 einen einseitigen, aber sehr gehaltvollen Artikel unter dem Titel „Ärztliches Attest zur Vorlage bei Gericht“ veröffentlicht [150]. Der Beitrag zeichnet sich vor allem auch durch einen beigefügten Informationskasten in typischer Zeitschriften-Manier aus, der komprimiert die wichtigsten Punkte aufführt, die ärztlicherseits bei der Ausstellung eines Attestes zur Verhandlungsunfähigkeit zu beachten sind.

III.3.3 Eine Rarität: Studien mit statistischer Auswertung größerer Datenmengen

Abschließend soll hier jedoch auf einen Beitrag eingegangen werden, der gerade nicht den aktuellen Auflagen medizinischer Fachzeitschriften entstammt. Im Jahre 1973 erschien im Band 151 mit dem 5. und 6. Heft des „Archives für Kriminologie“ der schon in der Einleitung erwähnte Beitrag „Zur gerichtsärztlichen Beurteilung der Haft-, Verhandlungs- und Arbeitsfähigkeit“ von *Werner Naeve* und *Britta Becker* [151]. Naeve, Privatdozent und als Medizinaldirektor Leiter des Gerichtsärztlichen Dienstes der damaligen Hamburger Gesundheitsbehörde, und Britta Becker, von 1970 bis 1973 Gerichtsärztin in Hamburg, bieten mit ihrem, im Übrigen damals Berthold Mueller zum 75. Geburtstag gewidmeten Artikel den seltenen Fall einer Publikation zum Thema, die sich *nicht* auf grundsätzliche begriffliche Darstellungen oder auf Hinweise zu einzelnen Vorgängen in kasuistischer Art stützt. Nach einer kurzen Einleitung stellen die Autoren vielmehr eine summarische Auswertung von 1896 Gutachten zu Haft-, Verhandlungs- und Arbeitsfähigkeit dar, die im Gerichtsärztlichen Dienst in Hamburg geleistet worden sind.

Die besondere Situation der gerichtsärztlichen Begutachtung in der Freien und Hansestadt Hamburg wurde bereits im historisch orientierten **Teil I** im Kapitel **I.3** vorgestellt; wie im Abschnitt **I.3.4** erläutert, resultiert aus der zentralen Zuständigkeit in Hamburg eine einheitliche Datenlage mit einem wohl einzigartigen, der Auswertung zugänglichen Gutachtenmaterial. Für die Jahre von 1963 bis 1971 werten Naeve und Becker in ihrer Studie dieses Material aus – es zeigt sich dabei in statistisch relevantem Zahlenumfang, „(...) mit welchen vom Gericht oder von der Staatsanwaltschaft gestellten Gutachtenersuchen, mit welchen ärztlichen Fragestellungen und mit welchen vorgebrachten oder tatsächlich bestehenden Krankheitszuständen oder Leiden sich der Gerichtsarzt oder

der gerichtsärztlich tätige Amtsarzt vornehmlich zu befassen hat.“ [152] Wie die Autoren zutreffend anfügen, ist diese fundierte, empirische Erfassung nicht ohne Bedeutung: „Diese Auswertung kann für die Ausbildung der Gerichtsärzte und für die personelle Besetzung sowie die apparative Ausstattung gerichtsärztlicher Untersuchungsstellen bedeutsam sein.“ [153]

Um zu rechtfertigen, warum sie explizit ihrer Studie eine solche Bedeutung beigelegt wissen wollen, verweisen Naeve und Becker auf einen besonderen Umstand: „Denn im uns zugänglichen Schrifttum finden sich keine umfassenden Auswertungen ähnlicher Art.“ [154] Die Autoren führen dies unter anderem auf „arbeitsmethodische Schwierigkeiten“ zurück, die mit den unterschiedlichen Regelungen des gerichtsärztlichen Aufgabenbereiches in Deutschland zusammenhängen (vgl. I.2.2), setzten aber ebenso hinzu: „Auch ist die Praxis gerichtsärztlicher Begutachtung lebender Personen ein wenig beachtetes Teilgebiet der Rechtsmedizin.“ [155]

Die letzte Aussage muss sich mittlerweile wohl eine gewisse Relativierung gefallen lassen, insofern die in diesem Abschnitt vorgestellten neueren Zeitschriftenpublikationen darauf verweisen, dass in rechtsmedizinischen, wie aber auch in den allgemeineren Kreisen der Ärzteschaft das Bewusstsein für die Problematik wächst. Dennoch, das zeigte die Skizzierung der entsprechenden Beiträge in der Zeitschrift „Rechtsmedizin“ wie im „Ärzteblatt“, steht der Artikel von Naeve und Becker als „umfassende Auswertung“ (s. o.) in dieser Dimension noch immer zumindest im deutschsprachigen Fachschrifttum alleine dar. Beiträge dieser Art sind also ein sichtliches Desiderat der rechtsmedizinischen Publika- torik.

Seit den Tagen von Naeve und Becker ist der gutachtliche Betrieb im inzwischen dem Institut für Rechtsmedizin zugehörigen Gerichtsärztlichen Dienst in Hamburg sehr wohl weiter gegangen. Der folgende **Teil IV** dieser Arbeit will daher an den Ansatz von Naeve und Becker aus den 1970er Jahren erstmalig wieder anknüpfen und dem interessierten Leser eine empirische Untersuchung der gerichtsärztlichen Prüfung der Haft-, Termin- und Arbeitsfähigkeit unter Darstellung der Entwicklungstendenzen von 1975 bis 2004 sowie der inhaltlich detaillierteren Analyse entsprechender gerichtsärztlicher Vorgänge des Jahrzehntes von 1995 bis 2004 bieten.

TEIL IV – Empirische Untersuchungen

Die gerichtsärztliche Prüfung der Haft-, Termin- und Arbeitsfähigkeit in Hamburg: Tendenzen von 1975 bis 2004, detaillierte Darstellungen von 1995 bis 2004 – eine empirische Analyse

„Das gerichtsärztliche Gutachten soll eine den *Richter* überzeugende *klinische* Darstellung sein.“

Hermann Friedberg

IV.0 Einführung in den Teil IV

Die Untersuchung der Haft-, der Termin- sowie der Arbeitsfähigkeit im Auftrag von Gerichten oder Staatsanwaltschaften – insofern letztere die zuständigen Strafvollstreckungsbehörden sind – gehört in der Regel, wie in **Teil I** geschildert, seit langem in die Zuständigkeit der Amtsärzte an den Gesundheitsämtern. In dieser „klassischen“ gerichtsärztlichen Aufgabe ist ein von der Zahl der Untersuchungen wie von ihrer Relevanz für die Rechtspflege und Strafvollstreckung her gesehen wichtiger Teil ärztlicher Tätigkeit im Spannungsfeld von Recht und Medizin zu sehen. – Sie findet daher zunehmend auch in der entsprechenden Literatur Beachtung (vgl. **III.3**), und das Interesse an dieser Thematik darf in einem größeren Personenkreis mit entsprechendem berufsspezifischen Hintergrund vorausgesetzt werden. Desiderate der theoretischen Aufarbeitung dieser Problematik stellen, wie ebenso schon in vorherigen Abschnitten angerissen, *statistische Auswertungen* dar, insofern größere, einheitlich dokumentierte Datensätze offensichtlich entweder durch die dezentrale Organisation im öffentlichen Gesundheitswesen nicht existieren oder, wo vorhanden, nicht von Institutionen betreut werden, zu deren erklärter Aufgabe die wissenschaftliche Auswertung gehört, wie sie sonst in den vielfältigen Studien der klinischen Medizin üblich ist.

Wie in **Teil I** im historischen Überblick gezeigt (vgl. **I.3.3**), fällt die Prüfung der Haft-, Termin- und Arbeitsfähigkeit in der Freien und Hansestadt Hamburg bis heute in das Aufgabenfeld der Gerichtsmedizin, so dass entsprechende Daten aus einem urbanen Gebiet wie es die Millionenstadt Hamburg darstellt, einheitlich und zentral an einer Stelle dokumentiert wurden und werden. Dieser Umstand soll hier im Weiteren genutzt werden, um eine empirische Betrachtung des zuvor in seinen historischen und systematischen Aspekten skizzierten Themas zu bieten.

Das Hamburger Datenmaterial wurde, wie geschildert, letztmalig zu Beginn der 1970er Jahre einer umfassenden Auswertung unterworfen, als Werner Naeve und Britta Becker 1973 im „Archiv für Kriminologie“ ihren diesbezügliche Beitrag veröffentlicht haben (vgl. **III.3.3**). Um im historischen Verlauf Tendenzen erkennen zu können, wurde daher an entsprechenden Stellen auf eine Vergleichbarkeit zu dieser Studie geachtet und

zum Beispiel die Alterskategorisierung der Probanden von Naeve und Becker in ihrem Prinzip bei der hier vorgenommenen Gliederung übernommen (vgl. IV.3.3).

Einem Usus folgend, werden dabei *Zehnjahreszeiträume* der Untersuchung zu Grunde gelegt und zwar mit dem „runden“ Datum der Mitte eines kalendarischen Jahrzehntes beginnend (Naeve und Becker werteten dagegen die neun Jahre 1963 bis 1971 aus). In dieser Weise werden hier die drei Jahrzehnte von 1975 bis 2004 in die Betrachtung einbezogen, wobei der letzte Zehnjahreszeitraum von 1995 bis 2004 ausführlicher einer detaillierten Analyse unterworfen wird. Die untersuchten Zehnjahresräume mit dem Jahr 2004 enden zu lassen, geschieht dabei nicht zufällig, insofern in jenem Jahr 2004 durch den neuen Einsatz elektronischer Speichermedien sich nicht nur die äußeren Umstände der Dokumentation geändert haben, sondern in diesem Zusammenhang auch der inhaltliche Modus der Erfassung zumindest Akzentverschiebungen erfahren hat. Damit ist, mit Blick auf die aus den hier genutzten Quellen herrührenden Erfassungsbedingungen, nicht mehr die grundsätzliche Homogenität des Datenmaterials gegeben. Näheres dazu findet sich im Abschnitt IV.1.2 erläutert.

In die Darstellung der gerichtsärztlichen Tätigkeit sollen an dieser Stelle Verhandlungsfähigkeits-, Reisefähigkeits-, Haft- und Arbeitsfähigkeitsprüfungen einbezogen werden. Ausdrücklich nicht Gegenstand der Betrachtung sind andere Begutachtungen wie Geschädigten- oder auch Täteruntersuchungen im Rahmen von Ermittlungsverfahren oder Prüfungen der Verwahrfähigkeit von Personen, die sich in polizeilichem Gewahrsam befinden und gesundheitliche Auffälligkeiten zeigen. Darin ist keine Wertung der Wesentlichkeit dieser zuletzt genannten Untersuchungstätigkeiten zu sehen; vielmehr stellen sie einen häufigen und wichtigen Teil der gerichtsärztlichen Arbeit dar. Sie stehen jedoch auf ganz anderer gesetzlicher Grundlage als die hier thematisierten (sonst, wie erwähnt, amtsärztlichen beziehungsweise gesundheitsamtlichen) Untersuchungen und sind im rechtsstaatlichen System und seinen Abläufen sozusagen an anderer Stelle „lokalisiert“. Für die Geschädigten- und Täteruntersuchung im Rahmen von Ermittlungsarbeiten im Sinne der Spurensicherung ist dies wohl rasch einsichtlich. Zur eventuell dem juristischen Laien etwas subtiler erscheinenden Unterscheidung der Haftfähigkeit von der Verwahrfähigkeit soll hier nur auf die entsprechende Darstellung im Teil II bezüglich der Definition der Haft verwiesen werden (vgl. II.3.2.b). Wesentlich ist der Unterschied, dass bei einer in Gewahrsam befindlichen Person (noch) kein Richter involviert ist, und es sich schon daher nicht um eine jener Untersuchungen in *gerichtlichem* Auftrag handeln kann, die hier ausdrücklich das Thema sind.

Die Darstellung der einzelnen Untersuchungsarten soll im Weiteren wie folgt gegliedert werden: Die am häufigsten von richterlicher Seite gewünschte Untersuchung betrifft die *Verhandlungsfähigkeit*; oft wird diese mit der Frage nach der Reisefähigkeit des Probanden verbunden, wobei sich die an dieser Stelle anfangs beabsichtigte strenge Trennung im Rahmen der Auswertung bei solchen kombinierten Vorgängen nicht durchhalten ließ. Im Grunde handelt es sich praktisch um eine einzige ärztliche Untersuchung und häufig gehen die Schilderungen in der anschließenden gutachtlichen Stellungnahme über die gefundenen gesundheitlichen Einschränkungen in einander über ohne noch streng zwischen den juristisch ja an sich verschiedenen Begriffsgehalten der Verhandlungs- und der Reisefähigkeit zu trennen. Auch in der abschließenden Wertung werden häufig in den

Gutachten die beiden Aspekte zusammen abgehandelt, so dass hier für die statistische Auswertung eine Trennung in zwei verschiedene gerichtsärztlich abgeleistete Tätigkeiten an der Wirklichkeit der Praxis vorbeiginge. Daher sollen an dieser Stelle in der Auswertung die reinen Verhandlungsfähigkeitsuntersuchungen und die Prüfungen der Verhandlungsfähigkeit, die auch den Aspekt der Reisefähigkeit mit berücksichtigen, gemeinsam unter dem Oberbegriff der *Terminfähigkeit* erfasst und dargestellt werden. Davon unabhängig aber, da als eigenständiger Untersuchungstypus eindeutig abgrenzbar im dokumentierten Material, wird den – freilich nicht sehr häufigen – *alleinigen Reisefähigkeitsuntersuchungen* als spezielle gerichtsärztliche Aufgabe ein eigener Abschnitt eingeräumt. Dies empfiehlt sich, weil Naeve und Becker alleinige Reisefähigkeitsuntersuchungen nicht thematisiert haben; mit Blick auf das Vergleichen der einzelnen Datensätze von damals und heute sind diese nicht in den Vergleich eingehenden Untersuchungen leichter abzutheilen, wenn sie grundsätzlich jeweils für sich abgehandelt werden. Weitere Abschnitte in der Auswertung erhalten sodann die *Haftfähigkeits-* und die *Arbeitsfähigkeitsuntersuchungen*.

Diese Weise, in der hier die Begriffe zur Einteilung der Untersuchungsarten verwendet werden, ist nicht zwingend beziehungsweise in der Literatur nicht durchgängig so in Gebrauch, so dass vorab ausdrücklich auf sie hingewiesen werden soll (vgl. 0.2). Auch Naeve und Becker etwa verwenden in ihrer Studie den Begriff der Terminfähigkeit anders, nämlich nicht als Oberbegriff, sondern nur für die Fähigkeit, „(...) den Weg zum Gericht zu machen.“ [1] Mit Blick auf die systematischen Begriffsbestimmungen aus **Teil II** ist aber auch anzuführen, dass auf Grund der dort bereits geschilderten Eigenheiten im praktischen Sprachgebrauch eine strenge Begriffsverwendung bis ins Letzte hier gar nicht angestrebt wird. Wie in Abschnitt **II.3.3.c** geschildert, wird der Begriff der *Verhandlungsfähigkeit* bezüglich der verschiedensten Prozessbeteiligten gebraucht, während er streng genommen seiner Definition nach sich nur auf den Angeklagten in der Hauptverhandlung bezieht. Und auch dabei ist er nicht einfach ein Synonym für Vernehmungsfähigkeit, sondern ein spezielles Moment, das aus dem Prinzip des modernen Verhandlungsprozesses entspringt (vgl. **I.4.4**), wie es auch das folgende Zitat aus einem korrekt abgefassten Beschluss des Amtsgerichtes Hamburg-Bergedorf in einer Strafsache aus dem Jahr 1998 verdeutlicht, wenn eigens unterschieden wird: „(...) soll ein ärztliches Gutachten zu der Frage eingeholt werden, ob der Angeklagte N. N. verhandlungs- und vernehmungsfähig ist.“ [2]

Es wäre also korrekterweise neben der Verhandlungsfähigkeit des Angeklagten von der Vernehmungsfähigkeit insbesondere von Zeugen oder, was zivilrechtliche Zusammenhänge angeht, von der Prozessfähigkeit des Betroffenen zu sprechen. – Dennoch zeigt sich der Ausdruck „Verhandlungsfähigkeit“ in der juristischen Praxis im Gebrauch als inhaltlich weiter gespannt als es seiner lehrbuchmäßigen Definition entspricht (vgl. **II.3.3.c**). So kann etwa in einer Strafsache des Landgerichtes Hamburg an den Gerichtsärztlichen Dienst sehr wohl durch einen Richter folgender Untersuchungsauftrag schriftlich ergehen: „Ich bitte um ein Kurzgutachten zur Verhandlungsfähigkeit der Zeugen – Aussagedauer ca. 30 Minuten – im Gerichtssaal.“ [3] Von daher wird hier stets pauschal von *Verhandlungsfähigkeitsprüfungen* gesprochen, wenn gerichtsärztlich ein Prozessbeteiligter auf seinen Gesundheitszustand hin in Zusammenhang mit einer möglichen „Nichtteilnahmefähigkeit“ zu untersuchen ist, worunter vor allem Zeugen, aber auch Schöffen oder einmal auch der Verteidiger des Angeklagten gefasst wurde (vgl. **IV.7.5**).

Ebenso wird an entsprechender Stelle nicht zwischen Reise- und Transportfähigkeit unterschieden, die definitorisch, wie geschildert (vgl. II.3.3.c), zwei verschiedene Aspekte im Zusammenhang mit der Terminfähigkeit eines Prozessbeteiligten darstellen. Eine solche Unterscheidung wäre rückblickend auf Grund der dokumentierten Unterlagen auch kaum mehr zu treffen. In den Niederschriften des Gerichtsärztlichen Dienstes – etwa in den Notizen des Sekretariates über eingegangene Aufträge – wird als Begriff grundsätzlich „Reisefähigkeit“ gebraucht, weshalb hier dieser Ausdruck als Oberbegriff ohne weitere Differenzierung Verwendung finden soll. – Näheres dazu in den Erläuterungen an entsprechender Stelle im Text.

Es ließen sich insgesamt zwar größere (Roh-)Datenmengen zusammentragen; zum Beispiel wurden für die Zeit von 1995 bis 2004 insgesamt 1034 fragliche Vorgänge aus dem Gerichtsärztlichen Dienst gesichtet, von denen 925 zu den hier auszuwertenden gerichtsärztlichen Untersuchungsarten zählen (vgl. IV.3.1). Dennoch erschien bisweilen der Datenumfang nicht reichhaltig genug, um statistische Auswertungen anzustellen, wie sie aus den großen klinischen Studien bekannt sind mit ihrem elaborierten Instrumentarium von Konvidenzintervallen, Standardabweichungen und Signifikanzbestimmungen. Dass auch ein gewissermaßen „impressionistischer“ Ansatz in der Forschung sein Recht hat, wird insbesondere noch einmal im Anhang über die Verteilung der Wohnstätten extern untersuchter Probanden zu thematisieren sein (vgl. V.0). Wie auch bei Naeve und Becker schon, soll im Folgenden oft die Angabe der absoluten Anzahlen Einblick gewähren in das, was die gerichtsärztliche Tätigkeit ausmacht; Vergleiche der verschiedenen Aspekte im Sinne von Prozentanteilen an den Gesamtmengen sollen illustrieren, welche Aspekte wichtiger, welche nachgeordnet im Alltag für die Arbeit der Gerichtsärzte sind.

Kapitel IV.1 Quellengrundlagen der Untersuchung

IV.1.1 Sekretariatsbücher als Ausgangspunkt der Materialsammlung

Um einen Überblick über die zahlenmäßige Dimension der in Hamburg in den letzten Jahrzehnten geleisteten gerichtsärztlichen Untersuchungen auf Haft-, Termin- und Arbeitsfähigkeit zu erlangen, wurden die im gerichtsärztlichen Sekretariat als Dokumentation für Beauftragungen genutzten *Eingangsbücher* gesichtet. Diese Sekretariatsbücher des Gerichtsärztlichen Dienstes sind heute im Archiv des Institutes für Rechtsmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf lückenlos ab dem am 16. Oktober 1959 begonnenen Exemplar erhalten. Insgesamt konnten so die Jahrzehnte zwischen 1975 bis 2004 vollständig für die Darstellung der zahlenmäßigen Entwicklung derartiger Untersuchungen statistisch erfasst werden. Was die detailliertere Auswertung der gerichtsärztlichen Untersuchungen im Zehnjahreszeitraum von 1995 bis 2004 betrifft (es wurden dabei inhaltliche Aspekte wie etwa die Art der zu beurteilenden gesundheitlichen Störungen und weiteres mehr in die Analyse einbezogen), so waren auch hier die Sekretariatsbücher der Schlüssel, um auf die Spur archivierter gutachtlicher Unterlagen zu kommen (vgl. IV.1.4).

Bei diesen Sekretariatsbüchern handelt es sich um die im gerichtsärztlichen Sekretariat zentral durchgeführte Dokumentation aller *angeforderten* gerichtsärztlichen Tätigkeiten überhaupt. Diese Eigenheit der Dokumentation muss hier betont werden, weil sich dar-

aus bestimmte wichtige Aspekte für die Erfassung der hier auszuwertenden Daten ergeben haben. Näheres dazu findet sich ausgeführt im Abschnitt **IV.1.4** über besondere Umstände der Quellenauswertung. Zuvor ist noch auf die oben schon angesprochene Umstellung der Dokumentation gerichtsärztlicher Untersuchungen auf elektronische Speichermedien im Jahr 2004 einzugehen. Weitere, beiläufige Charakteristika der Sekretariatsbücher, die jedoch für die inhaltliche Arbeit an dieser Stelle ohne Einfluss bleiben, sind für interessierte Leser aus den Bemerkungen zu den Quellengrundlagen zu entnehmen, die sich dem Datenspiegel mit der Klarliste der Probanden-Wohnstätten in **Teil VI** vorangestellt finden (vgl. **VI.1**).

IV.1.2 Elektronische Speichermedien als Neuerung

Mit einer umfassenden Umstellung der Dokumentation sämtlicher Belange im Institut für Rechtsmedizin wurde die Führung der gerichtsärztlichen Sekretariatsbücher im Jahre 2004 eingestellt; die Aufzeichnungen brechen mit einem letzten Eintrag am 11. Juni jenen Jahres ab, um seitdem nur noch in einer vom Gesamtinstitut geführten elektronischen Datenbank vorgenommen zu werden. Schon seit dem Mai 2004 geschieht im gesamten Hamburger Institut für Rechtsmedizin die Dokumentation geleisteter Untersuchungen in einer als „Tagebuch“ bezeichneten Computerdatenbank. Dieses elektronische Tagebuch des Institutes verzeichnet abgesehen von der Sektionstätigkeit und den äußeren Leichenschauen (für die jeweils noch eine eigene Computerdatenbank mit so genannten „S-“ beziehungsweise „L-Nummern“ existiert) alle übrigen geleisteten Tätigkeiten. Im Kalenderjahr wird allen Vorgängen fortlaufend eine Tagebuchnummer zugewiesen; durch Buchstabenkürzel kann der Vorgang näher eingeordnet werden; – etwa steht der Großbuchstabe „U“ für die Untersuchung einer Person. Der Eintrag geschieht mittels einer durch die EDV vorgegebenen Maske, die neben Feldern für Namen, Datum und dergleichen auch ein Feld zur Spezifizierung der so genannten „Auftragskategorien“ enthält. Hier kann man sich etwa für die griffigen Umschreibungen „UVerhdlgsf“ oder „UVollzugsf“ (wobei letzteres die Untersuchung auf Haftfähigkeit meint) entscheiden – zum Beispiel in Abhebung zu „UGeschaed“ und „UTatverd“, womit die Untersuchungen von Opfern oder mutmaßlichen Tätern im Zusammenhang eines Gewaltdeliktbes bezeichnet werden. Handelt es sich um für die hier vorliegende Untersuchung einzubeziehenden gerichtsärztlichen Untersuchungen des Forensisch-medizinischen Dienstes, wie mittlerweile der Gerichtsärztliche Dienst offiziell heißt (vgl. **I.3.3**), wird dies in der Eingabemaske durch Anklicken des Kästchen „FMD“ dokumentiert. Aufgrund dieser Eingaben wird es dem statistisch Interessierten nun möglich, sekundenschnell mit dem inzwischen schon sprichwörtlich gewordenen Mausklick einen Zahlenspiegel zu erhalten, der die Anzahl geleisteter Untersuchungen auf Haft-, Verhandlungs- oder Arbeitsfähigkeit aufweist.

Die Dokumentation in diesem elektronischen Tagebuch geschieht *vorgangsbezogen*, wie auch die Archivierung der zugehörigen Unterlagen in einem Mappenarchiv unter der einmal vergebenen Tagebuchnummer vorgenommen wird. Die Eintragung in diese neue Datenbank kann an einem von mehreren Computerterminals des institutseigenen EDV-Netzwerkes erfolgen. Beim Ausfüllen der Maske muss die aus den vorgegebenen Möglichkeiten zu wählende Auftragskategorie eindeutig festgelegt werden, so dass nun die Eingabe in der Regel erst dann rückblickend vorgenommen wird, wenn die Untersuchung bereits erfolgt und somit in ihrer Art endgültig bestimmbar ist. Anders als bei der

vormaligen Dokumentation des Gerichtsärztlichen Dienstes im Sekretariatsbuch gemäß eingegangener Anfragen spiegelt sich daher nun nicht mehr der Weg bis zur Untersuchung wider.

Es werden nicht mehr alle *Anfragen* im Sekretariat in dieser Datenbank verzeichnet; Anfragen, die sich schon im Verlauf des ersten, meist telephonischen Kontaktes des Gerichtsarztes mit anfragenden Richtern oder Staatsanwälten klären lassen, ohne dass noch ein Untersuchungsvorgang folgt, werden nicht mehr erfasst. So fällt ein gewisser Anteil der nachgefragten gerichtsärztlichen Unterstützung, der in den alten Sekretariatsbüchern noch verzeichnet wurde, in dieser neuen Dokumentation fort. Doch auch in diesen sozusagen „auf dem kleinen Dienstweg“ zu klärenden Angelegenheiten zeigt sich die Bedeutung eines gerichtsärztlichen Dienstes für Behörden. Klärt sich durch die ärztliche Beratung im Gespräch bezüglich zum Beispiel vorgebrachter Einwände eines Prozessbeteiligten, deren Relevanz einem medizinischen Laien nicht einschätzbar ist, dass eine juristische Entscheidung auch ohne weitere, organisatorische Umstände wie Kosten erzeugende Begutachtungen erfolgen kann, so ist dies selbstverständlich keineswegs von untergeordneter Bedeutung. Daran ist bei der Betrachtung des Datenmaterials zu denken; die Entscheidung, in diesem Beitrag den Vergleichszeitraum mit dem Jahr 2004 enden zu lassen, beruht, wie oben schon angedeutet, auf der Tatsache, dass in der Umstellung der Speicherung prinzipiell eine Veränderung der Homogenität des Rohdatenmaterials zu sehen ist. Für das zuletzt einbezogene Jahr 2004, das noch komplett als Kalenderjahr erfasst werden sollte, ist festzuhalten, dass die Daten für die zweite Hälfte bereits davon betroffen sind. (Abrundend wird jedoch in Abschnitt **IV.9.2** durch das Einbeziehen von Zahlenmaterial aus den nach 2004 auf neue Weise elektronisch gespeicherten Dateien die weitere Entwicklung angedeutet.)

IV.1.3 Die so genannten „Telephonzettel“ und gutachtliche Unterlagen

Bei der detaillierten Auswertung der in den Jahren von 1995 bis 2004 in Hamburg gerichtsärztlich durchgeführten Untersuchungen auf Haft- und Termin- beziehungsweise Arbeitsfähigkeit wurden die zumeist handschriftlichen Untersuchungsprotokolle respektive die anschließend verfassten kürzeren gutachterlichen Stellungnahmen oder – falls in der Folge angefertigt – die ausführlichen Gutachten zu Grunde gelegt, die als Originale mit eventuell dem Gerichtsarzt zur Verfügung gestellten weiteren Unterlagen (wie Kopien von Arztbriefen, Operationsberichten und dergleichen mehr) vom gerichtsärztlichen Sekretariat fortlaufend durch Ordnerabheftung archiviert wurden. Seit der zweiten Hälfte des Jahres 2004 erfolgt die Archivierung der Unterlagen mittels Mappen im Gesamtarchiv des Hamburger Institutes für Rechtsmedizin nach einem geänderten Ordnungsprinzip; ein Umstand, auf den an dieser Stelle nur der Vollständigkeit halber verwiesen sei, da er sich auf die Inhalte des archivierten Materiales nicht auswirkt. Auf die Auswertung dieser gutachtlichen Unterlagen stützt sich im wesentlichen die hier dargestellte Untersuchung.

Im Zusammenhang mit sofort angeforderten Verhandlungsfähigkeitsuntersuchungen (vgl. **IV.7**), meist in Zusammenhang mit Hausbesuchen beim Probanden, aber auch bei Untersuchungen vor Ort an Gerichtsstelle während der Verhandlung, werden dem zuständigen Richter zeitnah die Ergebnisse unmittelbar oder telephonisch mündlich mitgeteilt. Seitens des Gerichtes wird dann in der Regel auf die nachherige Abfassung einer

schriftlichen Stellungnahme verzichtet. Auch diese Untersuchungen konnten für die Auswertung statistisch erfasst und bis auf wenige Einzelfälle, bei denen die Entscheidung bezüglich der fraglichen Terminfähigkeit nicht mehr nachzuvollziehen war (vgl. IV.7.6), ausgewertet werden.

Die fast vollständige Auswertung der oft unter Eile angeordneten Verhandlungsfähigkeitsuntersuchungen gelang, da im gerichtsärztlichen Sekretariat zur Aufnahme der telephonisch vorgenommenen Anforderung ein speziell erstelltes kleines Formblatt verwendet wird (bei den meist brieflich angeforderten, terminlich weniger dringlichen Haftfähigkeitsprüfungen enthalten die schriftlichen Gutachtenaufträge amtlicherseits die entsprechenden Informationen). Dieses Formblatt kann alle wichtigen Angaben von den persönlichen Daten, dem Status des zu Untersuchenden als Angeklagter oder Zeuge sowie seiner Adresse bis hin zur Art der gewünschten Untersuchung mit einer stichwortartigen Anamnese aufnehmen. Als kurze Bemerkungen finden sich hier etwa: „gibt an, mit Fieber im Bett zu liegen“; „heute morgen nicht zur Hauptverhandlung erschienen, denn es gehe ihm nicht gut“ oder „meldet sich ohne weitere Angaben krank“. Das Formblatt verzeichnet das jeweilige die Untersuchung anfordernde Gericht sowie den zuständigen Richter mit seiner Rückrufnummer; in der Regel enthält es auch Angaben zu Delikten, die den entsprechenden Angeklagten unter den Probanden vorgeworfen werden. Manchmal finden sich auch ergänzend besondere Angaben wie zum Beispiel, dass es sich bei einem zu Untersuchenden um einen für den Ablauf der Verhandlung wichtigen Zeugen handele, verbunden mit der Frage, ob zumindest eine Vernehmung daheim möglich sei, falls tatsächlich ein Erscheinen an der Gerichtsstelle aus Krankheitsgründen derzeit unterbleiben müsse.

Dieses im Sekretariat ausgefüllte Blatt – im Alltag schlicht „Telephonzettel“ genannt – wird, im handlichen DIN-A5-Format, an den zuständigen Gerichtsarzt weitergereicht und von ihm als Notizzettel auf seiner Fahrt zum Hausbesuch mitgenommen. Auf der Rückseite des Blattes findet der dort unmittelbar handschriftlich notierte Untersuchungsbefund und noch weiteres dem Richter gegenüber in der späteren Rückmeldung Mitteilenswertes Platz wie vor allem Prognosen über die zu erwartende Krankheitsdauer. Beispielsweise tauchen hier Bemerkungen auf wie: „banaler viraler Infekt – Genesung in den nächsten Tagen absehbar“ oder „neuer Verhandlungstermin in zehn Tagen sicherlich möglich“. In der Regel findet sich, um den Abschluss der angeforderten gerichtsärztlichen Tätigkeit zu dokumentieren, auch ein späterer Vermerk über die stattgefundene Mitteilung an das Gericht und den etwaigen Entscheid des Richters auf eine schriftliche Stellungnahme zu verzichten. Der dokumentarischen Vollständigkeit halber wird auch ein entsprechender Vermerk angebracht, falls der Gerichtsarzt vom Probanden nicht eingelassen wurde oder der zu Untersuchende unter der angegebenen Anschrift nicht auffindbar war.

Diese „Telephonzettel“ werden als Belegblätter ebenso wie ausführliche Untersuchungsprotokolle und Gutachten archiviert; fiel eine ärztliche Untersuchung durch Verweigerung oder Nichtauffindbarkeit des Probanden aus, so ist dieses Blatt meist die einzige erhaltene Informationsquelle über den Vorgang. Aufgrund dieser ohne viel Aufwand durch das Sekretariat und den anschließend tätigen Arzt durchzuführenden Dokumentationen war es möglich, auch länger zurückliegende Untersuchungen, zu denen letztlich keine schriftliche Stellungnahme angefertigt wurde, für die vorliegende Untersuchung zu erfassen und auszuwerten. Aber auch im Fall späterer, archivierter ausführlicher Nieder-

schriften besitzen die „Telephonzettel“ eine unverzichtbare Bedeutung für die rückschauende Datenerhebung an dieser Stelle. Auch dass die im Anhang in **Teil V** gebotene Darstellung der gerichtsärztlichen Hausbesuche der Jahre 1995 bis 2004 hinsichtlich der entsprechenden Wohnstätten der zu Untersuchenden im Hamburger Stadtgebiet überhaupt möglich wurde, verdankt sich dieser Dokumentation mittels „Telephonzettel“. Als Hinweis für die Anfahrt des Arztes müssen sie stets die genaue Anschrift des Probanden enthalten, die in einem gerichtsärztlichen Gutachten neben Name und Geburtsdatum eines Untersuchten in vielen Fällen später nicht mehr auftaucht (es finden sich dann nämlich häufig nur noch pauschale Vermerke wie „die Untersuchung fand in der Wohnung des N.N. statt“).

IV.1.4 Besondere Umstände der Quellenauswertung

Die beschriebenen Unterlagen vom ausführlichen Gutachten mit zum Teil weit ausgehnter Dokumentation einer Krankengeschichte bis hin zum singulären Belegbogen eines Hausbesuches ohne weitere schriftliche Niederlegung wurden traditionell alphabetisch nach dem Familiennamen der Untersuchten archiviert. Als umfangreiche Sammlung von Aktenordnern enthält das Archiv des Gerichtsärztlichen Dienstes beziehungsweise des Forensisch-Medizinischen Dienstes, mittlerweile im Archiv des Hamburger Institutes für Rechtsmedizin eingegliedert (zur geschichtlichen Entwicklung der Institutionen vgl. **I.3.2**), die Unterlagen aller durchgeführten gerichtsärztlichen Untersuchungen von Geschädigten- und Täteruntersuchungen, behördlich angeordneten Altersschätzungen bis hin zu diversen im Anschluss an gerichtliche Leichenöffnungen erstellte Gutachten, die über die Sektionsdiagnose im engeren Sinne hinausgehen.

Um auf die Spur jener in diesem enormen Konvolut enthaltenen Dokumentationen von Untersuchungen auf Haft- und Termin- beziehungsweise Arbeitsfähigkeit zu kommen, die hier lediglich interessieren, mussten zunächst die oben genauer geschilderten Sekretariatsbücher (vgl. **IV.1.1**) gesichtet werden. In diesen großformatigen Notiz- beziehungsweise Blanko-Büchern wurde unter Angabe des Datums jeweils eine neue Zeile angelegt, sobald ein Auftrag für eine gerichtsärztliche Tätigkeit eingegangen war. Verzeichnet wurden so Auftraggeber (zumeist Gericht oder Staatsanwaltschaft, seltener eine andere juristische Person), das Aktenzeichen des Vorganges bei der entsprechenden Behörde, die gewünschte Art der Untersuchung und die Namen betroffener Personen (im Fall der hier dargestellten Prüfungen auf Haft-, Termin- oder Arbeitsfähigkeit mithin die Namen der jeweils zu Untersuchenden). In auffälliger Weise – meist durch rote Schrift – konnte ein Vermerk über besondere Eile oder „Sofortuntersuchung“ beigefügt werden. Die so angelegte Zeile konnte nachher ergänzt werden durch das Namenszeichen des Gerichtsarztes, der die angeforderte jeweilige Tätigkeit in der Folge übernommen hatte, durch das Datum der Fertigstellung zum Beispiel eines angeforderten Gutachtens (bezeichnet als das so genannte „Austragen“ eines Falles) sowie durch variable Bemerkungen über besondere Umstände. – Dennoch war es nicht möglich, alleine auf diese Eintragungen gestützt eine ihren Zahlen nach valide Statistik zu erstellen.

Durch diese Dokumentationsweise gemäß *Auftragseingang* ergibt sich nämlich für die statistische Erfassung ein Umstand, der eine zahlenmäßige Sichtung *geleisteter* Untersuchungen nicht immer unmittelbar möglich macht. Da jede Beauftragung zu einer Untersuchung eine Eintragung mit einer Nummer erhält, ist zwar ausnahmslos jede Untersu-

chung verzeichnet und kann somit der Erfassung nicht entgehen. Andererseits entspricht aber nicht jeder Nummer im Sekretariatsbuch eine geleistete Untersuchung. Da zu einer geleisteten Untersuchung in der Folge seitens zum Beispiel des zuständigen Gerichtes neue Fragen auftauchen können, die sich oft erst aus der ersten Stellungnahme des Gerichtsarztes ergeben, kann es zu einer neuerlichen Kontaktaufnahme mit dem Gerichtsärztlichen Dienst, verbunden mit der Aufforderung zur Erstellung weiterer Schriftstücke, kommen. Damit taucht, obwohl sich die Anfrage auf ein und dieselbe Untersuchung bezieht, eine weitere Nummer im Sinne eines zu erledigenden neuen Auftrages im Dokumentationsbuch auf. Trotzdem es sich im Sinne der hier angestellten Auswertung dann nur um *eine* einzige Untersuchung auf zum Beispiel Verhandlungsfähigkeit handelt, wird das Ganze mithin im Sinne der Dokumentation nicht als ein Vorgang unter einer Vorgangsnummer betrachtet, sondern als zwei Anfragen zum Beispiel bezüglich fraglicher Verhandlungsfähigkeit mit zwei unterschiedlichen Eingangsnummern.

Den typischen Fall stellt hier dar, dass zunächst ein zuständiger Richter sich mit einer kurzen Stellungnahme des Gerichtsarztes begnügt hat, aber im Verlaufe seiner Beschäftigung mit der Angelegenheit doch noch den Auftrag zur Abfassung eines ausführlichen Gutachtens erteilt. Im charakteristischen Abstand einiger Wochen taucht dann derselbe Namen eines Probanden unter neuer Auftragsnummer im Sekretariatsbuch wieder auf. Andererseits können sich hinter einer solchen Doppelnennung aber auch tatsächlich zwei unabhängige Untersuchungen verbergen. Nicht selten verknüpft der Gerichtsarzt seine zur Feststellung einer gegenwärtigen Verhandlungs- oder Haftunfähigkeit führende Diagnose mit einer Prognose – in der Regel als Empfehlung unter Nennung einer konkreten Zeitspanne formuliert (zum Beispiel: „erneute Prüfung erscheint nicht sinnvoll vor Ablauf von acht Wochen“). Macht nach Ablauf dieser Zeit, wenn das Gericht sich wieder der Thematik zuwendet, der Proband weiterhin gesundheitliche Probleme geltend, ist eine neue, von der ersten unabhängige Untersuchung durchzuführen. In anderen Fällen macht ein Proband mehr oder weniger schon unmittelbar, nachdem das Gericht auf Grund der gerichtsärztlichen Untersuchung die Entscheidung einer gegebenen Verhandlungs- beziehungsweise Haftfähigkeit treffen konnte, zuvor nicht mitgeteilte Angaben über angeblich zusätzlich bestehende gesundheitliche Probleme (zum Beispiel wird auf eine „Herzschwäche“ abgehoben, nachdem die zuvor begutachtete „Gehbehinderung“ nicht zur offenbar vom Probanden erwünschten Haftunfähigkeit führte). In einem solchen Fall ist in enger zeitlicher Nähe eine zweite, unter Umständen diagnostisch völlig anders akzentuierte gerichtsärztliche Untersuchung mit einem neuen Gutachten nötig. Ob nur eine Untersuchung mit mehrmaligem Schriftverkehr oder tatsächlich mehrere unabhängige Untersuchungen derselben Person vorliegen, ließ sich in vielen Fällen nicht aus den Sekretariatsnotizen, sondern nur durch Einsicht in die jeweils archivierten Unterlagen entscheiden.

Damit bereitet die zuvor beschriebene Art der Dokumentation gemäß einzelner Beauftragungen und nicht nach übergeordneten „Fällen“ zum Teil größere Umstände mit Blick auf eine rasche Erfassung statistischer Art. Andererseits jedoch erlaubt die Dokumentation gemäß eingegangener Aufträge auch interessante Einblicke in das Zusammenspiel von Gerichtsärztlichem Dienst und Behörden. So wurden auf diese Weise „Irrläufer“ erfasst, wenn sich Aufträge mitunter völlig unerwartet als Angelegenheit einer ganz anderen Institution erwiesen. Manchmal zeigt erst das „Anstudieren“ überstellter Akten, dass ein Proband zwar in einem städtebaulich nahtlos zum Großbereich Hamburgs gehören-

den Gebiet wohnt, das jedoch politisch nicht mehr auf dem Boden der Freien und Hansestadt Hamburg liegt; beinahe regelhaft geschieht dies mit Einwohnern von *Norderstedt*, für die jedoch Amtsärzte des Gesundheitsamtes Pinneberg zuständig sind. Umgekehrt kommt es immer wieder vor, dass auswärtige Gerichte ihre Bitte um Prüfung der Termin- oder Haftfähigkeit einer in Hamburg gemeldeten Person gemäß der ihnen vertrauten Regelung statt an den Gerichtsärztlichen Dienst an das jeweilige Hamburger Gesundheitsamt leiten, das für den Wohnbezirk der betreffenden Person zuständig ist. Dies spiegelt die beschriebene besondere Situation der Zuständigkeiten in Hamburg wider (vgl. **I.3.3**) und bedarf an dieser Stelle keiner genaueren Auswertung.

Allerdings fiel bei der Sichtung der Sekretariatsbücher immer wieder auf, in welcher hoher Zahl sich hinter zunächst ausdrücklich als „Untersuchung auf Verhandlungsfähigkeit“ (!) angeforderten und daher so zunächst im Gerichtsärztlichen Dienst aufgenommenen Untersuchungen forensisch-psychiatrische Fragen einer Schuld- respektive Zurechnungsfähigkeit verbargen. In der Auswertung ist zumindest versucht worden, diese Problematik erkennbar zu machen, wenn auch eine erschöpfende Erfassung nicht möglich war (vgl. **IV.2.3**). Nicht zuletzt dieser Umstand, dass selbst mit der Materie als vertraut vorauszusetzende Juristen nach mehr oder weniger eingehender Beschäftigung mit der jeweiligen Sachlage offensichtlich dazu neigen, in solchen Fällen die Angelegenheit unter das Rubrum der „Verhandlungsfähigkeit“ zu stellen, war auch ein Beweggrund, einleitend der Dimension einer historisch-theoretischen Begriffsklärung durch die eigenständigen **Teile I und II** größeren Raum zuzugestehen als es ursprünglich in dieser Arbeit geplant war. – Im Übrigen werden, wie oben angeschnitten (vgl. **IV.1.2**), seit dem Aufgeben der Dokumentation mittels Auftragsbüchern 2004 vielerlei Winkelzüge der Kommunikation nicht mehr bleibend erfasst. Im geschilderten neuen vorgangsbezogenen elektronischen Tagebuch tauchen solche zuvor irrtümlich als Untersuchung auf Verhandlungsfähigkeit angeforderten, aber schließlich an den Forensisch-Psychiatrischen Gutachterdienst abgegebenen Aufträge erst gar nicht auf, weil sie eben nicht zum Vorgang einer dokumentierbaren Verhandlungsfähigkeitsprüfung geworden sind.

IV.1.5 Anmerkung zum Datenschutz

Die im Sekretariatsbuch verzeichneten Namen der Probanden mussten zunächst in der Dokumentation mit aufgezeichnet werden. Wäre bei frühzeitiger Anonymisierung zum Beispiel nur gezählt worden, wenn das Buch den Eingang eines Auftrages bezüglich einer Verhandlungsfähigkeitsuntersuchung verzeichnet, wäre es nicht möglich gewesen, bei einem späteren Eintrag etwa unter dem Stichwort einer Verhandlungsfähigkeit zu erkennen, dass beide Eintragungen sich auf dieselbe Person beziehen. Da, wie oben beschrieben, jede neue Anfrage zu einem Vorgang eine neue Nummer im Eingangsbuch erhielt, musste probandenbezogen gezählt und unter Umständen in fraglichen Fällen archiviertes Material genauer gesichtet werden, um nicht eine falsch zu hohe Anzahl von geleisteten Untersuchungen anzusetzen. In die entsprechende statistische Umsetzung ging danach dann nur noch das anonymisierte Datenmaterial ein.

Bei der detaillierten Auswertung der Untersuchungen im Zehnjahreszeitraum von 1995 bis 2004 wurde eine Dokumentation erstellt, in der jeder Untersuchungsvorgang eine willkürliche Nummerierung aus der Jahreszahl und einer frei zugeteilten, fortlaufenden Nummer erhielt. Über eine interne Liste blieb die Zuordnung dieser Schlüsselnummern zu den Untersuchungsvorgängen, deren Material sich unter den Probandennamen archiviert findet, zunächst für Nachprüfungen möglich. Aus der Dokumentation

alleine mit der bloßen Nennung der Schlüsselnummer ist es nun jedoch nicht mehr möglich, auf die Person eines Probanden Rückschlüsse zu ziehen. Die in **Teil VI** als Datenspiegel wiedergegebene Aufzeichnung der Wohnorte von daheim aufgesuchten Probanden in den verschiedenen Hamburger Stadtteilen verzeichnet in einer anonymisierten Liste lediglich die Straße beziehungsweise den Abschnitt längerer, über Stadtteilgrenzen hinweg verlaufender Straßen. Es ist nicht möglich, über die Lokalisierung im Stadtteil hinaus aus dieser Dokumentation auf die Anschriften von Probanden zu schließen.

Kapitel IV.2 Zum Umfang angefragter gerichtsärztlicher Untersuchungen

IV.2.1 Sinkende Tendenz, gerichtsärztliche Untersuchungen anzufragen

Die hier als Vergleichshintergrund herangezogene Untersuchung von Naeve und Becker aus dem Jahr 1973 wertet *erstellte* Gutachten bezüglich Haft-, Verhandlungs- und Arbeitsfähigkeit aus. Damit erfasst sie also nur Vorgänge, die mit einer tatsächlich durchgeführten Untersuchung und schriftlicher gutachtlicher Stellungnahme verbunden waren. In die in diesem Kapitel gebotene Darstellung der drei Zehnjahreszeiträume von 1975 bis 2004 sollen dagegen bewusst alle *Anfragen* nach gerichtsärztlichen Untersuchungen bezüglich Haft-, Termin- und Arbeitsfähigkeit eingehen, womit sich prinzipiell eine größere Fallzahl ergibt als die Anzahl hernach tatsächlich erstellter Gutachten, insofern nicht jede Anfrage auch zu einer Untersuchung führt.

Die Auswertung an dieser Stelle nach *Anfragen* und nicht nur nach angefertigten Gutachten, geschieht aus der Absicht heraus, die Rolle des Gerichtsärztlichen Dienstes für Gerichte und andere Behörden in ihrer alltäglichen Arbeit zu erfassen. Insbesondere bei fraglicher Verhandlungsfähigkeit, wenn ein zuständiger Richter im Sekretariat des Gerichtsärztlichen Dienstes eine entsprechende Untersuchung angefragt hat, zeigt sich oft schon im Telephonat, welches der beauftragte Gerichtsarzt zunächst als Rücksprache mit dem Richter führt, dass keine ärztliche Untersuchung nötig ist. Nicht selten hat ein betroffener Angeklagter medizinisch-gesundheitliche Aspekte vorgebracht, die der Richter als medizinischer Laie nicht angemessen einzuordnen vermag. Korrekterweise muss der Richter nun überprüfen, ob Verhandlungsunfähigkeit – in gravierenden Fällen immerhin ein Verfahrenshindernis (vgl. **II.2.3**) – vorliegen *könnte*. Lassen sich durch den Gerichtsarzt aber bereits beratend die Zweifel an der Verhandlungsfähigkeit ausräumen, kommt es nicht zu einer Untersuchung und so auch nicht zu einem dokumentierten Gutachten. Dennoch ist evident, dass der Gerichtsarzt für den Richter zu einer wichtigen Hilfe geworden ist und entscheidend das weitere richterliche Vorgehen mit gestaltet hat. Die Anfrage dokumentiert gewissermaßen den *Bedarf* an einer fachlich-medizinischen Klärung in Zusammenhang mit einem Problem aus dem Bereich der Verhandlungsfähigkeit, auch wenn schließlich dazu keine gerichtsärztliche Verhandlungsfähigkeitsprüfung notwendig geworden ist. In manchen Fällen zeigt sich aber auch, dass der Anfragende die Situation nicht korrekt eingeschätzt beziehungsweise eingeordnet hat; vor allem hinter Anfragen nach Verhandlungsfähigkeitsprüfungen stecken durchaus öfter Problematiken anderen Charakters wie eine fragliche Schuldfähigkeit oder andere forensisch-psychiatrische Fragestellungen, die durch den anfragenden Richter missverstehend als Verhandlungsfähigkeitsproblematik aufgefasst worden sind. Diese Thematik wird später noch eigens darzustellen sein (vgl. **IV.2.3**). Auch hieraus resultiert der Sache nach kein

Gutachtenfall im Gerichtsärztlichen Dienst, aber die beratende Klarstellung ist für den betroffenen Richter eine hilfreiche Leistung von der gerichtsärztlichen Seite.

Insofern solche Vorgänge in den alten Sekretariatsbüchern mit dem entsprechenden Vermerk aufgenommen wurden, die jeweilige Anfrage des Richters habe durch telefonische Beratung hinreichende Klärung erfahren, ließ sich statistisch erfassen, wie oft im Gerichtsärztlichen Dienst durch *Anfragen* der Bedarf an ärztlicher Unterstützung dokumentiert wurde. Nur jene Fälle für die Auswertung zu zählen, die zur Erstellung eines Gutachtens geführt haben, hieße, einen Teil gerichtsärztlicher Tätigkeit auszublenden. – Dass sich mit der Umstellung der Dokumentation auf eine vorgangsbezogene elektronische Datenbank die Erfassungsmodalitäten verändert haben, wurde bereits dargestellt.

Die Untersuchung von Naeve und Becker, die vor allem rückblickend die *Ergebnisse* auswerten will, zu denen gerichtsärztliche Gutachter in ihrer Untersuchungstätigkeit gekommen waren, weist damit einen etwas anderen Aspekt in ihrer Zielrichtung auf und bezieht, wie geschildert, nur erstellte Gutachten ein. Dabei werden von den Autoren insgesamt 1896 Gutachten aus einem neun Jahre umfassenden Zeitraum von 1963 bis 1971 ausgewertet. Im Durchschnitt wurden damit in jener Zeit für strafrechtliche und zivilrechtliche Belange etwa 211 Untersuchungen im Jahr durchgeführt. Der besseren Vergleichbarkeit zu den hier gewonnenen Daten wegen auf einen *Zehnjahreszeitraum* hochgerechnet, ergibt sich rechnerisch für diese Epoche des Hamburger Gerichtsärztlichen Dienstes eine Anzahl von 2107 zu erstellenden Gutachten pro Jahrzehnt.

Im Vergleich zu diesen Zahlen, die aus den von Naeve und Becker untersuchten Jahren vorliegen, zeigt sich eine Tendenz, mittlerweile weniger oft derartige gerichtsärztliche Unterstützung anzufordern. Im letzten hier ausgewerteten Zehnjahreszeitraum von 1995 bis 2004 wurde eine entsprechende gerichtsärztliche Tätigkeit weniger als halb so oft *nachgefragt* gemessen an der Häufigkeit, mit der in den 1960er Jahren beziehungsweise noch zu Beginn der 1970er Jahre solche Untersuchungen realiter *durchgeführt* wurden. Die Tabelle in *Abbildung 1* gibt einen Überblick über die Gesamtzahl der Haft-, Verhandlungs- und Arbeitsfähigkeitsuntersuchungen durch den Gerichtsärztlichen Dienst gemäß Naeve und Becker im Vergleich zur Häufigkeit der Anfragen nach gerichtsärztlichen Untersuchungen in den drei Zehnjahresräumen von 1975 bis 2004.

Betrachtet man für die Zeit von 1975 bis 2004 die Entwicklung Jahr für Jahr, so ist die Tendenz, gerichtsärztliche Untersuchungen auf Haft-, Termin- und Arbeitsfähigkeit weniger häufig nachzufragen, augenfällig. Ein entsprechender Überblick über die insgesamt angefragten gerichtsärztlichen Untersuchungen von 1975 bis 2004 ist im Diagramm in *Abbildung 2* wiedergegeben. Im Jahr 1983 sank die Zahl der Anfragen erstmals unter 200 im Jahr, um auch stetig darunter zu bleiben; im Jahr 2000 sank die Zahl dann mit nur 73 verzeichneten Anfragen unter 100 im Jahr, um sich dann zwischen 90 und 94 auf einem etwas höherem Niveau einzupendeln, ohne aber wieder die Anzahl von 100 Fragen jährlich zu erreichen. Diese pauschalisierende Erfassung des Bedarfes an gerichtsärztlicher Unterstützung bei Gerichten und Staatsanwaltschaften soll im Weiteren aufgeschlüsselt werden nach den unterschiedlichen Aspekten, die zur Debatte standen: Terminfähigkeit (vgl. **IV.2.2.a**) und alleinige Reisefähigkeit (vgl. **IV.2.2.b**), Haftfähigkeit (vgl. **IV.2.2.c**) sowie Arbeitsfähigkeit (vgl. **IV.2.2.d**).

IV.2.2 Entwicklung einzelner Arten gerichtsärztlicher Untersuchungen

Von den insgesamt 1896 ausgewerteten Gutachten in der Analyse von Naeve und Becker waren 646 eine Untersuchung auf Haftfähigkeit, 626 eine Untersuchung auf Verhandlungsfähigkeit und 624 stellten eine Arbeitsfähigkeitsbeurteilung dar. Im Durchschnitt waren damit rund je 70, 72 beziehungsweise 69 der jeweiligen Untersuchungen jährlich in der Zeit der 1960er und der beginnenden 1970er Jahre vom Gerichtsärztlichen Dienst zu leisten. Damit waren in dieser Zeit in etwa alle drei Untersuchungstypen gleich häufig in der gerichtsärztlichen Arbeit vertreten.

Betrachtet man den hier untersuchten letzten Zehnjahreszeitraum von 1995 bis 2004 dagegen zum Vergleich, so zeigt sich – wiederum auf die *Anfragen* der jeweiligen Untersuchungen bezogen –, dass von 1034 angefragten gerichtsärztlichen Untersuchungen 259 sich auf eine Frage der Haftfähigkeit bezogen, 751 sich um Terminfähigkeit drehten (mit zusätzlichen sieben Anfragen einer alleinigen Reisefähigkeitsprüfung) und lediglich 17 auf den Aspekt der Arbeitsfähigkeit Bezug nahmen. Die Zahlen sind auch dem Diagramm in *Abbildung 3* zu entnehmen. Insgesamt ist an der Wende vom 20. zum 21. Jahrhundert, wie schon im Abschnitt IV.2.1 dargestellt, gegenüber der Situation etwa einem Vierteljahrhundert zuvor die Häufigkeit gesunken, mit der gerichtsärztliche Untersuchungen angefragt werden (1034 Anfragen in zehn Jahren gegenüber damals 1896 durchgeführten Untersuchungen in nur neun Jahren). Zudem haben sich offensichtlich die Gewichtungen verschoben: Mit rund 75 Anfragen pro Jahr stehen nun die Terminfähigkeitsprüfungen (und zwar in Form der *Verhandlungsfähigkeitsprüfungen*; vgl. IV.2.2.a) deutlich im Vordergrund, während mit durchschnittlich etwas über 25 Nachfragen bezüglich einer Prüfung auf Haftfähigkeit diese gerichtsärztliche Untersuchung im Vergleich dazu nur zu einem Drittel so oft angefordert wird. Mit ein bis drei, in manchen Jahren aber auch gar nicht angeforderten Arbeitsfähigkeitsprüfungen hat schließlich dieser dritte Bereich gerichtsärztlicher Tätigkeit inzwischen nur noch eine Bedeutung als ausnahmsweise benötigte gutachtliche Stellungnahme. Das Diagramm in *Abbildung 3* veranschaulicht diesen Wandel durch verschieden hohe Säulen mit Ausweisung, welchen Anteil jeweils die drei einzelnen Untersuchungsarten dabei haben (sieben angefragte und auch durchgeführte Untersuchungen auf alleinige Reisefähigkeit wurden nicht in die Werte der Jahre 1995 bis 2004 einbezogen, da Naeve und Becker diese Variante in ihrem Material nicht kennen). Der Vollständigkeit halber sind in diesem Diagramm auch bereits in einer dritten Spalte für den Zeitraum von 1995 bis 2004 die hernach tatsächlich durchgeführten Untersuchungen, die aus den Anfragen beim Gerichtsärztlichen Dienst resultierten, in ihrer absoluten Anzahl zum Vergleich mit angegeben. Während hier zur Darstellung des Bedarfes an gerichtsärztlicher Unterstützung bei Gerichten und Staatsanwaltschaften zunächst die Anfragen im Mittelpunkt stehen, werden diese gutachterlichen Vorgänge in späteren Abschnitten eingehender dargestellt (vgl. IV.3.3).

IV.2.2.a Anfragen nach Terminfähigkeitsuntersuchungen

Zunächst sollen die Anfrage von *Terminfähigkeitsuntersuchungen* und zwar alleine als *Verhandlungsfähigkeitsuntersuchungen* oder in Verbindung mit einer *Reisefähigkeitsuntersuchung* betrachtet werden (zu dieser Terminologie vgl. IV.0). Wohlgemerkt sind die hier thematisierten angefragten Verhandlungsfähigkeitsuntersuchungen nicht identisch mit den so genannten externen Untersuchungen, denen noch später ein eigenes Kapitel gewidmet ist (vgl. IV.7). Zwar sind jene vom Gerichtsärztlichen Dienst durchzuführen-

den externen Untersuchungen in den meisten Fällen eine Prüfung der Verhandlungsfähigkeit. Dennoch finden solche Untersuchungen nicht nur extern, sondern auch nach Terminvergabe am geladenen Probanden in den gerichtsärztlichen Diensträumen statt. Unabhängig, ob es sich um eine externe oder um eine Untersuchung in der Dienststelle dreht, sollen an dieser Stelle alle Anfragen nach Terminfähigkeitsprüfungen betrachtet werden, die beim Gerichtsärztlichen Dienst eingegangen sind.

Die erwähnte allgemeine Tendenz, weniger oft eine gerichtsärztliche Untersuchung anzufragen, ist auch hier unverkennbar, wie das Diagramm mit der zahlenmäßigen Entwicklung von 1975 bis 2004 in *Abbildung 4* verdeutlicht. Die Anfragen nach Terminfähigkeitsprüfungen erreichten im Jahr 2000 mit nur 49 ihre niedrigste absolute Anzahl, erreichten aber 2003 und 2004 wieder ein Niveau von über 70 Anfragen pro Jahr (nämlich 74 beziehungsweise 78). Stärkere jährliche Schwankungen waren auch zuvor schon immer wieder einmal zu verzeichnen; etwa von 68 Anfragen im Jahr 1992 auf 94 Anfragen im Folgejahr. In der Tabelle in *Abbildung 5* ist neben diesen Gesamtzahlen der Anfragen für das jeweilige Kalenderjahr dargestellt, wie sich die Anfragen nach einer Terminfähigkeitsuntersuchung im einzelnen aufschlüsseln in reine Verhandlungsfähigkeitsuntersuchungen, die den Hauptanteil ausmachen, und kombinierte Fälle mit Berücksichtigung der Reisefähigkeit. Weitere Spalten der Tabelle in *Abbildung 5* zeigen zudem die Häufigkeit der geforderten Kombination einer Terminfähigkeits- mit einer Haftfähigkeitsprüfung, sowie die Besonderheit der Anforderung von einer kombinierten Terminfähigkeits- und Arbeitsfähigkeitsprüfung.

IV.2.2.b Anfragen nach alleinigen Reisefähigkeitsuntersuchungen

Bisweilen kommt auch der Fall vor, dass Gerichte eine reine Prüfung der Reisefähigkeit anfragen, wenn grundsätzlich verhandlungsfähige Angeklagte oder vernehmungsfähige Zeugen die Anreise aus gesundheitlichen Gründen nicht auf sich nehmen wollen. Diese Fälle, dadurch in der Regel geprägt, dass es sich um auswärtige Gerichte handelt, die Hamburger Bürger vorzuladen haben, wurden in einer eigenen Auflistung erfasst. In der Studie von Naeve und Becker werden, wie schon mehrfach erwähnt, solche gerichtsärztlichen Untersuchungen nicht genannt; die Autoren listen nur Vorgänge auf, bei denen es ausdrücklich zu einer Prüfung der Verhandlungsfähigkeit gekommen ist. Nicht zuletzt, um die hier erfassten Zahlen mit der von Naeve und Becker geschilderten Situation vergleichen zu können, werden die alleinigen Reisefähigkeitsprüfungen daher stets in einem zusätzlichen Abschnitt dargestellt.

Die Tabelle in *Abbildung 6* listet die beim Gerichtsärztlichen Dienst in Hamburg eingegangenen Anfragen auf eine reine Reisefähigkeitsuntersuchung im Zeitraum von 1975 bis 2004 auf. Im übrigen wäre bei terminologischer Strenge die Reisefähigkeit von der *Transportfähigkeit* zu unterscheiden (zur Definition vgl. **II.3.3.c**); gerade bei den selteneren Anfragen dieser Art, die von Hamburger Gerichten getätigt werden, handelt es sich meist um die Fraglichkeit der Transportfähigkeit eines behinderten Prozessteilnehmers, der wegen seines Handicaps nicht zum Termin erscheinen will. Je nach baulicher Ausstattung der einzelnen Hamburger Gerichtsgebäude ist dann ärztlich darzulegen, unter welchen Umständen die betroffene Person angemessen an den Gerichtsort gelangen kann. Es zeigte sich aber, dass in der alltäglichen Kommunikation zwischen Behörden und Gerichtsärztlichem Dienst in der Regel umfassend der Begriff „Reisefähigkeit“ Verwendung findet; in der Tabelle in *Abbildung 5* und in der Tabelle in *Abbildung 6*

wurde daher bezüglich der Anfragen im Sekretariat auf einen bisweilen ohnehin müßigen Versuch der Begriffstrennung verzichtet.

IV.2.2.c Anfragen nach Haftfähigkeitsuntersuchungen

Das Diagramm in *Abbildung 7* gibt mit absoluten Zahlen wieder, wie sich die Anfragen nach *Haftfähigkeitsuntersuchungen* seit Mitte der 1970er Jahre entwickelt haben. Deutlich ist auch hier die Tendenz, solche Untersuchungen weniger häufig beim Gerichtsärztlichen Dienst nachzufragen. Bereits ab 1975 liegt die Zahl der Anfragen nie mehr wesentlich über 60 pro Jahr (1979 sind einmal 63 Anfragen zu verzeichnen gewesen). Wurden 1998 noch einmal 33 Haftfähigkeitsprüfungen durch den Gerichtsärztlichen Dienst gewünscht, so verringerte sich seitdem die Zahl der jährlichen Anfragen auf ein Niveau von kaum wesentlich mehr als 20, meist sogar weniger Anfragen. Die besonders niedrige Zahl von 15 im Jahr 2004 ist allerdings auch vor dem Hintergrund zu interpretieren, dass die neue Dokumentationsweise, wie beschrieben, ab der zweiten Jahreshälfte nur noch die tatsächlich durchgeführte Aufträge, nicht mehr aber alle Anfragen verzeichnet. Die Prüfung auf Haftfähigkeit geschieht in der Regel nicht in Verbindung mit einer anderen Untersuchung; meist wird sie nötig, wenn nach einer mit einem Urteilsspruch geendeten Verhandlung der zu einer Haftstrafe Verurteilte geltend macht, die Freiheitsstrafe aus gesundheitlichen Gründen nicht antreten zu können. Nicht in jedem Kalenderjahr, aber dennoch regelmäßig – wie schon aus der Tabelle in *Abbildung 5* hervorgegangen –, wird von einem Gericht in geringer Zahl auch die Untersuchung auf Haftfähigkeit verbunden mit einer Prüfung auf Verhandlungsfähigkeit nachgefragt. Hier handelt es sich meist um den Fall eines laufenden Verfahrens, in dem gesundheitliche Probleme vom Angeklagten, der einen für ihn „ungünstigen“ Ausgang absehen kann, geltend gemacht werden. Dies veranlasst dann das Gericht, sowohl für den Fortgang des Prozesses wie auch schon im Hinblick auf die bevorstehende Verurteilung zu einer Freiheitsstrafe eine gerichtsärztliche Prüfung zu veranlassen. Bis nach der Mitte der 1980er Jahre fand sich immer wieder auch die Beauftragung, in Kombination die Haft- und die Arbeitsfähigkeit medizinisch untersuchen zu lassen (zur Entwicklung der Anfragen bezüglich Arbeitsfähigkeitsuntersuchungen an sich siehe *IV.2.2.d*). Zweimal – 1977 und 1992 – war in Verbindung mit einer Haftfähigkeitsprüfung auch die Anfrage verbunden, die Reisefähigkeit des Verurteilten zu überprüfen. Die Tabelle in *Abbildung 8* schlüsselt nach absoluter Anzahl im Kalenderjahr die beim Gerichtsärztlichen Dienst angefragten Untersuchungen auf Haftfähigkeit im Zeitraum von 1975 bis 2004 auf (samt Ausweisung der Anzahl etwaig gewünschter Kombinationen mit anderen gerichtsärztlichen Untersuchungen).

IV.2.2.d Anfragen nach Arbeitsfähigkeitsuntersuchungen

War in den Darstellungen zuvor stets ein allgemeiner Trend zur sinkenden Anfrage nach gerichtsärztlichen Untersuchungen betont worden, so zeigt sich, dass die Untersuchung auf *Arbeitsfähigkeit* in der Arbeit des Gerichtsärztlichen Dienstes als einer der drei in den 1960er Jahren noch gleichwertigen Aufgabenbereiche (vgl. *IV.2.2*) bis zur Gegenwart auf den Stand einer marginalen Tätigkeit im Sinne einer nur in Ausnahmefällen noch von Behörden benötigten Prüfung abgefallen ist. Das Diagramm in *Abbildung 9* illustriert augenfällig diese Entwicklung und nennt die absoluten Anzahlen der Anfragen für jedes Kalenderjahr zwischen 1975 bis 2004. Wie häufig sich bei der selten gewordenen Frage

nach der Arbeitsfähigkeit eines Probanden die entsprechende Anfrage auch mit einer zugleich angefragten Prüfung der Haft- oder auch der Verhandlungsfähigkeit verknüpfen kann, war indessen bereits in den Tabellen in *Abbildung 5* und *Abbildung 8* mit vorgestellt worden. Auf diese Darstellungen soll daher hier zurückverwiesen werden, so dass keine neuerliche Auflistung der Kombinationen der Arbeitsfähigkeitsuntersuchungen mit anderen gerichtsärztlichen Untersuchungen erfolgen muss. Für den später hinsichtlich der gerichtsärztlichen Untersuchungen eingehender zu analysierenden Zeitraum von 1995 bis 2004 zeigt sich im übrigen, dass, wenn eine Anfrage beim Gerichtsärztlichen Dienst einging, sich auch stets konkret eine gutachterliche Tätigkeit anschloss. Auf alle 17 Anfragen dieses Zeitraumes (vgl. *Abbildung 3*) folgte ein gerichtsärztlicher Vorgang entweder als ärztliche Untersuchung des Probanden (in 14 Fällen) oder als gutachterliche Auseinandersetzung mit vorliegendem Attestmaterial (dreimal); Näheres zu den Ergebnissen dieser Untersuchungen findet sich im Abschnitt **IV.4.2.d**.

IV.2.3 Anmerkung zur Häufigkeit fehlgedeuteter psychiatrischer Problematiken

Bei der Sichtung der Sekretariatsbücher des Gerichtsärztlichen Dienstes zeigt sich, dass sehr oft hinter der Anfrage einer gerichtsärztlichen Prüfung in Wirklichkeit die forensisch-psychiatrische Problematik einer fraglichen Schuld- oder Zurechnungsfähigkeit stand. Insofern nach der im **Teil I** beschriebenen Teilung des „alten“, umfassenden Gerichtsärztlichen Dienstes in einen Medizinischen und einen Psychiatrischen Teil zu Beginn der 1950er Jahre (vgl. **I.3.3**) zeitweilig eine koordinierende Stelle für psychiatrische Gutachtertätigkeit fehlte, wurden derartige Gutachten regelmäßig auch im Sekretariat des Gerichtsärztlichen Dienstes angemeldet. Es fand dann auf eingeschlepptem Wege die Weitergabe des Auftrages vordringlich an entsprechend forensisch versierte Psychiater des Allgemeinen Krankenhauses Hamburg-Ochsenzoll statt. Seit den 1990er Jahren existiert nun parallel zum in das Institut für Rechtsmedizin integrierten Forensisch-medizinischen Dienst ein Forensisch-psychiatrischer Gutachterdienst (kurz FPG) mit räumlicher Angliederung an die Psychiatrische Klinik des Universitätsklinikums Eppendorf zur Koordinierung derartiger Gutachten. Bei der Erstellung des hier präsentierten Zahlenmaterials wurde daher darauf geachtet, derartige, früher regulär im gerichtsärztlichen Sekretariat einlaufende Anfragen mit forensisch-psychiatrischem Hintergrund, für die aber nun eine eigene Anlaufstelle besteht, *nicht* in die Zählung einzubeziehen. Es handelt sich um offensichtliche Verwechslungen der Zuständigkeit, wobei sich fast immer schon nach kurzer Schilderung am Telephon im gerichtsärztlichen Sekretariat die Angelegenheit als Sache der forensischen Psychiatrie einordnen ließ.

Unabhängig davon fand sich in jedem Jahr eine Reihe von ausdrücklich beim Gerichtsärztlichen Dienst angefragten Untersuchungen, die bei näherer Betrachtung ihrem Charakter nach dem nervenärztlichen Gebiet zugehörten. Es handelt sich dabei um Fälle, die zunächst im Sekretariatsbuch als entsprechende Anfrage nach einer gerichtsärztlichen Untersuchung auf *Haft-* oder *Verhandlungsfähigkeit* dokumentiert und als solche auch einem zuständigen Gerichtsarzt zur Bearbeitung übertragen wurden. – Dass sich einige der beim Gerichtsärztlichen Dienst angefragten Untersuchungen immer erst im Verlaufe der Beschäftigung mit dem Probanden als psychiatrisches Problem entpuppen können, verwundert an sich nicht. Dies geschieht regelhaft bei fraglicher *Haftunfähigkeit*, wenn der Gerichtsarzt erst in der Auseinandersetzung mit dem Probanden bemerkt, dass eine

psychische Problematik vorliegt, die aus der vorherigen Einlassung des Verurteilten, aus gesundheitlichen Gründen die Freiheitsstrafe nicht antreten zu können, der Behördenstelle nicht erkennbar geworden war. Der Betreffende war immerhin zuvor in den Verhandlungen nicht weiter auffällig gewesen (sonst wäre schon an früherer Stelle seine Verhandlungsfähigkeit in Frage gestellt und eine entsprechende Untersuchung gefordert worden!). In solchen Fällen war die Anforderung einer Haftfähigkeituntersuchung beim „soma-tisch orientierten“ Gerichtsärztlichen Dienst nach der anfangs einzig möglichen Sicht der Sachlage zu Recht geschehen.

Daneben aber entpuppte sich immer wieder ein Teil der ausdrücklich von der Behörde als *Verhandlungsfähigkeitsprüfung* beim Gerichtsärztlichen Dienst angemeldeten Untersuchungsaufträge als forensisch-psychiatrische Schuld- und Zurechnungsfrage. Wobei notabene im Gegensatz zu den zuvor skizzierten Fällen, in denen sich die Dimension einer seelischen Störung beziehungsweise einer Persönlichkeitsproblematik erst in der gerichtsärztlichen Untersuchung zeigte, dem anfordernden Richter durchaus schon bewusst gewesen war, dass die Problematik gewissermaßen mit den Wesensauffälligkeiten des Probanden zusammenhängt. Wie die inhaltliche Sichtung der archivierten Materialien des näher zu untersuchenden Zehnjahreszeitraumes von 1995 bis 2004 deutlich ergab, hatten also die jeweiligen Richter eine solche Problematik juristischerseits als einen Fall fraglicher Verhandlungsfähigkeit (fehl-)eingeordnet. Diese systematisch falschen Anfragen nach „Verhandlungsfähigkeit“ sind in der Auflistung in Abschnitt **IV.2.2.a** mitgezählt worden. Denn es war sichtlich eine entsprechende Anfrage an den Gerichtsärztlichen Dienst ergangen und der zuständige Gerichtsarzt musste sich mit der Angelegenheit fachlich auseinandersetzen, um zu klären, welche Sachlage vorlag; der Gerichtsärztliche Dienst war damit sehr wohl zur Klärung der Problematik in Anspruch genommen worden. Wie bereits dargelegt, war es auch diese stetig vorhandene Fehldeutung des Begriffes der Verhandlungsfähigkeit, die im Verlaufe der Beschäftigung mit den archivierten Unterlagen die Absicht reifen ließ, einführend eine weiter als zunächst geplant gefasste ideengeschichtliche Heranführung an die Thematik zu bieten.

Was den detaillierter ausgewerteten Zeitraum von 1995 bis 2004 betrifft, gibt das Diagramm in *Abbildung 10* mit entsprechender tabellarischer Auflistung die Anzahl der Anfragen nach gerichtsärztlichen Untersuchungen, die jedoch tatsächlich in das forensisch-psychiatrische Gebiet fielen, für die jeweiligen Kalenderjahre wieder. – In der Aufgliederung nach Art der zunächst angefragten Untersuchung zeigt sich, wie die Kategorie der Verhandlungsfähigkeit dabei zahlenmäßig deutlich mehr betroffen ist. Interessant ist, dass vor dem Hintergrund der schon aus dem Diagramm in *Abbildung 2* bekannten Tendenz, insgesamt weniger gerichtsärztliche Untersuchungen anzufordern, die Zahl dieser forensisch-psychiatrischen „Fehlläufer“ jedoch in etwa gleich bleibt. Offenbar werden zuständige Behörden mit der Problematik psychiatrisch auffälliger Personen stets in einem gleichen Maße konfrontiert, was dazu führt, im medizinischen Bereich um entsprechende Hilfestellung nachzufragen.

Dagegen stellen psychiatrische *Zusatzbegutachtungen* einen anderen, davon zu unterscheidenden Aspekt dar, der mit Blick auf ein späteres Kapitel in diesem Zusammenhang erwähnt werden soll. Es handelt sich dabei um psychiatrische Untersuchungen, die ein Gerichtsarzt anregt, der seine somatisch ausgerichtete Untersuchung sehr wohl durchgeführt hat, aber *daneben* auch psychiatrische Auffälligkeiten bemerkt hat. Es wird in sol-

chen Fällen also vom Gericht eine Überprüfung der gesundheitlichen Situation beim Gerichtsärztlichen Dienst angefordert, weil ein Angeklagter entsprechende körperliche Probleme geltend macht. Diese – zum Beispiel eine Behinderung oder Erkrankung wie Bluthochdruck – sind auch tatsächlich vom Gerichtsarzt in seiner diagnostischen Prüfung zu thematisieren und in ihrer Relevanz einzuschätzen; es kommt also, im Gegensatz zu den oben geschilderten Fällen zur vollständigen Durchführung der gerichtsärztlichen Untersuchung. Im Rahmen dieser Untersuchung fallen jedoch beim Probanden Eigentümlichkeiten auf, die den Gerichtsarzt bewegen, eine fachärztlich psychiatrische Untersuchung anzuregen. Dies ist besonders dann der Fall, wenn die geltend gemachte gesundheitliche Störung eher gering und an sich ohne Auswirkung etwa auf die Verhandlungsfähigkeit ist, aber der Eindruck entsteht, es nicht mit einem aggravierenden oder simulierenden Probanden zu tun zu haben, sondern mit jemandem, der sich gewissermaßen als leidendes Opfer „verfolgt“ fühlt und an seine „Krankheit“ glaubt.

Bisweilen steht dahinter eine seelische Auffälligkeit, die vielleicht sogar den Aspekt der jeweiligen Delinquenz in einem anderen Licht erscheinen lassen könnte. Neben der somatischen Problematik des Probanden könnte also eine psychiatrische Problematik bestehen, die in ganz anderer juristischer Perspektive für die Frage der Schuldfähigkeit eine Rolle spielt. Im näher untersuchten Zeitraum von 1995 bis 2004 bemerkten die Hamburger Gerichtsärzte 85 mal psychiatrische Auffälligkeiten (vgl. *Abbildung 22*), wobei sie in 14 Fällen explizit im Rahmen ihrer gutachterlichen Stellungnahme dem Gericht ein psychiatrisches Gutachten anempfohlen haben (vgl. **IV.6.3**). Im übrigen waren dies sämtlich Untersuchungen auf Terminfähigkeit, nicht aber Haftfähigkeitsprüfungen. – In wie vielen Fällen die Anregung einer psychiatrischen Begutachtung tatsächlich umgesetzt wurde, geht nicht aus den jeweiligen Unterlagen hervor, die der Sache nach mit Abgabe des gerichtsärztlichen Gutachtens geschlossen und im Gerichtsärztlichen Dienst archiviert wurden.

Kapitel IV.3 Gerichtsärztliche Gutachten in detaillierter Betrachtung

IV.3.1 Dimensionen des ausgewerteten Datenmaterials

Um detaillierter die gerichtsärztlich in Hamburg geleisteten Untersuchungen auf Haft-, Termin- und (wie geschildert in inzwischen eher selteneren Fällen) auf Arbeitsfähigkeit in ihren Gehalten erfassen zu können, wurden für den Zehnjahreszeitraum von 1995 bis 2004 sämtliche vorhandenen gutachtlichen Unterlagen, soweit sie heranzuziehen waren, gesichtet und ausgewertet. Insgesamt wurden für den Zehnjahreszeitraum 1034 im Archiv dokumentierte Vorgänge gesichtet; 109 davon waren schon nach oberflächlicher Sichtung auszuschneiden, da es sich um offensichtlich andere gerichtsärztliche Untersuchungen gehandelt hatte. So entpuppten sich häufig angeforderte Untersuchungen von Zeugen – zum Teil auch vor Ort an Gerichtsstelle – als ärztliche Begutachtungen erlittener Verletzungen; es handelte sich also um so genannte *Geschädigtenuntersuchungen* und nicht, was im Sekretariatsbuch nicht erkennbar war unter dem Stichwort „Zeuge“, um die Prüfung der Vernehmungsfähigkeit des Zeugen im Ablauf der Verhandlung. Diese gerichtsärztlichen Geschädigtenuntersuchungen, ein mittlerweile in der Literatur gut thematisierter Teil der Klinischen Rechtsmedizin, sind hier ausdrücklich nicht Gegenstand der Darstellung.

Insgesamt waren 925 dokumentierte Vorgänge für die Jahre von 1995 bis 2004 für das gerichtsärztliche Spektrum der Haft-, Termin- und Arbeitsfähigkeitsprüfungen auszuwerten; die Tabelle in *Abbildung 11* liefert dazu eine Übersicht. Wie bereits dargestellt (vgl. *IV.2.3*) und im Diagramm in *Abbildung 10* näher aufgeschlüsselt, erwiesen sich jährlich einige dieser Gutachtenfälle bei näherer Betrachtung als forensisch-psychiatrische Angelegenheit, im hier fraglichen Zeitraum waren dies immerhin 127 Fälle. In weiteren 29 Fällen erwies sich – oft zeigte dies erst die Auseinandersetzung mit den überstellten Unterlagen! –, dass es sich bei dem Probanden nicht um eine im Zuständigkeitsbereich des Hamburger Gerichtsärztlichen Dienstes wohnende Person handelte, sondern dass eine Angelegenheit eines auswärtigen Gesundheitsamtes vorlag (der Fall der in Norderstedt Wohnenden, für die das Gesundheitsamt des Kreises Pinneberg zuständig ist, wurde bereits erwähnt (vgl. *IV.1.4*)). In einem Teil der Fälle konnte aus verschiedenen Gründen sozusagen prinzipiell die gerichtsärztliche Untersuchung nicht stattfinden. Hierzu gehören jene Fälle, in denen der Aufenthaltsort eines Probanden von der Behörde nicht zu ermitteln war oder in denen der Betreffende sich abgesetzt hatte. Manchmal wurde auch im Verlaufe des Vorganges von der Behörde her eine Weiterführung nicht mehr als nötig angesehen. In erster Linie geschah dies dann, wenn ein Proband von sich aus erklärte, nicht weiter gesundheitliche Einschränkungen geltend machen zu wollen. So wird auch immer wieder einmal eine kurz zuvor eilmäßig angeforderte Prüfung der Verhandlungsfähigkeit rasch wieder abgesagt, wenn sich ein am Verhandlungstag zunächst daheim gebliebener Angeklagter in einem weiteren Telefonat dem Gericht gegenüber „einsichtig“ zeigt (beziehungsweise seine Behauptung gesundheitlicher Beschwerden nicht weiter aufrecht erhalten möchte unter der Perspektive, dass gleich ein Gerichtsarzt zur Prüfung per Hausbesuch erscheinen werde). In einem Fall wurde der Untersuchungsauftrag durch den zuständigen Richter durch Anruf auf das Mobiltelefon des Gerichtsarztes abgesagt, als dieser buchstäblich schon mit begleitenden Polizeibeamten im Treppenhaus der Wohnanlage des Probanden angelangt war [4]. Ein gewisser Anteil der Vorgänge im Gerichtsärztlichen Dienst wurde auch ohne Untersuchung und Gutachtererstellung geschlossen, weil die geladenen Probanden nicht zum Termin beim Gerichtsärztlichen Dienst erschienen waren, das zuständige Gericht aber aus nicht weiter dokumentierten Gründen offensichtlich eine weitere Verfolgung der Angelegenheit nicht für notwendig erachtete und auf Maßnahmen wie etwa eine Zwangsvorführung verzichtete. In insgesamt 51 Fällen waren derart die geladenen Probanden nicht zum Termin beim Gerichtsärztlichen Dienst erschienen (36 mal anlässlich einer Verhandlungsfähigkeits-, 13 mal anlässlich einer Haftfähigkeits-, sowie je einmal anlässlich einer Arbeitsfähigkeits- und einer alleinigen Reisefähigkeitsprüfung). Weitere 38 Vorgänge konnten aus sonstigen Gründen, wie etwa der oben geschilderten Tatsache, dass sich ein Proband abgesetzt hat, nicht durchgeführt werden. In acht Fällen mussten bereits angelaufene Vorgänge abgebrochen werden, weil die zu untersuchende Person mittlerweile verstorben war.

Nicht unerwähnt sollte abschließend bleiben, dass sich für jedes Jahr auch eine Anzahl von Vorgängen fand, die der Prüfung entgingen, weil die archivierten Unterlagen nicht greifbar waren (was wohl als Bestätigungsmerkmal echter Statistik zu werten ist; Datenmaterial in dieser Fülle, das restlos „aufgeht“, erscheint allemal suspekt). Manchen dieser Vorgänge konnte ein Stück weit hinterher recherchiert werden. Typische Beispiele mögen hier genügen: So fand 1995 die gerichtsärztliche Verhandlungsfähigkeitsuntersuchung

eines Probanden statt, der längere Zeit später unter anderen Kautelen psychiatrisch begutachtet wurde, wobei das dazu angeforderte Material über die gerichtsärztliche Untersuchung nicht wieder zurück in das Archiv im rechtsmedizinischen Institut gelangt ist. – 1996 fand eine externe Sofortuntersuchung auf Verhandlungsfähigkeit am Landgericht Hamburg statt, zu der keine weiteren Niederschriften erstellt werden mussten, deren entsprechender „Telephonzettel“ als somit einziges angefertigtes Dokument jedoch offensichtlich verloren gegangen ist. – 1997 wurde eine männliche Person gemäß Auftrag des auswärtigen Amtsgerichtes Pinneberg auf Arbeitsfähigkeit hin untersucht, wobei auch hier keine entsprechenden Unterlagen beim Gerichtsärztlichen Dienst im Archiv erhalten sind.

Zu insgesamt 31 Vorgängen waren letztendlich in dieser Weise keine näher auswertbaren archivierten Unterlagen heranziehbar. So konnte nach Abzug der oben geschilderten Fälle zu 641 durchgeführten Untersuchungen der Jahre 1995 bis 2004 ein detaillierter Dokumentationsbefund erhoben werden. Die Tabelle in *Abbildung 11* bietet, wie oben erwähnt, dem Interessierten einen Überblick über die einzelnen Mengenverhältnisse und zwar aufgeschlüsselt nach den einzelnen Kalenderjahren.

IV.3.2 Vorherrschen strafrechtlicher Belange

Bei den von ihnen ausgewerteten Gutachten im gerichtlichen Auftrag haben Naeve und Becker zwischen einer Beauftragung durch Straf- und Zivilgerichte unterschieden [5], beziehungsweise zwischen strafrechtlichen und zivilrechtlichen Angelegenheiten, was die Sache genauer trifft, da für die Strafvollziehung und somit für die Frage der Haftfähigkeit, wie erwähnt, die Staatsanwaltschaft und nicht das Gericht zuständig ist; streng genommen liegt also in solchen Fällen keine Beauftragung durch das Strafgericht vor, gleichwie es sich der Sache nach um strafrechtliche Aspekte handelt.

Die Unterscheidung in strafrechtlich und zivilrechtlich (von lat. civis = Bürger) tritt dabei als juristische Dichotomie auf, was sie streng genommen nicht ist. Die hergebrachte große Unterteilung des deutschen Rechtes erfolgt nach dem alten Vorbild des römischen Rechtes in das *Privatrecht* im Gegensatz zum *Öffentlichen Recht*, ohne dass diese zwei Bereiche streng geschieden wären [6]. Regelt das Privatrecht die Rechtsbeziehungen der Menschen untereinander, so befasst sich das Öffentliche Recht mit den Normen, die sich auf die Organisation des Staates und seine hoheitlichen Befugnisse beziehen. Zu letzterem gehört das *Strafrecht*, jedoch ist Öffentliches Recht und Strafrecht keineswegs synonym, denn etwa das *Verwaltungsrecht*, zu dem auch jene Abschiebungsangelegenheiten gehören, die bisweilen Fragen der Haft- oder Reisefähigkeit aufwerfen, gehört nicht zum Strafrecht. In großen Flächenbundesland Nordrhein-Westfalen zum Beispiel, wo es auf Länderebene eigene Einrichtungen gibt, in denen nur Abschiebehäftlinge untergebracht sind, tragen diese bewusst die Bezeichnung „Hafthaus“ (etwa in Neuss im Rheinland) in Abhebung zu den sonst Justizvollzugsanstalt genannten Einrichtungen für die Strafhaft. Und zählt andererseits das *Bürgerliche Recht* zum Privatrecht, so ist es als das so genannte allgemeine Privatrecht lediglich ein Teil davon unter anderen, während die so genannten Sonderprivatrechte wie zum Beispiel das Wettbewerbsrecht oder das Arbeitsrecht nicht zum Bürgerlichen Recht gerechnet werden [7]; wie auch allgemein bekannt, existieren zum Beispiel eigene Arbeitsgerichte.

Strafrecht und Zivilrecht sind somit nicht die zwei großen Bereiche, in die das Recht zu teilen wäre; dennoch macht heuristisch der Unterscheidungsansatz von Naeve und Be-

cker Sinn. Es geht um den Vergleich der gerichtsärztlichen Tätigkeit im Sinne einer Untersuchung in Zusammenhang mit strafrechtlichen Belangen im Gegensatz zur Untersuchung in Verbindung mit nichtstrafrechtlichen Aspekten, von Naeve und Becker *pars pro toto* zivilrechtlich genannt. Es ist dabei aus heutiger Perspektive auch zu berücksichtigen, dass sich die Untersuchung von Naeve und Becker auf die Zeit vor den einschneidenden Strafrechtsreformen bezieht (vgl. **II.2.2**), also noch die Vergehen im Sinne eines strafrechtlichen Tatbestandes und noch nicht die verwaltungsrechtlichen Ordnungswidrigkeiten mit entsprechenden Bußgeldsachen kannte. Ebenso haben in jener Zeit verwaltungsrechtliche Angelegenheiten der Abschiebung von Ausländern noch nicht die heutige Rolle gespielt. Stellten Naeve und Becker den strafrechtlichen durchaus mit Berechtigung die zivilrechtlichen Angelegenheiten gegenüber, handelte es sich bei letzteren vor allem um die seinerzeit recht zahlreichen Untersuchungen auf Arbeitsfähigkeit im Zusammenhang mit dem Familienrecht, das in der Tat im Bürgerlichen Gesetzbuch niedergelegt ist.

Die Unterscheidung der strafrechtlichen Belange von nichtstrafrechtlichen soll an dieser Stelle ebenfalls geschehen, wenn inzwischen auch zu den letzteren neben zivilrechtlichen Angelegenheiten wie Unterhaltsregelungen ebenso verwaltungsrechtliche Belange wie Bußgeldsachen oder Abschiebungsfragen gehören. – Für die Jahre von 1963 bis 1971 stellten Naeve und Becker bei den insgesamt 1896 aktenkundigen Gutachten 1262 strafrechtliche Angelegenheiten im Gegensatz zu 634 Untersuchungen in zivilrechtlichem Zusammenhang fest, was rechnerisch ziemlich genau einer Verteilung von zwei zu einem Drittel entspricht.

Für die hier detailliert ausgewerteten Jahre von 1995 bis 2004 stellt sich das Verhältnis indessen anders dar. Bei den 641 konkret ausgewerteten Fällen, in denen ein Gerichtsarzt tätig wurde, waren 598 aus strafrechtlichen Zusammenhängen motiviert, während nur 43 sich als nichtstrafrechtliche Angelegenheiten erwiesen haben. Es hängen also über 93 Prozent der gerichtsärztlichen Untersuchungsaufträge auf Haft-, Termin- sowie Arbeitsfähigkeit mit strafrechtlichen Belangen zusammen. Bereits in Abschnitt **IV.2.2.d** hatte sich deutlich gezeigt, dass die Untersuchungen auf Arbeitsfähigkeit, vormals im Umfang in etwa ebenso groß wie die Prüfungen der Haft- und Verhandlungsfähigkeit, nahezu bis auf rare Ausnahmen aus dem Alltag des Gerichtsärztlichen Dienstes verschwunden sind. Damit ist auch ein großer Teil der nichtstrafrechtlichen Problematiken aus dem gerichtsärztlichen Untersuchungsgut verschwunden.

IV.3.3 Datenmengen nach Untersuchungsart und Probanden im Überblick

Vor einer näheren Aufschlüsselung der im Zeitraum von 1995 bis 2004 dokumentierten gerichtsärztlichen Untersuchungen sollen überblickend die Dimensionen der Datenmengen dargestellt werden, und zwar unterschieden nach **Untersuchungsart** (also Terminfähigkeit, alleinige Reisefähigkeit, Haftfähigkeit und Arbeitsfähigkeit jeweils in strafrechtlichem und nichtstrafrechtlichem Zusammenhang) und der jeweiligen **Art der Probanden** (das heißt Geschlechtszugehörigkeit und Alterskategorie). Im Gegensatz zu den Ausführungen über die Virulenz gerichtsärztlicher Tätigkeit in Kapitel **IV.2**, die bewusst alle **Anfragen** einbezogen haben, konzentriert sich die Betrachtung nun also nur auf tatsächlich durchgeführte gerichtsärztliche Vorgänge. Genau genommen gehen diese Vorgänge nicht immer mit einer Untersuchung der Probanden im Sinne einer ärztlichen Tätigkeit einher, da zum Beispiel in einigen Fällen nach Aktenlage auf Basis von fachärztlichen Befunden

eine ärztliche Stellungnahme vorgenommen wird. Nicht selten verweigern sich Betroffene aber auch der Untersuchung. Freilich ist damit nicht gleich an sich der Zweck des gerichtsärztlichen Einsatzes vereitelt, kommt es doch auch hier oft zu einer Klärung der Problematik durch die Einschätzung des Gerichtsarztes. Beispiele für solche Aufklärungen ohne eigentliche ärztliche Untersuchung werden zur Illustration an entsprechender Stelle im Text geliefert. Einer geschmeidigeren Formulierung wegen soll jedoch im Folgenden stets schlicht die Rede von gerichtsärztlichen Untersuchungen sein, wo es genauer gerichtsärztliche „Nachprüfung“, „Nachforschung“, Begutachtung von ärztlichen Befundberichten oder dergleichen heißen müsste, weil keine körperliche Untersuchung durch den Gerichtsarzt stattfand.

IV.3.3.a Terminfähigkeitsuntersuchungen

Die Tabelle in *Abbildung 12* zeigt die Verhältnisse für *Terminfähigkeitsuntersuchungen* als Prüfung der Verhandlungsfähigkeit alleine oder in Verbindung mit einer Reisefähigkeitsprüfung. Dass seit einer Weile insgesamt die *strafrechtlichen* Belange in der gerichtsärztlichen Arbeit stark dominieren, wurde bereits im Abschnitt IV.3.2 dargestellt; dies verdeutlicht sich auch an den Daten speziell für die Terminfähigkeitsprüfungen. Insgesamt waren 458 Terminfähigkeiten im hier betrachteten Zehnjahreszeitraum zu prüfen, denen – wie zuvor dargestellt (vgl. *Abbildung 3*) – 751 Anfragen derartiger Untersuchungen seitens zuständiger Behörden gegenüberstehen. Es schloss sich also in nicht ganz 61 Prozent der Fälle an die Anfrage einer Terminfähigkeitsuntersuchung tatsächlich ein entsprechender gerichtsärztlicher Vorgang an, während die übrigen Angelegenheiten anderweitig zu klären waren. Von diesen 458 Vorgängen bezogen sich 434 auf strafrechtliche Zusammenhänge, mithin etwa 94,8 Prozent. Des weiteren dominieren *männliche* Probanden, insgesamt stehen 332 Vorgänge mit männlichen Probanden 126 Untersuchungen von weiblichen Prozessbeteiligten gegenüber, bei einem Männeranteil von knapp 72,5 Prozent waren also fast drei Viertel der Probanden männlich. Annähernd dasselbe Verhältnis weisen auch als Untergruppe die strafrechtlichen Vorgänge unter diesen Terminfähigkeitsuntersuchungen hinsichtlich des Geschlechts der Probanden auf, während im nichtstrafrechtlichen Bereich (auf dem niedrigen Gesamtniveau von überhaupt nur 24 Untersuchungen) der Anteil der weiblichen Probanden mit 37,5 Prozent etwas höher liegt.

Die Tabelle in *Abbildung 12* schlüsselt sodann die Probanden auch nach ihrem *Lebensalter* auf. In manchen Fällen ließ die Lage der archivierten Dokumente allerdings keine eindeutige Zuordnung des Probanden zu einer der Kategorisierungen zu. Zum Teil war aus den erhaltenen medizinischen Ausführungen zur Krankengeschichte sehr wohl abschätzbar, ob es sich um eine jüngere oder ältere Person gehandelt hatte, da aber die Kategorisierung mit exakten Grenzen arbeitet, wurden diese „Schätzfälle“ ebenso als „nicht ermittelbar“ ausgesondert wie die Fälle ganz ohne dokumentierte Altersangaben (insbesondere im Zusammenhang mit Verhandlungsfähigkeitsprüfungen sofort an Gerichtsstelle, bei denen nur der „Telephonzettel“ mit entsprechend fehlenden Angaben erhalten war). Um mit der Studie von Naeve und Becker eine Vergleichbarkeit zu erreichen, wurde das dort vorgegebene *Prinzip* der Alterskategorisierung übernommen. Allerdings wurde die pauschale Eingruppierung jüngerer Probanden von Naeve und Becker in eine einzige Kategorie „unter 30“ dahingehend verfeinert, dass eigens die unter 18-Jährigen in der Übersicht ausgewiesen werden. Damit soll der kriminologisch inzwischen häufiger

thematisierten Zunahme der Jugendkriminalität Rechnung getragen werden (wobei hier bewusst die Altersgrenze der bürgerlichen Volljährigkeit gewählt wurde, während hingegen das Strafrecht in begründeten Fällen noch immer eine Anwendung des Jugendstrafrechtes bis zur ehemaligen Volljährigkeitsgrenze von 21 Jahren kennt!).

Prima vista zeigt sich, dass im strafrechtlichen Bereich jede Alterskategorie bei beiden Geschlechtern zumindest besetzt ist. In nichtstrafrechtlichen Zusammenhängen fällt dagegen auf, dass weibliche Probanden unter 50 Jahren gar nicht im Zeitraum von 1995 bis 2004 zu untersuchen waren. Betrachtet man die Verteilung der Probanden über die Alterskategorien insgesamt, so zeigt sich mit steigender Alterskategorie deutlich eine Zunahme der Mächtigkeit der Anzahlen (wobei die Kategorie 30 bis 39 Jahre allerdings stärker besetzt ist als die Kategorie 40 bis 49 Jahre) bis zu einem Gipfel mit 105 Probanden im Alter von 50 bis 59 Jahren, woraufhin die zahlenmäßige Besetzung der Kategorien wieder sinkt. Als Kurve aufgetragen, ergäbe sich das Bild einer verzogenen Parabel mit dem Scheitelpunkt im Altersbereich von 50 bis 59 Jahren; diese Verteilung findet sich auch im Unterbereich der im strafrechtlichen Zusammenhang zu untersuchenden männlichen Probanden, die als stärkste Probandengruppe damit sozusagen das formgebende Rückgrat der gesamten Probandenmenge darstellen. Mit 74 Vertretern sind die strafrechtlich zu prüfenden 50 bis 59 Jahre alten Männer die am mächtigsten besetzte Alterskategorie überhaupt. Die zweitstärkste Probandengruppe, die strafrechtlich zu untersuchenden Frauen, zeigen eine in den Grundzügen ähnliche Verteilung. Im nichtstrafrechtlichen Bereich verschieben sich die Schwerpunkte etwas hin zu den höheren Alterskategorien, wobei jüngere Frauen hier, wie erwähnt, gar nicht auftauchen.

Die Verteilung erklärt sich wohl insgesamt daraus, dass auch die Altersverteilung der in juristischen Zusammenhängen involvierten Personen sich so aufgliedert, dass einige jüngere Personen betroffen sind (mit steigender Tendenz, was die erwähnte Zunahme von Jugendkriminalität angeht), einige ältere Personen und eine breite Menge aus den mittleren Altersschichten. Insofern letztere an sich zahlenmäßig vorherrschen, ist auch zu erwarten, dass mit Relation auf etwaige Erkrankungen, die zur Verhandlungsunfähigkeit führen könnten, aus dieser Gruppierung zahlenmäßig mehr Probanden zu erwarten sind, wobei sich der Gipfel in diesem Mittelfeld nicht unerwartet etwas in Richtung auf deren ältere Personen verschiebt, insofern die Morbidität mit dem Alter zunimmt. – Unter den strafrechtlich zu prüfenden Probanden zeigt sich im Übrigen ein kleiner „Nebengipfel“ bei den 30 bis 39 jährigen Männern und Frauen, in einer Altersgruppe mithin, die an sich bei delinquenten Personen stark besetzt ist.

Bemerkenswert erscheint, dass der jüngste Proband 15 Jahre alt war, also gerade die Grenze der Strafmündigkeit überschritten hatte; er war 2002 vor dem Amtsgericht Hamburg wegen einer Körperverletzung unter Jugendlichen angeklagt und bei gesundheitlichen Beschwerden nicht zur Verhandlung erschienen. Im Rahmen eines Hausbesuches fand der Gerichtsarzt den Probanden tatsächlich mit einem „Magen-Darm-Infekt“ sichtlich erkrankt im Bett liegend, so dass eine kurzfristige, vorübergehende Verhandlungsunfähigkeit bei dem ansonsten bis auf eine Asthma-bronchiale-Symptomatik Gesunden nicht zu bestreiten war [8]. – Im Jahr 2000 war ein vor demselben Gericht wegen Fahrgeldhinterziehung angeklagter 16-Jähriger bei einem angeblichen gesundheitlichen Problem nicht zur Verhandlung erschienen. Auch hier fand ein gerichtsärztlicher Hausbesuch statt, bei dem sich dieses „Problem“ als schmerzender, verbundener Fuß entpuppte, in

den sich der Betroffene zwei Tage zuvor eine Glasscherbe eingetreten hatte, die im Krankenhaus ambulant entfernt worden war. Daraus erwuchs der Sache nach zwar keine Verhandlungsunfähigkeit, doch empfahl der Gerichtsarzt in Absprache mit dem zuständigen Richter über die Angelegenheit schonend hinwegzusehen. Der unreife junge Angeklagte räumte nämlich ein, er habe „nicht ohne seine Mutter“ vor Gericht erscheinen wollen, sagte aber zu, einen neuerlichen Verhandlungstermin wahrzunehmen [9]. – Im nichtstrafrechtlichen Zusammenhang war der jüngste Proband im Übrigen ein 19-jähriger Asylbewerber, der 1998 in einer verwaltungsgerichtlichen Verhandlung in Sofortuntersuchung an Gerichtsstelle durch einen Gerichtsarzt auf eine mögliche Einschränkung der Verhandlungsfähigkeit zu prüfen war. Der junge Mann hatte über „Magenbeschwerden“ geklagt, die möglicherweise auf einen – banalen – Infekt zurückzuführen waren; in jeglicher Hinsicht waren jedoch keine pathologischen Phänomene objektivierbar, die auf eine Einschränkung der Verhandlungsfähigkeit hätten hindeuten können [10].

Was höhere Lebensalter angeht, so war im Jahr 2000 ein vor dem Landgericht Hamburg angeklagter ehemaliger Rechtsanwalt im Alter von 87 Jahren gerichtsärztlich zu untersuchen (zum Delikt finden sich in den erhaltenen Unterlagen keine Angaben). Der Proband lebte zu diesem Zeitpunkt bereits in einem Pflegeheim, wo ihn der Gerichtsarzt zweimal aufsuchte. Er wies einen deutlich reduzierten allgemeinen Körperzustand auf. Bei einem in seiner Jugend amputierten Unterschenkel passte inzwischen seine Prothese nicht mehr, was ihn gehunfähig machte. Bei dem langjährigen Raucher verstärkte bei chronischer Bronchitis ein Lungenödem seine Atemnot – der Proband wies eine Herzinsuffizienz auf, er trug einen Herzschrittmacher und litt unter Bluthochdruck. Bedeutsam war jedoch vor allem, dass er erheblich mental eingeschränkt war. Beim zweiten Besuch des Gerichtsarztes bestand keine Erinnerung mehr an die erste Untersuchung. Die erhaltenen Unterlagen weisen darauf hin, dass bei „erheblichem Zweifel an der Verhandlungsfähigkeit“, wie der Gerichtsarzt sie dem Richter gegenüber äußerte, das Gericht von einer weiteren Verfolgung der Anklage absah [11]. – Was die oberen Altersränge weiblicher Probanden betrifft, so war 2000 auch eine 86 Jahre alte, vor dem Amtsgericht Hamburg wegen Betruges angeklagte Frau daheim gerichtsärztlich zu untersuchen. Es handelte sich um eine bettlägerige Pflegepatientin, die bei Demenz nicht mehr zeitlich und örtlich orientiert und so als dauerhaft verhandlungsunfähig einzustufen war [12]. Im Jahr 2002 war vor demselben Amtsgericht eine 85-jährige Frau angeklagt, für deren Verhandlungsfähigkeitsuntersuchung vorab kein Hausbesuch nötig war, die jedoch mehrere körperliche Gebrechen aufwies. Sie litt an einer herabgesetzten Lungenfunktion, einer Zuckerkrankheit und vielfältigen, auf Verschleiß zurückführbaren orthopädischen Leiden. Im Vordergrund stand jedoch eine höhergradige Erkrankung der Herzkranzgefäße bei arterieller Hypertonie; die Probandin war geistig frisch, zeigte sich jedoch von herabgesetzter „psychophysischer“ Belastbarkeit, was es in Verbindung mit der Herzerkrankung ratsam erscheinen ließ, die tatsächliche kardiale Gefährdungssituation unter Stress von einem kardiologischen Facharzt gutachtlich einschätzen zu lassen. In dieser Angeklagten ist ein charakteristischer Fall zu sehen, in dem die geistige Verfassung eine Verhandlungsteilnahme erlaubt, aber wegen einer Gefährdungssituation die Verhandlung möglichst belastungsarm zu gestalten ist [13]. – Anzumerken bleibt noch, dass der hohe Umfang, mit dem ältere Probanden auf ihre Verhandlungsfähigkeit gerichtsärztlich zu untersuchen sind, auch damit zusammenhängt, dass ältere Menschen kriminalistisch einem hohen Risiko ausgesetzt sind, Opfer einer Straftat zu werden. Kommt es zu einer Anklage, sind

sie als *Zeugen* wichtige Prozessteilnehmer, auf die das verhandelnde Gericht schwerlich verzichten kann. Bei gesundheitlichen Problemen steht dann – oft vorab mit Rücksicht auf die zu prüfende Belastbarkeit der Betroffenen – eine gerichtsärztliche Untersuchung an. So kommt es auch zu einem hohen Anteil in strafrechtlichen Zusammenhängen zu untersuchender älterer Frauen: Zum Beispiel war 2000 eine 87-jährige [14], 2002 eine gerade 86 Jahre alt gewordene [15] und 2003 eine 82-jährige Zeugin [16] gerichtsärztlich zu untersuchen.

IV.3.3.b Alleinige Reisefähigkeitsuntersuchungen

Was im Zusammenhang der fraglichen Terminfähigkeit neben der Prüfung der Verhandlungsfähigkeit den Aspekt der *Reisefähigkeit* betrifft, so weist die Tabelle in *Abbildung 13* der Vollständigkeit halber die sieben Fälle auf, in denen im Zeitraum von 1995 bis 2004 lediglich die Reisefähigkeit bei nicht in Frage gestellter Verhandlungsfähigkeit zu untersuchen war. Hier wurden im übrigen alle sieben im Sekretariat des Gerichtsärztlichen Dienstes eingegangenen Anfragen von Behördenseite (vgl. *Abbildung 8*) auch in eine entsprechende gerichtsärztliche Untersuchung umgesetzt. Der geringe Umfang der Gesamtmenge lässt keine eigentliche statistische Auswertung zu. Zu bemerken ist aber, dass eine gewisse Gleichverteilung über die Lebensalter hinweg besteht; gerade das Phänomen der *Behinderung*, das häufig hinsichtlich der Reisefähigkeit gerichtsärztlich zu begutachten ist, kann natürlich in jedem Alter auftreten – vom jugendlichen Rollstuhlfahrer bis zum gehbehinderten Altersgebrechlichen. Was die Geschlechterverteilung betrifft, so stehen fünf Fälle mit männlichen Probanden nur zwei Fällen gegenüber, in denen die Reisefähigkeit einer Frau zu überprüfen war.

IV.3.3.c Haftfähigkeitsuntersuchungen

Die Tabelle in *Abbildung 14* gibt in gleicher Weise einen Datenüberblick zu den 1995 bis 2004 durchgeführten Untersuchungen auf *Haftfähigkeit*. Hier sind 169 Untersuchungen verzeichnet, denen 259 behördlicherseits getätigte Anfragen bezüglich einer fraglichen Haftfähigkeit gegenüberstehen (vgl. *Abbildung 3*). In vom Prozentanteil etwas höherer Weise als bei den Verhandlungsfähigkeitsuntersuchungen schloss sich also in gut 62 Prozent der Fälle an die Anfrage auch eine entsprechende gerichtsärztliche Untersuchung an.

Die Verteilung der Probanden erfolgt in ihren Grundzügen dem schon aus der Tabelle bezüglich der Verhandlungsfähigkeit in *Abbildung 12* bekannten Muster. Insgesamt 158 der 169 Haftfähigkeitsprüfungen geschahen im strafrechtlichen Zusammenhang, also knapp 93,5 Prozent, was nicht verwunderlich erscheint, da das Instrument der Haft im nichtstrafrechtlichen Zusammenhang weniger bedeutsam ist als im Strafrecht, wo es neben der Geldstrafe die in der Moderne „eigentliche“ Form der Bestrafung darstellt (vgl. I.5.7). Ein Beispiel für eine nichtstrafrechtliche Haftfähigkeitsprüfung ist etwa der Fall einer 52 Jahre alten Schuldnerin aus dem Jahr 1995, die für das Amtsgericht Altona im Rahmen einer Zwangsvollstreckung gerichtsärztlich zu untersuchen war [17].

Auch wenn der vorgenannte Beispielfall sich auf eine Frau bezieht, überwiegen insgesamt die männlichen Probanden stark, indem 150 Männer lediglich 19 Frauen gegenüberstehen, die gerichtsärztlich auf ihre Haftfähigkeit hin zu untersuchen waren. Mit gut 88,7 Prozent erreichen männliche Probanden einen noch höheren Anteil als bei den Terminfä-

higkeitsprüfungen (zum Vergleich: 72,5 Prozent männliche Probanden dort). Auch bei den Haftfähigkeitsprüfungen steigert sich die zahlenmäßige Mächtigkeit, in der die Alterskategorien besetzt sind zunächst mit zunehmend höherer Alterskategorie bis zu der am umfangreichsten besetzten Kategorie der 50 bis 59 Jahre alten Probanden mit 52 Fällen (gute 30 Prozent aller dieser Probanden überhaupt), woraufhin dann die zahlenmäßige Besetzung der Alterkategorien mit steigendem Alter wieder abnimmt. Spärlich vertreten sind insbesondere die jüngeren Probanden unter 30 Jahren (acht Fälle in zehn Jahren), wobei unter 18 Jahre alte Personen gar nicht auf ihre Haftfähigkeit zu untersuchen waren. Dies erscheint plausibel, da bei Fragen der Haftfähigkeit oft chronische Erkrankungen im Vordergrund stehen (vgl. **IV.5.3.b**), die im jugendlichen Alter an sich eher seltener sind.

Auch bei den Haftfähigkeitsprüfungen bildet die an sich stärkste Probandengruppe, nämlich die der strafrechtlich zu untersuchenden Männer, das strukturgebende „Rückgrat“ der Altersverteilung, und auch hier sind wie bei den Verhandlungsfähigkeitsprüfungen die mächtigste Alterskategorie die 50 bis 59 Jahre alten, im strafrechtlichen Zusammenhang zu untersuchenden Männer mit 48 Fällen, was etwa 28,4 Prozent, also mehr als einem Viertel aller Haftfähigkeitsprüfungen des Zeitraumes von 1995 bis 2004 entspricht. Erwähnenswert mag auch sein, dass die Alterskategorie der über 70 Jahre alten Probanden mit 21 Fällen relativ umfangreich besetzt ist – fast genauso mächtig wie die Alterskategorie der 30 bis 39 Jahre alten Probanden mit 22 Fällen. Mit 19 Fällen im *strafrechtlichen* Zusammenhang zu untersuchender männlicher Probanden macht diese Untergruppe fast den gesamten Bestand in dieser Alterskategorie überhaupt aus. Der älteste Proband war dabei ein im Jahre 2003 zu untersuchender 87-Jähriger, der wegen seiner Gehbehinderung in Begleitung eines Zivildienstleistenden in den Räumen des Gerichtsärztlichen Dienstes zur Haftfähigkeitsprüfung erschien. Der multimorbide Proband konnte dabei gerichtsärztlicherseits als haftfähig unter den Bedingungen einer stationären Betreuung eingestuft werden, wie sie das in Abschnitt **IV.4.2.c** noch näher vorzustellende Zentralkrankenhaus der Hamburger Justizbehörde zu bieten hat [18].

IV.3.3.d Arbeitsfähigkeitsuntersuchungen

Die Tabelle in *Abbildung 15* bietet abschließend einen Überblick über die Probanden, die auf ihre *Arbeitsfähigkeit* zu untersuchen waren. Dass der zahlenmäßige Umfang dieser Art der gerichtsärztlichen Prüfung stark abgenommen hat, wurde bereits mehrfach betont: Im Zehnjahreszeitraum von 1995 bis 2004 waren lediglich 17 derartige Untersuchungen zu verzeichnen, wobei damit auch alle in diesem Zeitraum getätigten Anfragen, die im Gerichtsärztlichen Sekretariat dokumentiert wurden, zu einer entsprechenden gerichtsärztlichen Überprüfung führten (vgl. *Abbildung 3*). In einem nichtstrafrechtlichen Zusammenhang konnte, wie in der Tabelle zu ersehen, im Übrigen bei der Sichtung der Unterlagen das Alter des Probanden nicht ermittelt werden. Im Auftrag der Staatsanwaltschaft am Landgericht Hamburg sollte 1999 überprüft werden, ob das Attest eines niedergelassenen Arztes auf Arbeitsunfähigkeit, dass ein Betroffener in einem rückblickend nicht mehr näher aufzuklärenden Zusammenhang der Behörde vorgelegt hatte, in sich unrichtig erscheine beziehungsweise in seinen Formulierungen Hinweise enthalte, die nahe legen, dass es nicht korrekt sein könne. Insofern aus ärztlicher Sicht das Attest jedoch nicht „suspekt“ erschien, ordnete die Staatsanwaltschaft keine eingehendere, weitere gerichtsärztliche Überprüfung an, und in der erhaltenen kurzen gutachtlichen Stellungnahme wird das Alter des Probanden nicht erwähnt [19].

Es verwundert nicht, dass die höheren Alterskategorien in diesen Zusammenhängen nicht besetzt sind, insofern sich ab einem bestimmten Alter die Frage der Arbeitsfähigkeit nicht mehr stellt. Lediglich ein einziger über 60 Jahre alter Proband war auf seine Arbeitsfähigkeit hin zu untersuchen; dies geschah unter strafrechtlichen Aspekten im Auftrag der Staatsanwaltschaft Neubrandenburg, die bezüglich des zu einer Ersatzfreiheitsstrafe von 15 Tagen und zur Ableistung von sozial nützlichen Arbeitsstunden Verurteilten sowohl seine Haft- als auch seine Arbeitsfähigkeit diesbezüglich überprüft haben wollte. Der in Hamburg Lebende hatte gesundheitliche Beschwerden geltend gemacht, die ihn als chronischen Schmerzpatienten tatsächlich zu körperlicher Arbeit unfähig machten [20]. – Jüngere Personen unter 30 Jahren waren andererseits auch nicht unter den Probanden vertreten, erst die Alterskategorie der 30 bis 39 Jahre Alten ist mit drei Fällen besetzt. Die mächtigste Alterskategorie stellen die Probanden von 40 bis 49 Jahren mit neun Fällen dar, wobei mit sechs Fällen zwei Drittel davon männliche Probanden waren, die im strafrechtlichen Zusammenhang zu untersuchen waren. Insgesamt ist bei den Arbeitsfähigkeitsuntersuchungen das Vorherrschen strafrechtlicher Belange nicht ganz so deutlich wie bei den Haft- und Verhandlungsfähigkeitsprüfungen, doch fallen bei einem Verhältnis von elf strafrechtlichen Fällen im Vergleich zu sechs nichtstrafrechtlichen dennoch gut zwei Drittel in das strafrechtliche Gebiet. Das Geschlechterverhältnis weist mit dreizehn Fällen männlicher Probanden im Vergleich zu vier weiblichen ein Überwiegen der Männer auf, die mithin etwa drei Viertel der auf ihre Arbeitsfähigkeit zu untersuchenden Probanden ausmachen.

IV.3.4 Vergleich zur Situation in den 1960er Jahren

Wurde im Kapitel IV.2 bewusst der Umfang, in dem Gerichte und Staatsanwaltschaften den Hamburger Gerichtsärztlichen Dienst in ihre Abläufe einschalten, anhand der eingehenden *Anfragen* gewichtet, so konnte dabei insofern kein direkter Vergleich zur Situation in den 1960er Jahren beziehungsweise den frühen 1970er Jahren angestellt werden, da sich die zum Vergleich vorliegende Studie von Naeve und Becker nur auf vom Gerichtsärztlichen Dienst tatsächlich auch angefertigte Gutachten bezieht.

An dieser Stelle sollen nun für den Zehnjahreszeitraum 1995 bis 2004 die detailliert gezählten gerichtsärztlichen Vorgänge mit den Zahlen von Naeve und Becker verglichen werden. Es ist noch einmal darauf hin zu weisen, dass es sich bei der Arbeit von Naeve und Becker um eine Studie handelt, die nur einen Zeitraum von neun Jahren einbezieht, während hier die meist übliche Gewichtung eines „runden“ Zehnjahreszeitraum vorliegt. Zudem schlüsselt die Studie von Naeve und Becker bei der Darstellung der Probanden nach ihrem Alter nicht auf, ob sie hinsichtlich Haft-, Termin- oder Arbeitsfähigkeit gerichtsärztlich zu untersuchen gewesen waren. Die beiden Autoren bieten eine Alterskategorisierung lediglich im Überblick bezogen auf die Gesamtzahl aller gerichtsärztlich zu begutachtender Probanden, so dass hier zum Vergleich auch nur eine solche Gesamtsumme der gerichtsärztlichen Untersuchungen der Jahre 1995 bis 2004 gegenübergestellt wird.

Werden dazu die Zahlenwerte der vier vorangegangenen Tabellen addiert, so entsteht, wie die Tabelle in *Abbildung 16* zeigt, eine Gesamtsumme von 651 geleisteten *Untersuchungen*. Die Differenz zu der oben geschilderten Zahl von 641 detailliert ausgewerteten (probandenbezogenen!) Vorgängen der Jahre 1995 bis 2004 (vgl. *Abbildung 11*) be-

deutet dabei, dass in diesem Zeitraum an zehn Personen jeweils zwei verschieden ausgerichtete und daher jeweils einzeln zu zählende gerichtsärztliche Untersuchungen vorzunehmen waren. Hierzu zählt ausdrücklich nicht die Kombination einer Verhandlungsmittelsprüfung mit einer Reisefähigkeitsprüfung, die hier unter dem Oberbegriff der Terminfähigkeit zu einer gemeinsamen Kategorie gezählt werden. Konkret handelt es sich um sieben Fälle, in denen sowohl eine Verhandlungs- wie auch eine Haftfähigkeit zu prüfen war, und um drei Fälle einer Prüfung von Haft- und Arbeitsfähigkeit.

Fünfmal waren dabei Verhandlungs- und Haftfähigkeit in strafrechtlichem Zusammenhang zu prüfen und zwar bei drei Männern (36, 48 und 56 Jahre alt) und bei zwei Frauen (28 und 32 Jahre alt, wobei die jüngere der beiden Frauen neben der fraglichen Haftfähigkeit hinsichtlich ihrer Terminfähigkeit auf Verhandlungs- und Reisefähigkeit zu prüfen war). Zweimal war die Verhandlungs- und Haftfähigkeit in nichtstrafrechtlichem Zusammenhang zu untersuchen und zwar bei einem 64-jährigen Mann und einer 83-jährigen Frau. – Die Prüfung sowohl von Haft- wie von Arbeitsfähigkeit war dreimal in strafrechtlichen Zusammenhängen vorzunehmen und zwar an zwei Männern (53 beziehungsweise über 60 Jahre alt) und an einer Frau (41 Jahre alt). Diese Aufzählung kann jenen Lesern, die an einer näheren Aufschlüsselung interessiert sind, zeigen, wo sich konkret die zehn „Doppelfälle“ in den Geschlechts- und Alterskategorien der tabellarischen Auflistung wieder finden lassen.

Die Tabelle in *Abbildung 16* bietet die Übersicht über die im Zehnjahreszeitraum 1995 bis 2004 vom Hamburger Gerichtsärztlichen Dienst durchgeführten Untersuchungen auf Haft-, Termin- und Arbeitsfähigkeit im Vergleich zu den Zahlen der Jahre 1963 bis 1971. Was insgesamt das Vorherrschen strafrechtlicher Zusammenhänge betrifft, so ist bereits mehrfach darauf hingewiesen worden. Im Vergleich zu den Zahlen aus der Studie von Naeve und Becker hat sich dies noch verstärkt: Stammten damals rund 66,6 Prozent der ausgewerteten Gutachten aus strafrechtlichem Zusammenhang, so liegt in den Jahren 1995 bis 2004 auf alle gerichtsärztlichen Untersuchungsarten bezogen der Prozentanteil bei etwa 93,1. – Auch beim Geschlechterverhältnis ist Ähnliches zu beobachten, entfielen bei Naeve und Becker schon rund 65,3 Prozent der Begutachtungen auf männliche Probanden, so hat sich dieses Vorherrschen im hier thematisierten Zehnjahreszeitraum bei 500 Männern unter 651 Untersuchungen auf einen Prozentanteil von etwa 76,8 erhöht.

Im Kurvendiagramm in *Abbildung 17* sind die absoluten Anzahlen aufgetragen, mit denen in der Studie von Naeve und Becker 1963 bis 1971 beziehungsweise im Zehnjahreszeitraum von 1995 bis 2004 die Alterskategorien besetzt sind. (Ausgelassen wurden jene 14 Untersuchungen der Jahre 1995 bis 2004, zu denen keine Alterskategorisierung bei entsprechender Dokumentationslage vorgenommen werden konnte.) Der Verlauf der Kurven ist hinsichtlich des jeweiligen Gipfels in der Alterskategorie der 50 bis 59-Jährigen gleich, doch ihre Ausprägung erscheint bereits auf den ersten Blick unterschiedlich. Schon mehrfach wurde der Umstand erwähnt, dass gerichtsärztliche Untersuchungen zuvor in weitaus größerer Anzahl stattgefunden haben. Hier zeigt sich nun konkret, dass dies vor allem für die mittleren Lebensalter (für die drei Kategorien von 30 bis 59 Jahren) gilt: Diese Alterskategorien wiesen vormals über dreihundert bis fast vierhundert Probanden mehr auf, während die jüngeren bis 29-Jährigen und die älteren 60 bis 69-Jährigen mit um die einhundert Probanden mehr vertreten waren. In der Alterskategorie der 70 und mehr Jahre älteren Probanden ist es dagegen nicht so: 65 Personen waren hier im

Zehnjahreszeitraum von 1995 bis 2004 zu untersuchen im Vergleich zu 45 in den neun Jahren von 1963 bis 1971. Auch auf einen Zehnjahreszeitraum hochgerechnet, waren somit vormals etwas weniger dieser betagten Probanden gerichtsärztlich zu untersuchen.

Abgesehen von diesen Niveauunterschieden der absoluten Zahlen, ist der Kurvenverlauf der Altersverteilung der Jahre 1995 bis 2004 in sich flacher im Vergleich zur früheren Altersverteilung. In der Studie von Naeve und Becker heben sich die mittleren Lebensalter zahlenmäßig deutlich hervor gegenüber den jüngeren und den betagteren Probanden. Waren zuvor zum Beispiel 30 bis 39-jährige Probanden fast zweieinhalbmal so oft zu untersuchen wie die unter 30 Jahre alten, so sind mittlerweile die 30 bis 39-Jährigen mit 121 kaum noch um die Hälfte mehr so häufig wie die 85 jüngeren Probanden vertreten. Die Altersverteilung der gerichtsärztlichen Probanden nivelliert sich also bei insgesamt abnehmenden Anzahlen der gerichtsärztlichen Untersuchungen.

Kapitel IV.4 Ergebnisse gerichtsärztlicher Untersuchungen

IV.4.1 Zur Frage der Bedeutung gerichtsärztlicher Untersuchungen

Eine gerichtsärztliche Untersuchung, sowohl mit anschließender kurzer Stellungnahme wie mit Anfertigung eines umfangreicheren Gutachtens, wird regelmäßig von Seiten entsprechender Behörden gewünscht. Dies erscheint nicht weiter erklärungsbedürftig, handelt es sich doch schließlich darum, dass ein Jurist als medizinischer Laie eine zwar juristische Entscheidung zu treffen hat, die sich jedoch auf einen Aspekt der gesundheitlichen Situation des Betroffenen bezieht und deren Ausfallen zu der einen oder der anderen Seite wesentlich von der Einschätzung dieser gesundheitlichen Situation abhängt. Das Einholen einer sachverständigen Stellungnahme liegt daher nahe. Doch wie hilfreich sind die ärztlichen Gutachten dem Juristen eigentlich bei seiner Entscheidungsfindung?

Eine „Erfolgsmessung“ der gerichtsärztlichen Tätigkeit dahingehend, ob die ärztliche Aussage bei der juristischen Entscheidungsfindung angemessen hilfreich war, ist zumindest nicht unmittelbar möglich. In den archivierten gerichtsärztlichen Unterlagen findet sich kein Vermerk im Sinne eines so genannten „Feed-back“ über die Zufriedenheit der Richter und Staatsanwälte mit dem gelieferten Gutachten hinsichtlich seiner Prägnanz und Nützlichkeit bezüglich der juristischen Entscheidungsfindung. Dennoch kann versucht werden, die gerichtsärztlichen Untersuchungen hinsichtlich ihres Stellenwertes für den juristischen Zusammenhang einzuschätzen. – Zu unterstellen ist, dass jedes Mal, wenn eine entsprechende Untersuchung durch den Gerichtsärztlichen Dienst gewünscht wurde, der Bedarf an einer solchen Entscheidungsgrundlage auf juristischer Seite konkret bestand. Anderenfalls wäre nicht um eine gerichtsärztliche Auskunft nachgefragt worden. Jedes Mal stand also durchaus im Raum, eine Verhandlung vertagen zu müssen, einen Strafantritt aufschieben oder bei mangelnder Arbeitsfähigkeit eines Betroffenen eine abweichende Regelung treffen zu müssen, – letztlich nicht nur ein oft großer organisatorischer Aufwand für die entsprechende Behörde, sondern auch ein zu Lasten der Allgemeinheit gehender Kostenfaktor. Andererseits ist in einem rechtsstaatlichen System sorgfältig darauf zu achten, dass einem Individuum die Rechte gewahrt bleiben, die ihm verfassungs- beziehungsweise gesetzmäßig zustehen. In den hier thematisierten Fällen

bedeutet dies, dass ein tatsächlich gesundheitlich Eingeschränkter als solcher erkannt wird und seine Situation auch die objektiv angemessene Berücksichtigung findet.

Die Bedeutung der gerichtsärztlichen Begutachtung in diesem Zusammenhang kann daher daran abgeschätzt werden, in welchem Maße in den ärztlichen Stellungnahmen eine *Trennung* stattfindet zwischen zu berücksichtigender gesundheitlicher Problematik und gar nicht vorliegender oder „auswirkungslos“ bleibender Erkrankung. Gesetzt den Fall, die Gutachten wären im Extremfall aus einer abwägenden Vorsicht heraus so angelegt, dass keinem Probanden die Möglichkeit einer relevanten gesundheitlichen Beeinträchtigung bestritten würde, so verlören sie schlichtweg die Eignung eines trennscharfen Kriteriums und wären dem entscheidungssuchenden Juristen keine Hilfe. Bildlich mit der bekannten alten Metapher gesprochen, soll die Frage also lauten, ob es dem gerichtsärztlichen Gutachter gelingt, wie dem bewussten Hirten die Schafe von den Böcken zu scheiden...

IV.4.2 Die Ergebnisse gerichtsärztlicher Untersuchungen von 1995 bis 2004

Es soll nun im Detail dargestellt werden, welche Ergebnisse jeweils am Ende der gerichtsärztlichen Untersuchungen der Jahre 1995 bis 2004 standen. Wie bereits in der theoretischen Heranführung an die Thematik dargestellt, ist dabei zu beachten, dass der Richter oder Staatsanwalt in seiner Entscheidungsfindung frei ist (vgl. **II.1.2**). Er kann den Ausführungen des medizinischen Sachverständigen folgen, aber auch in anderer als der im Tenor eines Gutachtens intendierten Weise entscheiden. Tatsächlich dokumentieren die hier zur Verfügung stehenden, archivierten gerichtsärztlichen Unterlagen lediglich das Votum des Gerichtsarztes, das gemäß der Schilderungen aus **Teil II** streng genommen gar keine Festlegung der juristischen Kategorien der Verhandlungsfähigkeit, Haftfähigkeit etcetera enthalten dürfte, sondern nur eine medizinische Einschätzung ist, die sich nachfolgend der Jurist bei seiner Entscheidungsfindung zu Nutze machen kann (vgl. **II.3.1**). Der weitere Verlauf, ob also tatsächlich seitens des Gerichtes oder der Staatsanwaltschaft eine Verhandlungsunfähigkeit oder Haftunfähigkeit anerkannt und entsprechend verfahren wurde (Verhandlungstermin absagen; Haftantritt aussetzen), ist im Material des Gerichtsärztlichen Dienstes nicht weiter dokumentiert worden, nachdem der Gutachtentext im Schreibbüro fertig gestellt und archiviert worden ist. – Aus der Praxis ist allerdings bekannt, dass Juristen große Bereitwilligkeit zeigen, den Darlegungen eines *unabhängigen* Mediziners, wie der Gerichtsarzt ihn darstellt, zu folgen. Dies vorausgesetzt, wird hier stillschweigend die in den gerichtsärztlichen Unterlagen gegebene Einschätzung (zum Beispiel „Verhandlungsfähigkeit ohne Einschränkung gegeben“) als das sozusagen abschließende Ergebnis des jeweiligen Vorganges angenommen.

IV.4.2.a Terminfähigkeitsuntersuchungen: Ergebnisse

Um einen Vergleich zu der von Naeve und Becker dokumentierten Situation von der Mitte der 1960er bis zum Anfang der 1970er Jahre zu ermöglichen, wurde versucht, hier in der Kategorisierung der gerichtsärztlichen Untersuchungsergebnisse möglichst ähnlich vorzugehen wie die Autoren in ihrer Studie von 1973. Naeve und Becker unterscheiden *sechs* Ergebnisse der Untersuchung auf Verhandlungsfähigkeit: a) ohne Einschränkung verhandlungsfähig; b) Erleichterung notwendig; c) stärkere Einschränkung; d) kurzfristig

nicht verhandlungsfähig; e) langdauernd nicht verhandlungsfähig; f) dauernd nicht verhandlungsfähig [21].

Diesen sechs Kategorien konnten sie ohne Ausnahme jede der von ihnen dokumentierten 626 Verhandlungsfähigkeitsprüfungen zuordnen. Wie die Autoren bei der ähnlichen Kategorisierung der Ergebnisse von Haftfähigkeitsuntersuchungen anmerken [22], verstehen sie unter Kurzfristigkeit beziehungsweise Kurzzeitigkeit einen Zeitraum von bis zu sechs Monaten. Dies folgt offensichtlich der allgemeinen medizinischen Gepflogenheit, von einer chronifizierten Erkrankung in Abgrenzung zu einer akuten, vorübergehenden Krankheit zu sprechen, wenn das Leiden nach einem halben Jahr noch immer fortbesteht. Auch an dieser Stelle soll daher die Sechs-Monats-Grenze für die Definition einer kurzfristigen (absehbar vorübergehenden) Erkrankung herangezogen werden, auch wenn in der Praxis viele der kurzzeitigen Verhandlungsunfähigkeiten wesentlich knapper befristet sind. Bei akuten banalen Infektionen zum Beispiel werden immer wieder Fristen von einer Woche oder zehn Tagen als ausreichend zur Wiederherstellung genannt. Hinsichtlich der angemessenen Einordnung der hier auswertbaren 458 Terminfähigkeitsuntersuchungen (Verhandlungsfähigkeit oder Verhandlungs- mit Reisefähigkeit) des Jahrzehntes von 1995 bis 2004 musste allerdings das Schema der sechs Kategorien von Naeve und Becker deutlich erweitert werden. Die Tabelle in *Abbildung 18* gibt dazu einen Überblick; folgende Ergebnisse der Beurteilung, ob ein Proband terminfähig sei, wurden bei der Auswertung der gerichtsärztlichen Stellungnahmen unterschieden:

Die erste Kategorie „ohne Einschränkung“ bedarf keiner eingehenderen Erläuterung. Es wurde dabei im Übrigen nicht darauf abgehoben, ob eine gesundheitliche Störung in Täuschungsabsicht simuliert oder aggraviert wurde oder ob der Proband bona fide, aber eben unzutreffend eine Erkrankung als bedeutsam für seine Terminfähigkeit erachtete. Einer solchen Wertung von Motivationen muss sich die gutachtliche Stellungnahme enthalten und nur die medizinisch objektivierbaren Fakten aufzeigen, das heißt sie soll darlegen, dass im konkreten Fall keine Einschränkung der Terminfähigkeit aus der gesundheitlichen Situation des Probanden erwächst.

Die Kategorie „terminfähig, aber Erleichterung nötig“ bedeutet, dass der Proband terminfähig ist, ihm jedoch (medizinisch begründbar!) Erleichterungen gewährt werden müssen, die allerdings nicht zu einer grundsätzlichen Umorganisation der Verhandlungsabläufe führen. Die entsprechenden Schilderungen in den gerichtsärztlichen Texten sind gemäß der Einzelfälle vielfältig; meist handelt es sich um das Schaffen eines behindertengerechten Umfeldes etwa durch spezielle Sitzmöglichkeiten, das regelmäßige Gewähren von Pausen zur Erholung oder zum Einnehmen einer Medikation. Beim Aspekt der Reisefähigkeit dreht es sich vor allem um das Ermöglichen einer Begleitung oder eines speziellen Transportmittels. Grundsätzlich sind aber keine derart einschneidenden Maßnahmen nötig, dass die Verhandlung nicht im vorgesehenen Gerichtsgebäude stattfinden könnte oder nicht nach der vom Gericht intendierten Terminplanung.

Von einer stärkeren Einschränkung der Terminfähigkeit soll hier gesprochen werden, wenn gleichsam das Gericht seine Planung der Verhandlung mit Blick auf die gesundheitliche Situation des Probanden wesentlich abändern muss. Der Proband ist zwar terminfähig, aber es müssen Rücksichten genommen werden, die zu einer Umorganisation der Verhandlungsabläufe führen. Regelmäßige Pausen im Rahmen der üblichen Abläufe reichen nicht mehr, die Verhandlungszeit ist rigide zu begrenzen; Verhandlungstermine müssen an die Situation des Betroffenen angepasst werden, etwa mit den Termini-

nen einer Chemotherapie koordiniert werden. In der strengen Definition der Begriffe besteht keine Reisefähigkeit mehr, sondern nur noch Transportfähigkeit unter den Bedingungen eines Krankentransportes mit fachlich qualifiziertem Personal. Bisweilen schlägt ein gerichtsärztlicher Gutachter auch vor, die Verhandlung an die Wohnstätte des gehandicapten Probanden zu verlegen (gerade bei der Vernehmung eines Zeugen ein möglicher Weg, die größeren Umstände einer „Umorganisation“ an Gerichtsstelle zu vermeiden!). Im Übrigen scheint diese durchaus zulässige Ortsverlegung einer Verhandlung jedoch von den zuständigen Gerichten eher nur selten als praktikabel eingeschätzt zu werden.

Was fehlende Terminfähigkeit betrifft, so wird die kurzfristige Terminunfähigkeit, wie oben geschildert, in Anlehnung an die Studie von Naeve und Becker für Fristen bis zu sechs Monaten angesetzt. Als langfristig terminunfähig wird bezeichnet, wer mehr als sechs Monate nicht terminfähig ist, wobei jedoch aus ärztlicher Prognose mit der Wiederherstellung gerechnet werden kann, zum Beispiel nach einer Operation und Durchführung einer Anschlussheilbehandlung. Dauerhaft terminunfähig ist demgemäß der, bei dem bereits zum Zeitpunkt der Begutachtung eine wesentliche Besserung des gesundheitlichen Zustandes ausgeschlossen werden kann. Daher verzichtet die gutachterliche Stellungnahme in diesen Fällen auch auf die Empfehlung einer späteren erneuten Überprüfung.

In nicht unwesentlichen weiteren Fällen wurde die Untersuchung durch einen Gerichtsarzt vom Probanden nicht zugelassen, so dass dies hier als eigene Kategorie von anderen möglichen Ausgängen eines gerichtsärztlichen Vorganges abgesetzt wird. Dieser Fall ist nicht mit dem Ausfallen der gerichtsärztlichen Untersuchung wie bei der oben schon geschilderten Absage durch den Richter, wenn der Auftrag zurückgezogen wurde, gleichzusetzen. Derartige Fälle wurden, wie bei der Besprechung des in *Abbildung 11* gebotenen Zahlenmaterials bereits geschildert, vor der Auswertung ausgesondert. Der Gerichtsarzt hat vielmehr mit dem Probanden Kontakt aufgenommen, aber dieser untersagt die Untersuchung. Oft weigert sich ein Proband beim Hausbesuch, dem Gerichtsarzt überhaupt die Tür zu öffnen, obwohl er in der Wohnung anwesend und über die Zusammenhänge im Klaren ist, wie zum Beispiel ein entsprechendes Telephonat seinerseits mit dem Gericht erweist. Manchmal stellt sich ein Proband auch „tot“ und reagiert nicht auf das wiederholte Klingeln an der Wohnungstüre (der Gerichtsarzt belässt es nicht bei einem einzigen Versuch der Kontaktaufnahme). In den Notizen auf den oben geschilderten „Telephonzetteln“ finden sich dann Vermerke wie jener, dass in der „belebt wirkenden Wohnung“ eines wegen Betruges vor dem Landgericht Hamburg angeklagten 52-jährigen Mannes, der wegen einer „spastischen Bronchitis“ nicht zur Verhandlung wollte, keine Reaktion erfolge bis auf offenbar den Hund des Probanden, der beim Klingeln bellend hinter der Tür stehe [23]. Auch dieser aus Sicht des Gerichtsarztes wohl frustrane Verlauf eines Vorganges ist für den zuständigen Richter durchaus hilfreich, zeigt er doch, dass der Betroffene unkooperativ ist und nicht bereit erscheint, sich in die allen Beteiligten vorgegebenen Abläufe einzupassen. Der Proband scheut offensichtlich eine Nachprüfung des von ihm Behaupteten, während hingegen ein tatsächlich erkrankter Prozessbeteiligter erfahrungsgemäß keinen Anstand nimmt, auch dem Arzt die zuvor dem Richter gegenüber geschilderten gesundheitlichen Beschwerden vorzutragen, wie er in der Regel auch einer körperlichen Untersuchung zustimmt. Das zuständige Gericht weiß daraus seine Schlüsse zu ziehen, und ein Fernbleiben von der Verhandlung wird dann nicht als

durch Erkrankung entschuldigt gewertet. Ist im deutschen Recht nicht ohne den Angeklagten zu verhandeln (vgl. II.3.3.a), so stellt das Ausbleiben des Angeklagten gleichsam den Ausfall der Hauptverhandlung dar. Deshalb bestimmt der diesbezügliche Paragraph 230 der Strafprozessordnung in seinem zweiten Absatz auch unmissverständlich: „Ist das Ausbleiben des Angeklagten nicht genügend entschuldigt, so ist die Vorführung oder ein Haftbefehl zu erlassen.“ Je nach Sachlage hilft so auch die *nicht* durchführbare gerichtsärztliche Untersuchung dazu bei, eine Zwangsvorführung oder andere Maßnahme gegen den unentschuldigten Angeklagten einzuleiten...

Daher wird für solche Fälle hier eine bei Naeve und Becker nicht vorhandene eigene Ergebniskategorie geschaffen. Auch diese Verläufe einer gerichtlich gewünschten Intervention des Gerichtsarztes sind in der Betrachtung zu berücksichtigen (Naeve und Becker, die, wie erwähnt, rückblickend danach fragten, welche Ergebnisse angefertigte Gutachten hatten, kennen in ihrem Material diese Fälle vermutlich deshalb nicht, weil es eben gar nicht zu einer Gutachtenerstellung gekommen ist).

Als Beispiel mag der Fall eines 37-jährigen Angeklagten aus dem Jahre 1999 dienen, der eine diagnoselose Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung des Hausarztes beim Amtsgericht Hamburg vorgelegt hatte, wodurch er seine Verhandlungsunfähigkeit als erwiesen betrachtete. Er ließ den Gerichtsarzt nicht in seine Wohnung ein und verweigerte nachdrücklich die Prüfung seines gesundheitlichen Zustandes, woraufhin ein Haftbefehl erging und der Betroffene polizeilich in Haft genommen wurde [24].

Von diesen Verweigerungsfällen wurde hier in der Auswertung noch eine Reihe von Fällen unterschieden, in denen es zwar auch zu keiner ärztlichen Untersuchung durch den Gerichtsarzt gekommen ist, in denen aber der Kontakt des Arztes zum Probanden genügte, um die zuvor dem Gericht gegenüber vorgebrachte Behauptung, er sei krankheitsbedingt nicht fähig einen Termin einzuhalten, sicher zu widerlegen. So verläuft die Angelegenheit gewissermaßen ohne ärztlich-diagnostische Tätigkeit, wenn man einmal davon absieht, dass es streng genommen sehr wohl auch eine Prima-vista-Diagnose darstellt, einen angeblich mit Fieber im Bett liegenden Probanden ohne sichtliche Krankheitszeichen in einem konfrontativen Diskurs an der Wohnungstür zu erleben, wenn dieser dem Gerichtsarzt eine Untersuchung untersagt. Im Jahr 1999 suchte ein Gerichtsarzt einen wichtigen Zeugen in einem Prozess vor dem Landgericht Hamburg in Zusammenhang mit einem so genannten „Bauskandal“ daheim auf, nachdem der etwa 70-jährige Zeuge aus der Wirtschaftsbranche mehrfach gerichtliche Aufforderungen missachtet hatte. Er hatte sein Nichterscheinen an einem weiteren Verhandlungstermin bei telephonischer Nachfrage nun damit begründet, dass er nachts zuvor einen gesundheitlichen Zusammenbruch erlitten habe, woraufhin der Richter ihm ankündigte, dass eine gerichtsärztliche Prüfung stattzufinden habe. Leider erschien der Gerichtsarzt schon eine geraume Weile vor dem angekündigten Zeitpunkt, so dass er den Probanden gerade in seinem Vorgarten bei der eifrigen Müllentsorgung antraf, was diesem sichtlich unangenehm war. Der Proband bedrohte den Gerichtsarzt daraufhin kräftig mit Worten und anschließend auch in sichtlich vitaler Weise mit seinem Krückstock, rief danach im Institut für Rechtsmedizin an und beschwerte sich über die demütigende „Nachforscherei“. Der Gerichtsarzt indessen äußerte sich auch ohne ärztliche Untersuchung in seiner kurzen Stellungnahme dahingehend, dass mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit kein gravierender Fall von gesundheitlicher Schwäche beim Probanden vorliegen könne [25]. Einige

weitere prägnante Schilderungen solcher Fälle, in denen die Behauptung einer relevanten gesundheitlichen Beeinträchtigung ohne ärztliche Untersuchung widerlegbar war, finden sich später im Zusammenhang mit der Darstellung der externen gerichtsärztlichen Untersuchungen, denen eine eigenes Kapitel eingeräumt wird (vgl. IV.7.2).

Neben diesen „Verweigerungsfällen“ traten einige wenige Fälle auf, in denen sich der Proband nicht eigentlich aktiv der Untersuchung verweigerte, vielmehr war er beziehungsweise seine Wohnung vom Gerichtsarzt an der angegebenen Adresse nicht auffindbar. Anders als bei jenen auszusondernden Vorgängen, die *Abbildung 11* auflistet, hatte sich der Betroffene nicht durch Flucht abgesetzt oder dergleichen, so dass die gerichtsärztliche Untersuchung prinzipiell abzusagen war. Es lag eine korrekte Meldeadresse vor, unter der das Gericht mit dem Betroffenen Kontakt hatte, ohne dass für den Besucher vor Ort die Wohnstätte zu erreichen war. Es handelte sich hierbei offensichtlich um große Wohnanlagen oder unübersichtliche Gebäudekonglomerate. Die Notizen der Gerichtsärzte erzählen etwa von verwinkelten Altbauten mit nicht zuzuordnenden Klingeln, verwirrenden Türschildern und kafkaesker Orientierungslosigkeit auf düsteren Fluren. So hatte 1996 ein 30-jähriger, vor dem Landgericht Zwickau angeklagter Mann dem Gericht gefaxt, er könne wegen eines verstauchten Fußes nicht an der Verhandlung teilnehmen. Auf Anfrage des Gerichtes, das darin keinen Grund zur Verhandlungsunfähigkeit zu erblicken vermochte, versuchte ein Arzt des Hamburger Gerichtsärztlichen Dienstes den Probanden daheim zu untersuchen – vergeblich. Weder an der dem Gericht bekannten Meldeadresse, noch an zwei weiteren Adressen in Hamburg, die zumindest als zeitweilige Aufenthalte des Probanden zu ermitteln waren, fand der Gerichtsarzt einen Hinweis auf die Wohnstätte des Mannes (Türschild, Klingel, Briefkasten etc.). – Wie im Übrigen das Landgericht Zwickau weiterhin mit dem Angeklagten verfahren ist, geht nicht aus den archivierten gerichtsärztlichen Notizen hervor [26].

Die insgesamt fünf Fälle solcher Nichtauffindbarkeit im Zeitraum von 1995 bis 2004 wurden hier bewusst in die Auswertung als stattgehabte Vorgänge einbezogen, insofern es zu einer nicht geringen, vielmehr sogar mühevollen Tätigkeit der Gerichtsärzte gekommen war (zum Teil mit elaborierten Recherchen bei Nachbarn oder ballspielenden Kindern auf dem Rasen vor dem Haus und dergleichen mehr).

Eine weitere kleinere Anzahl von Fällen, die Naeve und Becker in ihrer Studie auch nicht kennen, gehört zu der Gruppe von Fällen, in denen der gerichtsärztliche Gutachter keine abschließende Stellungnahme abgegeben hat, sondern ein Anschlussgutachten durch einen Facharzt aus dem klinischen Bereich für erforderlich zur Entscheidungsfindung erachtete. In der von Naeve und Becker dokumentierten Zeit von 1963 bis 1971 wurden in 131 der 1896 Gutachtenfälle zur Klärung von Zweifeln oder zur näheren Beurteilung spezieller Befunde Fachärzte hinzugezogen [27]. Jedoch blieb es prinzipiell von der Organisation her so, dass der Gerichtsarzt von einem Facharzt entsprechende singuläre Befundbeurteilungen zur Berücksichtigung mitgeteilt bekam und die abschließende gutachtliche Stellungnahme stets ganz in seinen Händen behielt [28]. Mittlerweile hat sich auch beim Gerichtsärztlichen Dienst die in der Medizin allgemeine Tendenz bemerkbar gemacht, nicht alles „universalistisch“ in einer Hand behalten zu wollen, sondern entsprechende Fälle an Fachärzte abzugeben, wenn diese kompetenter die Sache im Verlauf zu betreuen vermögen. In der Regel wird die fachärztliche Entscheidung dennoch in den Unterlagen des Gerichtsärztlichen Dienstes zur Dokumentation mit aufgenommen. Gerade im Be-

reich der Kardiologie kam es bei den untersuchten Vorgängen aber auch zu sehr langwierigen Abläufen mit mehrfachen Untersuchungen und Nachuntersuchungen, wobei das endgültige Ergebnis der fachärztlichen Befundung schließlich dem Gericht unmittelbar zugegangen ist und in die bereits geschlossenen Schriftstücke im Archiv des Gerichtsärztlichen Dienstes keinen Eingang mehr gefunden hat. Im fraglichen Zeitraum geschah dies – wie aus der Tabelle in *Abbildung 18* ersichtlich ist – in sieben Fällen von Verhandlungsfähigkeitsuntersuchungen, deren Ergebnis damit hier nicht nachvollziehbar ist.

In einem Fall eines auf Verhandlungsfähigkeit zu prüfenden Angeklagten schließlich sind die gerichtsärztlichen Unterlagen im Archiv nicht komplett erhalten, so dass sich die Stellungnahme des Gerichtsarztes nicht mehr nachvollziehen lässt (die Niederschriften zu einer externen Untersuchung liegen aus unbekanntem Gründen nicht mehr vollständig vor).

Neben den oben geschilderten Möglichkeiten, welches Ergebnis am Ende einer gerichtsärztlichen Untersuchung stehen kann, haben die Gerichtsärzte in einigen Fällen bei zwar gegebener Terminfähigkeit aber offensichtlichen gesundheitlichen Auffälligkeiten des Probanden eine ärztliche Überwachung während der Verhandlung für nötig erachtet. Es handelt sich in der Regel um kardial beziehungsweise durch arterielle Hypertonie gefährdete Personen, die in der Verhandlungssituation überwacht werden müssen, so dass bei Krisenfällen rasche ärztliche Intervention stattfinden kann. Wie die Anhangzeile der Tabelle in *Abbildung 18* zeigt, wurde dies bei den 458 Terminfähigkeitsprüfungen der Jahre 1995 bis 2004 in 29 Fällen ausdrücklich in der gutachterlichen Stellungnahme als nötige Bedingung zur Gegebenheit der Verhandlungsfähigkeit genannt (in 23 Fällen bei Angeklagten, sowie sechsmal bei anderen Prozessbeteiligten).

Das oben gegebene Beispiel des Zeugen, der den überraschend vor seinem Garten aufgetauchten Gerichtsarzt lautstark bedrohte, berührt den Fall eines nichtangeklagten Prozessteilnehmers, der auf seine Terminfähigkeit zu prüfen war. Wie schon angeklungen, werden in der Übersicht in *Abbildung 18* die gerichtsärztlichen Vorgänge dahingehend unterschieden, ob der Proband ein Angeklagter oder ein anderer Prozessbeteiligter ist. Insgesamt werden häufiger Untersuchungen von Angeklagten seitens der Gerichte gewünscht. Bei 377 Untersuchungen von Angeklagten gegenüber nur 81 anderen im fraglichen Zeitraum entfallen mehr als vier Fünftel auf angeklagte Probanden. Einerseits ist der Ausfall eines Zeugen oft weniger gravierend für den Verhandlungsablauf als der Ausfall des Angeklagten, wie in *Teil II* geschildert, findet in Deutschland die Verhandlung im Strafprozess sogar prinzipiell nur in Anwesenheit des Angeklagten statt. Anhörungen von verhinderten Zeugen können bisweilen ohne größeren Aufwand auf einen anderen Verhandlungstermin verschoben werden, so dass ein zuständiger Richter weniger häufig zu dem Mittel greifen muss, einen fraglich erkrankten nichtangeklagten Prozessteilnehmer gerichtsärztlich untersuchen zu lassen. Andererseits mögen sich vor allem Zeugen als nichtangeklagte Prozessbeteiligte an sich auch weniger krankmelden. Dies verwundert nicht, wenn man bedenkt, dass bei einem Zeugen wohl in geringerem Maße der „Vermeidungsdrang“, einem Verhandlungstermin aus dem Wege zu gehen, auftauchen wird als bei einem Angeklagten, *gegen* den sich die Verhandlung richtet. Bisweilen ist aber auch für Zeugen die Verhandlung als Belastungsfaktor nicht zu unterschätzen; im Jahre 1997 zum Beispiel war ein 56-jähriger Mann, der als Zeuge in einer Verhandlung gegen seine Ehefrau wegen Betruges aussagen wollte, gerichtsärztlich zu untersuchen.

Der wegen eines orthopädischen Leidens zu 50 Prozent Schwerbehinderte litt nämlich zudem an Bluthochdruck, der bei seiner psychischen Belastung in der Verhandlung nach oben zu schnellen drohte (immerhin stand auch als zusätzliche Belastung die Scheidung von seiner Noch-Ehefrau vor der Türe). In diesem Fall war der Zeuge durchaus willig, an der Verhandlung teilzunehmen. Gerichtsärztlicherseits wurde auf entsprechende Erleichterung hingewirkt und die Verhandlung unter Beisein eines Arztes zur Blutdrucküberwachung angesetzt [29]. Andererseits gibt es, wie im oben geschilderten Beispiel des unwilligen Zeugen aus dem Wirtschaftsleben, durchaus auch für Zeugen offenbar gewisse Motivationen, lieber nicht zu einem Termin erscheinen zu wollen. Auch eine 57-jährige Frau, die vom Amtsgericht Hamburg als Zeugin in einem Prozess gegen ihren Sohn wegen räuberischer Erpressung geladen war, zog es 1995 vor, wegen einer von ihr nicht weiter benannten „Krankheit“ nicht vor Gericht zu erscheinen (und verweigerte sodann die gerichtsärztliche Untersuchung) [30].

Menschliche Feinfühligkeit seitens des Gerichtsarztes erfordert oft der Fall von Zeugen, die als Opfer einer Straftat vor Gericht geladen werden. Typisch ist hier der Fall einer 75 Jahre alten Frau, die nicht vor dem Amtsgericht Hamburg erscheinen wollte und Krankheitsgründe geltend machte. Bei der gerichtsärztlichen Untersuchung stellte sich heraus, dass die Frau eine vorbekannte Herzerkrankung besaß, aus der zwar stärkere Einschränkungen resultierten ohne jedoch an sich gesehen die Probandin vollkommen verhandlungsunfähig zu machen. Die Frau gestand aber offen ein, dass sie Angst hatte vor dem Angeklagten, dessen Opfer sie geworden war, und deshalb nicht an Gerichtsstelle gegen ihn aussagen wollte. Der Gerichtsarzt thematisierte dem Gericht gegenüber diese anscheinend berechtigte Angst, wie aus den erhaltenen Notizen des Hausbesuches bei der alten Dame hervorgeht. Welche Konsequenzen dies auf den weiteren Verfahrensablauf hatte, ist nicht konkreter aus den archivierten Niederschriften im gerichtsärztlichen Archiv ersichtlich. Jedoch wurde in Absprache mit dem Gericht wegen der gefährlichen Kombination einer Herzkrankheit, die eine Belastung weitgehend ausschloss, mit der greifbar belastenden Angstsituation die Probandin als dauerhaft verhandlungsunfähig eingeordnet, so dass ihr erspart blieb, dem Angeklagten im Gerichtssaal gegenüber treten zu müssen [31].

Inwieweit nun im untersuchten Zehnjahreszeitraum Angeklagte und andere Prozessteilnehmer mit Berechtigung wegen gesundheitlicher Beschwerden nicht an Terminen teilnehmen wollten, zeigt der zahlenmäßige Überblick in **Abbildung 18**. Auffällig ist, dass bei 114 der 377 angeklagten Probanden die gerichtsärztliche Beurteilung dahingehend ausfiel, dass überhaupt keine Einschränkung der Terminfähigkeit vorliege. Dies sind immerhin 30 Prozent aller Fälle. Rechnet man die 28 Fälle hinzu, in denen die Behauptung der entsprechenden gesundheitlichen Störung auch ohne ärztliche Untersuchung zu widerlegen war, kommt man schon auf über 37 Prozent, mithin auf mehr als ein Drittel aller Fälle. Zählt man auch die 33 Fälle, in denen der Proband die Untersuchung nicht zugelassen hat, einmal mit zu jenen Fällen, in denen sich die behauptete gesundheitliche Beeinträchtigung nicht bestätigen ließ, erhöht sich der Prozentanteil auf über 46 Prozent. Zu berücksichtigen ist auch, dass von 377 angeklagten Probanden 51 unter Erleichterung und 27 unter stärkerer Einschränkung terminfähig waren. Mit 78 Fällen sind dies noch einmal nicht ganz 21 Prozent, in denen eine Verhandlung zwar angepasst stattfinden musste, aber immerhin nicht – wie zunächst zu befürchten beim Geltendmachen gesundheitlicher Beschwerden seitens der Betroffenen – ausfallen musste.

Dem gegenüber steht, dass 81 der 377 angeklagten Probanden (= 21,5 Prozent) kurzfristig nicht, 14 (= 3,7 Prozent) langfristig nicht sowie 18 (= 4,8 Prozent) dauerhaft nicht terminfähig waren. Zusammen sind dies rechnerisch knapp 30 Prozent der Angeklagten, bei denen Terminunfähigkeit zumindest zum Zeitpunkt der Untersuchung tatsächlich vorlag. Rechnet man auch zu diesen wiederum noch die oben schon genannten Probanden hinzu, die unter Erleichterung oder stärkerer Einschränkung terminfähig waren, so erhält man 191 von 377 Angeklagten, die mit Berechtigung in irgendeiner Form eine gesundheitliche Störung geltend machten. Dies sind mit etwa 50 Prozent immerhin gut die Hälfte aller.

Was die nichtangeklagten Prozessbeteiligten betrifft, so waren von insgesamt 81 Probanden 14 ohne Einschränkung terminfähig, mithin über 17 Prozent. Immerhin ebenso 14 hatten die Untersuchung durch den Gerichtsarzt nicht zugelassen (wobei kein Fall wie bei den Angeklagten dokumentiert ist, dass sich die Behauptung einer gesundheitlichen Störung ohne Untersuchung unzweifelhaft widerlegen ließ). Bei 20 Probanden (= knapp 25 Prozent) lag Terminfähigkeit unter Erleichterung und bei 11 (= etwas über 13,5 Prozent) unter stärkeren Einschränkungen vor. Kurzfristig nicht terminfähig waren 14 Probanden (= knapp 17,3 Prozent), ein Proband (entspricht einem Prozentanteil von etwa 1,3) war langfristig nicht terminfähig und fünf Probanden (= etwa 6,8 Prozent) waren dauernd nicht terminfähig.

Rechnet man auch hier die in irgendeiner Form nicht terminfähigen und jene Probanden zusammen, die nur unter Erleichterung oder stärkerer Einschränkung terminfähig waren, so hatten 51 von 81 Probanden, das heißt knapp 63 Prozent, mit Recht eine gesundheitliche Störung, auf die in entsprechender Weise Rücksicht zu nehmen war, geltend gemacht! Dies sind vom Prozentanteil noch über zehn Prozent mehr als bei den Angeklagten. Unabhängig vom Status der Probanden als Angeklagter, Zeuge und so weiter, lagen also in je über der Hälfte der Fälle einer gerichtsärztlichen Untersuchung auf Terminfähigkeit tatsächlich objektivierbare gesundheitliche Einschränkungen vor. Die gerichtsärztliche Untersuchung bestätigte das Anliegen dieser Personen, alleine schon aus Gründen der Prozessgerechtigkeit ist sie damit ein wichtiges Moment der Rechtspflege. Die gutachterlichen Stellungnahmen grenzen aber auch in eindeutiger Weise diese Probanden, die berechtigterweise Erkrankungen geltend machen, ab von jenen Probanden, die sich offensichtlich ohne triftigen Grund fernhalten wollten. Im Falle der Angeklagten sind dies, die 33 „Verweigerer“ eingerechnet, wie oben dargestellt, nicht ganz die Hälfte aller Fälle. Das Hinzuziehen eines Gerichtsarztes dürfte für die juristische Seite von daher von spürbarem Nutzen gewesen sein.

IV.4.2.b Alleinige Reisefähigkeitsuntersuchungen: Ergebnisse

Die kleine Tabelle in *Abbildung 19* weist die alleinigen Reisefähigkeitsuntersuchungen durch den Gerichtsärztlichen Dienst in Hamburg in den Jahren 1995 bis 2004 als Spezialfall der hier thematisierten gerichtsärztlichen Untersuchungen aus. In den sieben, in Abschnitt **IV.3.3.b** bereits erwähnten Fällen, wurde dreimal eine Reisefähigkeit ohne Einschränkung festgestellt, mithin in rechnerisch fast 43 Prozent der Fälle. Ein Proband war kurzfristig nicht und zwei Probanden waren dauerhaft nicht reisefähig. Einem daheim untersuchten Probanden mussten Erleichterungen zugestanden werden (Unfähigkeit alleine mit dem öffentlichen Personenreiseverkehr nach auswärts anzureisen).

Damit wurden in rechnerisch über 57 Prozent der Fälle berechtigt gesundheitliche Einschränkungen geltend gemacht, während im Rest der Fälle kein Grund vorlag, den Probanden Erleichterungen einzuräumen oder gar auf die Durchführung der Verhandlung zu verzichten. Auch bei den alleinigen Reisefähigkeitsuntersuchungen hat also das Heranziehen eines gerichtsärztlichen Gutachters die Probanden hinsichtlich der Berechtigung der vorgebrachten gesundheitlichen Klagen aus Sicht der Gerichte deutlich „sortieren“ helfen.

IV.4.2.c Haftfähigkeitsuntersuchungen: Ergebnisse

Hinsichtlich der Haftfähigkeit haben Naeve und Becker in ihrer Studie die gerichtsärztlichen Untersuchungsergebnisse in *sieben* Kategorien eingeteilt: a) ohne Einschränkung haftfähig; b) haftfähig bei ärztlicher Behandlung während der Haft; c) zunächst nur lazaretthaftfähig; d) dauernd Lazaretthaft notwendig; e) kurzzeitig nicht haftfähig; f) langdauernd nicht haftfähig; g) dauernd nicht haftfähig [32]. Auch hier soll wieder zur nachherigen besseren Vergleichsfähigkeit möglichst eine an diese Kategorisierung angelehnte Einteilung der Ergebnisse der Haftfähigkeitsprüfungen der Jahre von 1995 bis 2004 erfolgen. Wie aber hinsichtlich der Verhandlungsfähigkeitsprüfungen (vgl. **IV.4.2.a**), mussten die Kategorien ebenfalls – wenn auch weniger ausgreifend – erweitert werden.

Die Tabelle in *Abbildung 20* gibt einen Überblick über die gerichtsärztlichen Beurteilungen der Haftfähigkeit untersuchter Probanden. Die Kategorie „ohne Einschränkung haftfähig“ steht wie in der Studie von Naeve und Becker voran und bedarf keiner eigenen Erläuterung. Die Einschätzung einer Haftfähigkeit bei ärztlicher Behandlung während der Haft soll konkret bedeuten, dass der Proband in einer Justizvollzugsanstalt unter den Normalbedingungen seine Haft ableisten kann. Die ärztliche Betreuung kann durch den jeweiligen Anstaltsarzt erfolgen; in der Freiheit erfolgt zum Beispiel eine ambulante Behandlung durch den Hausarzt des Probanden, die der JVA-Arzt fortführen kann.

Zunächst oder dauerhaft nur unter Krankenhausbedingungen haftfähig meint, dass der Proband grundsätzlich haftfähig, aber dabei so schwer erkrankt ist, dass eine stationäre ärztliche Behandlung erfolgen muss. Bei akuter Erkrankung zum Zeitpunkt des Haftantrittes ist damit zu rechnen, dass nach Besserung Haftfähigkeit für die Bedingungen einer Justizvollzugsanstalt bestehen wird, chronisch Erkrankte müssen dagegen absehbar dauerhaft in stationärer Behandlung verbleiben, so dass hier das Ergebnis einer Haftfähigkeit unter Krankenhausbedingungen in zwei diesbezügliche Gruppierungen unterteilt wird. Bisweilen wird die Aufnahme unter Krankenhausbedingungen zu Beginn der Haft aber auch weniger wegen der „Dramatik“ des gesundheitlichen Zustandes, sondern zur Durchführung einer eingehenderen Diagnostik empfohlen, die nur unter stationären Bedingungen angemessen durchführbar ist. Schon Naeve und Becker berichteten in ihrem Beitrag von 1973 darüber, dass in manchen Fällen gutachterlich für zunächstige Lazaretthaft plädiert werde, um eine „klinische Fixierung der Aufnahmebefunde“ vor dem Hintergrund eventueller zukünftiger Regressforderungen seitens der Betroffenen zu ermöglichen (wenn nämlich später eine Verschlechterung der Erkrankung unter den Haftbedingungen behauptet wird) [33]. Zudem muss in manchen Fällen eine stationäre Betreuung zur „Festlegung der in späterer Normalhaft tatsächlich erforderlichen medikamentösen und diätetischen Behandlung“ erfolgen; Naeve und Becker verweisen hier

mit Recht auf das Beispiel mancher Diabetiker, bei denen eine stationäre Einstellung ihres Diabetes mellitus nötig ist [34].

Was die heutige Situation betrifft, so geschieht die stationäre ärztliche Behandlung Inhaftierter in Hamburg nicht im „Lazarett“ (so der von Naeve und Becker gebrauchte Begriff) beziehungsweise im Krankenrevier der Justizvollzugsanstalten, sondern im eigenen Zentralkrankenhaus der Justizvollzugsbehörde, das sich baulich dem Untersuchungshaftgefängnis am Holstenglacis in der Innenstadt angegliedert findet. Die Möglichkeit zur stationären ärztlichen Behandlung innerhalb des Justizvollzuges über das sozusagen „klassische“ Krankenrevier einer JVA hinaus, besteht in Hamburg prinzipiell schon seit längerem. Sind in den erhaltenen Behördenverzeichnissen vom Beginn der 1930er Jahre lediglich die schon seit dem 19. Jahrhundert bekannten Gefängnisärzte nachweisbar, so nennt für die Nachkriegszeit bereits das Verzeichnis von 1956 eine entsprechende justizeigene Krankenhauseinrichtung unter der noch heute üblichen Bezeichnung „Zentralkrankenhaus“ (da es als eine eigene Einrichtung für alle Hamburger Haftanstalten zentral zuständig ist) [35]. Verortet ist dieses Zentralkrankenhaus, wie erwähnt, in der Anlage der recht weitläufigen Untersuchungshaftanstalt in der Hamburger Neustadt beim Justizforum mit dem Strafgerichtsgebäude. In der Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg waren hier unter der Leitung eines Oberregierungsmedizinalrates ein Chirurg, ein Psychiater, ein Zahnarzt sowie ein Assistenzarzt ohne nähere Spezifikation zur stationären Versorgung erkrankter Inhaftierter tätig [36]. – In der jüngeren Vergangenheit wurde das Zentralkrankenhaus (ZKH) dann als eine Dependence des öffentlichen Allgemeinen Krankenhauses Hamburg-Barmbek geführt [37]. Unter der Leitung eines ZKH-eigenen Chef- und Oberarztes wurden dabei Ärzte des großen Barmbeker Krankenhauses in den Räumlichkeiten am Holstenglacis eingesetzt. Neben Krankenzimmern existierten die entsprechenden Funktionsräume; erhaltene Photodokumente wohl aus den frühen 1970er Jahren zeigen etwa einen Operationssaal, einen eigenen Laborraum, eine Röntgenabteilung, die Apotheke und auch noch eine großzügige zum Hof hin offene Liegehalle, wie sie vormals zu Liegekuren an der freien Luft in vielen Kliniken therapeutisch eingesetzt wurden.

In den Jahren 1996 beziehungsweise 1997 ging dann ein großzügiger Neubau in Betrieb, wobei das alte ZKH-Gebäude nunmehr einen mit Hafträumen belegten Verbindungsflügel zwischen dem Neubau und dem Komplex der Untersuchungshaftanstalt bildet. Um aktuellen Entwicklungen der Krankenhaushygiene Genüge zu tun, fand 2000/2001 noch einmal eine grundlegende Umgestaltung des Operationsbereiches statt, der neben dem aseptischen OP-Trakt auch einen septischen Operationsraum sowie Einrichtungen zur ambulanten chirurgischen Versorgung beinhaltet. Auf vier weiteren Etagen mit den bettenführenden Stationen können nunmehr bis zu 73 Bettenplätze belegt werden; dabei werden eine Station für Lungenerkrankungen, eine allgemeinmedizinische Station insbesondere mit dem Schwerpunkt der HNO- und Hauterkrankungen, eine chirurgische und eine internistische Station unterschieden. Im Zentralkrankenhaus sind derzeit neben einem Chef- und einem Oberarzt vier Fachärzte verschiedener Richtung und drei Assistenzärzte fest beschäftigt, die von drei externen Assistenzärzten unterstützt werden, um den ständigen Bereitschaftsdienst zu gewährleisten. Sechs auswärtige Fachärzte (u. a. aus dem HNO-, dem augenärztlichen und anderen Bereichen) und drei Zahnärzte betreuen das Haus konsiliarisch, wobei sie eigene Sprechzimmer besitzen, die entsprechende Spezialeinrichtungen etwa für augen- oder zahnärztliche Maßnahmen haben.

Grundlegende Diagnostik wie Sonographie, konventionelle radiologische und laborchemische Untersuchungen werden im Hause durchgeführt. In eigenen Räumlichkeiten wird EKG- und EEG-Diagnostik betrieben, und seit einer Weile können endoskopische Untersuchungen wie Spiegelungen von Speiseröhre, Magen oder Dickdarm im Zentralkrankenhaus stattfinden. In entsprechenden Räumen besteht Gelegenheit für krankengymnastische und physiotherapeutische Maßnahmen.

Sollte eine Erkrankung ihrer Art beziehungsweise ihrer Schwere nach nicht mehr mit den Mitteln des Zentralkrankenhauses zu behandeln sein, kann der Patient unter entsprechenden vollzuglichen Sicherungsmaßnahmen in ein höherqualifiziertes öffentliches Krankenhaus verlegt werden. Insofern auch außerhalb des Strafvollzuges Patienten aus kleineren Krankenhäusern etwa der Grund- und Regelversorgung bei Bedarf in qualifiziertere Kliniken verlegt werden, findet dieses Vorgehen also auch seine Parallelen im zivilen Gesundheitswesen.

Insgesamt kann für die medizinische Versorgung der Gefangenen in Hamburg das Niveau der gesetzlich versicherten Personen in Freiheit angesetzt werden; pro Gefangenen gibt der Hamburger Strafvollzug rechnerisch im Jahr 2.800 Euro für ärztliche Versorgung aus [38]. Kommt in Freiheit auf je 271 Einwohner ein Arzt, so kommt im Hamburger Justizvollzug (die Ärzte der Justizvollzugsanstalten und des Zentralkrankenhauses einbezogen) auf je 205 Gefangene ein Arzt [39].

Die Einrichtung eines Krankenhauses auf recht hohem medizinischen Niveau rechtfertigt sich von den Kosten her für die Justizbehörde nicht nur, weil sich damit die hohen Kosten der Bewachung so genannter „ausgeführter“ Häftlinge durch Justizvollzugsbeamte in öffentlichen Krankenhäusern stark reduziert lassen. Im Jahr 2005 konnten so 297 Operationen im Zentralkrankenhaus durchgeführt werden, die ansonsten unter Bewachung hätten extern durchgeführt werden müssen [40]. Verträge mit den umliegenden Flächenbundesländern, die keine eigenen Haftkrankenhäuser besitzen, sichern eine entsprechende Auslastung auch mit externen Patienten aus schleswig-holsteinischen und niedersächsischen Justizvollzugsanstalten. Auch mit dem Bundesland Bremen ist durch einen Staatsvertrag geregelt, dass Bremer Inhaftierte stationär im Hamburger Zentralkrankenhaus ärztlich versorgt werden können [41].

Damit ist die medizinische Betreuung – Diagnostik und Therapie – einer ganzen Reihe von Erkrankungen eigenständig innerhalb des Hamburger Justizvollzuges möglich, so dass aus dem Vorliegen eines entsprechenden Leidens bei einem Probanden keine Haftunfähigkeit erwächst (zur Definition vgl. II.3.2). Auch dem oft gefürchteten Einsetzen einer Entzugsproblematik bei Inhaftierten, die stark alkohol- oder drogenabhängig sind, muss nicht durch stationäre Aufnahme in einem öffentlichen Krankenhaus bis zur Entgiftung und Stabilisierung des gesundheitlichen Zustandes begegnet werden. Dies ist nach Inhaftierung im Zentralkrankenhaus durchführbar; ein Teil der Patienten verweilt so nur eine kürzere Zeit nach Haftantritt stationär hier bis die Verlegung in die zuständige JVA und dortige Weiterbehandlung durch den Anstaltsarzt möglich ist. Dem gerichtsarztlichen Gutachter, der über die Haftfähigkeit eines Probanden zu befinden hat, müssen folglich die jeweils aktuellen Möglichkeiten der Behandlung bekannt sein, wenn er einzuschätzen hat, ob einer Erkrankung mit den medizinischen Mitteln innerhalb des Strafvollzuges angemessen begegnet werden kann.

Kommt der Gerichtsarzt jedoch zu dem Schluss, dass ein Proband nicht haftfähig sei, so soll bei der Kategorisierung an dieser Stelle – wie schon hinsichtlich der fraglichen Terminfähigkeit – gelten, dass bei absehbarer Besserung in Fristen bis zu sechs Monaten von kurzfristiger Haftunfähigkeit gesprochen wird. Über diese Zeitspanne hinaus dauernde Haftunfähigkeiten sollen als langfristig bezeichnet werden, wobei aber mit einer Wiederherstellung gerechnet werden kann. Ist aus ärztlicher Sicht nicht mehr mit einer Besserung zu rechnen, so liegt dauernde Haftunfähigkeit vor; die gutachtliche Stellungnahme schließt dann ausdrücklich eine weitere Nachkontrolle, wie bei dem Befund der langfristigen Haftunfähigkeit, aus.

Auch im Fall der Haftfähigkeitsprüfungen spielen fachärztliche Anschlussgutachten eine wichtige Rolle. Wie in der eigenen Darstellung bezüglich der Relevanz fachärztlicher Anschlussgutachten näher zu zeigen (vgl. **IV.6.3**), spielen bei gerichtsärztlichen Fragestellungen vor allem kardiologische und orthopädische Facharztgutachten eine Rolle, wobei die orthopädischen Problematiken insbesondere für die Haftfähigkeit von Bedeutung sind. Gerade chronische Erkrankungen aus diesem Bereich werden von Verurteilten immer wieder als Grund vorgebracht, nicht den Bedingungen einer JVA-Unterbringung gewachsen zu sein. Die Unterscheidung zwischen dem, was einerseits zwar ärztlich durchaus wünschenswert wäre wie bestimmte physikalische Maßnahmen und dem, was medizinisch unabweisbar notwendig und daher bezüglich der Haftfähigkeitsfrage zu berücksichtigen ist (vgl. **IV.6.2**), erscheint im Einzelfall oft schwierig und ist nicht selten mit einem langwierigen diagnostischen Procedere verknüpft. Daher verwundert es nicht, dass sich bezüglich der Haftfähigkeitsprüfungen ein relativ hoher Anteil jener Fälle (nämlich 14) in den gerichtsärztlichen Unterlagen dokumentiert findet, in denen die gutachterliche Betreuung vom Gerichtsarzt in die Hände eines Facharztes gelegt wurde, ohne dass das endgültige Ergebnis hernach noch beim Gerichtsärztlichen Dienst dokumentiert wurde.

Anzufügen ist zur statistischen Vollständigkeit, dass in einem Fall aus dem Jahre 2002 ein Vorgang abgebrochen wurde, ohne dass es zu einer abschließenden gerichtsärztlichen Untersuchung gekommen war. Es war im Verlauf entschieden worden, dass der Betroffene nicht in Haft müsse, sondern in Kombination mit einem bei einem anderen Gericht anhängigen Strafverfahren zu einer Gesamtgeldstrafe verurteilt wurde. Die gerichtsärztlichen Unterlagen wurden infolgedessen ohne Stellungnahme geschlossen, so dass nicht erkenntlich wird, inwieweit die wohl tatsächlich vorliegenden gesundheitlichen Probleme des Probanden eine Auswirkung auf seine Haftfähigkeit hätten haben können [42].

Was zahlenmäßig die tabellarisch in **Abbildung 20** dargestellten Ergebnisse der gerichtsärztlichen Prüfungen auf Haftfähigkeit der Jahre 1995 bis 2004 betrifft, so zeigt sich, dass 23 der insgesamt 169 Untersuchungen ergaben, dass der jeweilige Proband ohne Einschränkung haftfähig sei. Dies entspricht einem Prozentanteil von leicht über 13,5; dagegen sind insgesamt 53 Probanden, also gut über 31 Prozent, tatsächlich gerichtsärztlich als haftunfähig eingeordnet worden. Nicht ganz ein Drittel der Betroffenen hat also mit Recht gesundheitliche Gründe geltend gemacht, die eine Inhaftierung zumindest zum fraglichen Zeitpunkt verhinderten. Dabei waren 22 (= rund 13 Prozent aller Probanden) kurzfristig nicht haftfähig, 21 (= nicht ganz 12,5 Prozent) langfristig und 10 Probanden (= nicht ganz 6 Prozent) zum Zeitpunkt der Beurteilung absehbar dauernd nicht haftfähig.

Weitere 21 (= knapp 12,5 Prozent) waren haftfähig, brauchten jedoch während der Haft in der JVA ärztliche Behandlung. 57 Probanden (mit rund 33,7 Prozent ein gutes Drittel) waren nur unter Krankenhausbedingungen haftfähig, und zwar 22 (= rund 13 Prozent aller Probanden) zunächst bei Haftantritt und 35 (= nicht ganz 21 Prozent) dauerhaft.

Wie auch bei der Angabe der Ergebnisse der Terminfähigkeitsprüfungen in Abschnitt **IV.4.2.a**, sind diese Zahlen Mindestmengen, da nicht für alle der nachweisbaren gerichtsärztlichen Vorgänge die Untersuchungsergebnisse für die Auswertung nachvollziehbar waren. Wie dargestellt, sind 14 Haftfähigkeitsprüfungen, mithin knapp 8,3 Prozent der im fraglichen Zeitraum ausgewerteten, in die Hände von fachärztlichen Gutachtern übergegangen, ohne dass sich das Ergebnis der Befundung, das den zuständigen Strafvollstreckungsbehörden unmittelbar zugänglich gemacht wurde, im gerichtsärztlichen Archiv dokumentiert findet.

In zumindest 131 der 169 Untersuchungsfälle waren damit gesundheitliche Beschwerden objektivierbar, was immerhin einem Prozentanteil von gut 77,5 entspricht. Wie geschildert, führten diese Einschränkungen in 53 Fällen (= über 31 Prozent) zur momentanen oder dauerhaften Haftunfähigkeit, während 78 der gesundheitlich beeinträchtigten Probanden (= über 46 Prozent aller Untersuchten) sehr wohl unter entsprechender ärztlicher Betreuung in JVA oder Haftkrankenhaus ihre Haftstrafe absolvieren konnten. In den ersteren Fällen hat die gerichtsärztliche Untersuchung also geholfen, berechnete Anliegen Erkrankter zu erkennen; in den anderen Fällen hat sie dazu beigetragen, aus Sicht der Vollstreckungsbehörde ein unberechtigtes „Entziehen“ von der Haft zu verhindern, aber zugleich aus Sicht der Betroffenen auch, in der Haftsituation die nötige medizinische Berücksichtigung tatsächlich bestehender Erkrankungen sicher zu stellen. Wie bei den Terminfähigkeitsprüfungen führen hier die gerichtsärztlichen Befundungen ebenso zu einer deutlichen Kategorisierung der Probanden, woraus geschlossen werden kann, dass sie den entscheidungssuchenden Juristen sehr wohl hilfreich geworden sind.

IV.4.2.d Arbeitsfähigkeitsuntersuchungen: Ergebnisse

Auch bei den insgesamt nicht einmal mehr 20 gerichtsärztlichen Prüfungen der Arbeitsfähigkeit des Jahrzehntes von 1995 bis 2004 soll die Einteilung von Naeve und Becker, die vormals immerhin 624 derartige Untersuchungen auswerten konnten, als Prinzip übernommen werden. Die Autoren unterscheiden *sechs* Möglichkeiten in vom Ansatz her ähnlicher Weise wie bei den oben geschilderten Kategorisierungen von Verhandlungs- und Haftfähigkeit: a) ohne Einschränkung arbeitsfähig; b) zur Zeit beschränkt arbeitsfähig; c) dauernd beschränkt arbeitsfähig; d) kurzzeitig nicht arbeitsfähig; e) langdauernd nicht arbeitsfähig; f) dauernd nicht arbeitsfähig [43]. Unter den bekannten, oben erläuterten Definitionen von kurzzeitig, langdauernd und dauerhaft soll hier diese Kategorisierung übernommen werden.

Das Attribut einer Beschränkung der Arbeitsfähigkeit muss dabei nicht mit einem gleichsam festen absoluten Grad einer Erkrankung einhergehen, die etwa den Betroffenen auch für sein Umfeld als „gebrechlich“ oder erheblich erkrankt erscheinen lassen könnte. Die Zuschreibung erfolgt durch den Gerichtsarzt *relativ* mit Blick auf die konkrete Situation und Fragestellung. Zum Beispiel war 2002 im zivilrechtlichen Auftrag des Familiengerichtes beim Amtsgericht Stade ein 50-jähriger Mann als Beklagter zu untersuchen. Bei dem Betroffenen war es zum neurologischen Krankheitsbild von so genannten transitorischen ischämischen Attacken (TIA) gekommen, zu kurzzeitigen auf Minder-

durchblutung im Gehirn beruhenden, aber im Gegensatz zum „vollendeten“ Schlaganfall sich wieder voll zurückbildenden Ausfallserscheinungen. Daraufhin wurde der Betroffene mit entsprechender Medikation zur Vorbeugung weiterer Anfälle offensichtlich erfolgreich versorgt, musste jedoch beruflich kürzer treten. Nach den neurologischen Ausfällen durfte er nämlich nicht mehr wie bisher Überstunden in einem zusätzlichen Job als Fahrer bei einem Kurierdienst leisten. Dadurch war es zu einer Einkommenseinbuße gekommen, so dass folglich auch Zahlungen in einer Familiensache geringer ausfielen, was zu einer Klage der ehemaligen Lebensgefährtin gegen den Mann führte, die an ein mutwilliges Aufgeben der Überstunden glaubte, um die Zahlungen zu verkleinern. In der gerichtsärztlichen Begutachtung ließ sich jedoch das stattgehabte TIA-Phänomen objektivieren und die Unfähigkeit beziehungsweise Ungeeignetheit zu weiteren Kurierfahrten medizinisch begründen. Mit Blick auf die Fragestellung, nämlich ob der Beklagte die bewussten Überstunden als Fahrer nicht mehr leisten *könne*, war zu bestätigen, dass er hinsichtlich dieser fraglichen konkreten Arbeitsfähigkeit als dauerhaft beschränkt anzusehen war, auch wenn etwa die Klägerin in ihm nicht den Aspekt eines „Kranken“ zu sehen vermochte [44]. Ein anderes Beispiel wurde schon in **Teil II** in Abschnitt **II.3.4** erwähnt, bei dem wegen eines Wirbelsäulenleidens die dauerhafte Beschränkung des Probanden in seiner Arbeitsfähigkeit bestätigt wurde, wobei ausdrücklich die Frage nach einer Umschulung auf einen geeigneteren Beruf, mit dann wieder gegebener Arbeitsfähigkeit und Einkommensmöglichkeit, ausgeklammert blieb.

Im Bereich der Arbeitsfähigkeitsprüfungen sind damit die Ergebnisse, zu denen die gutachterliche Stellungnahme kommt, sehr eng verknüpft mit der konkreten Fragestellung, die zuvor an den Gerichtsarzt ergangen ist. Beispiele für mögliche Ausprägungen von Arbeitsfähigkeitsuntersuchungen in zivil- wie strafrechtlichen Zusammenhängen wurden schon bei der Heranführung an die Thematik in **Teil II** gegeben (vgl. **II.3.4**). – Wie die Tabelle in der **Abbildung 21** zeigt, wurden hier drei Fälle ihrer Spezifität wegen nicht den oben genannten Kategorien zugeordnet. Einmal enthielt sich nämlich der Gutachter bewusst eines Urteils über die Arbeitsfähigkeit, da er rückblickend zu entscheiden hatte, ob ein mittlerweile Gesunder (dessen Untersuchung damit nichts zur Klärung beitragen konnte!) vorübergehend arbeitsunfähig gewesen war. Der Gerichtsarzt konnte jedoch nur zu dem Schluss kommen, dass rückblickend eine Arbeitsunfähigkeit bei akuter Erkrankung nicht ausgeschlossen werden könnte, ohne in die eine oder andere Richtung eine definitive Entscheidung zu treffen [45]. Der zweite Fall betrifft die schon als erläuterndes Beispiel in Abschnitt **IV.3.3.d** erwähnte Prüfung, ob eine hausärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung in ihren Formulierungen Unstimmigkeiten aufweise; der Gerichtsarzt befand, dass diese Bescheinigung „in sich nicht unrichtig“, das heißt für den Mediziner nicht in sich logisch widersprüchlich abgefasst sei, womit freilich nichts darüber ausgesagt ist, ob der Betroffene nun tatsächlich arbeitsunfähig oder die hausärztliche Krankenschreibung ein so genanntes Gefälligkeitsattest gewesen war [46]. Auch dieser Fall stellt keine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Probanden an sich dar, so dass er hier eigens aufgeführt wird.

Der Fall eines Mannes aus dem Jahr 1997, der nach einer Knieoperation auf Grund eines Attestes zeitweilig beruflich stehende Tätigkeiten nicht ausführen durfte, aber in einem Restaurantbetrieb Renovierungsarbeiten durchführte, wurde zur Illustration bereits als Variante einer gerichtlichen Arbeitsfähigkeitsprüfung in **Teil II** im Abschnitt **II.3.4** vorgestellt [47]. Insofern der Gutachter nicht eigentlich die Auswirkungen der Ope-

ration einer so genannten Baker-Zyste beurteilte, sondern befand, dass die nun einmal beobachtete handwerkliche Tätigkeit nicht mit der zuvor durch einen anderen Arzt ins Spiel gebrachten Form von Arbeitsunfähigkeit zu vereinbaren sei, wurde auch dieses Gutachten hier als spezieller Fall im tabellarischen Überblick eigens ausgewiesen.

Zieht man die vorgenannten drei spezielleren Vorgänge aus dem Bereich fraglicher Arbeitsfähigkeit als gutachtliche Stellungnahmen über vorliegendes Attestmaterial von den gerichtsärztlichen Untersuchungen eines Probanden auf Arbeitsfähigkeit im engeren Sinne ab, so zeigen die übrigen 14 Fälle folgende Ergebnisse (vgl. *Abbildung 21*): Bei lediglich zwei der untersuchten Probanden ließen sich keine gesundheitlichen Beschwerden objektivieren, die auf ihre Arbeitsfähigkeit einen Einfluss hätten haben können. Rein rechnerisch entspricht dies bei zwei von vierzehn Untersuchungen einem Anteil von etwas über 14 Prozent.

Bei acht weiteren Probanden (mithin rund guten 57 Prozent der Untersuchten) lagen dagegen objektivierbare Beschränkungen vor, wobei nur einmal eine als vorübergehend einzuschätzende Beschränkung aktuell zur Zeit der gerichtsärztlichen Prüfung bestand, während in sieben Fällen (also 50 Prozent der Untersuchten) eine Dauerhaftigkeit zu konstatieren war. Als arbeitsunfähig wurden vier der 14 untersuchten Probanden eingestuft, das heißt über 28,5 Prozent. Es trat dabei kein Fall einer kurzfristigen Arbeitsunfähigkeit auf; zur Hälfte waren die Probanden als langfristig arbeitsunfähig, mithin unter der Perspektive einer gegebenen Möglichkeit der Wiederherstellung, einzustufen, zur anderen Hälfte war bereits zum Zeitpunkt der gerichtsärztlichen Untersuchung die Dauerhaftigkeit absehbar, so dass vom Gutachter auch keine weiteren Nachuntersuchungen im Verlaufe der Zeit empfohlen wurden. Bei je zwei von vierzehn untersuchten Probanden entspricht dies jeweils einem Prozentanteil von etwas über 14.

Sind damit, wie geschildert, etwas über 57 Prozent der Untersuchten tatsächlich eingeschränkt – 50 Prozent sogar dauerhaft – und über 28,5 Prozent sogar langfristig oder dauernd arbeitsunfähig, so zeigt sich, dass die gerichtsärztlichen Gutachten wesentlich dazu beigetragen haben, tatsächlich vorliegende, juristisch zu berücksichtigende gesundheitliche Problematiken in ihrer jeweiligen Relevanz einzuordnen. Der im Vergleich etwa zur von Probanden behaupteten Verhandlungsunfähigkeit eher geringer erscheinende Anteil unberechtigten Geltendmachens von Erkrankungen lässt sich im Übrigen dadurch erklären, dass es sich überwiegend um gerichtsärztliche Prüfungen von Fällen handelte, in denen Betroffene in einem Verfahren Atteste vorgelegt hatten. Gewissermaßen waren diese Problematiken damit nicht ohne weiteren Anhalt aus der Luft gegriffen; meist wurde auch gar nicht grundsätzlich in Zweifel gezogen, dass die Erkrankungen an sich vorlagen, vielmehr sollte durch den *unabhängigen* gerichtsärztlichen Gutachter dargelegt werden, in welchem Grade diese von behandelnden Ärzten der Probanden attestierten Erkrankungen objektivierbare Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit erkennen ließen. – Das in **Teil II** im Abschnitt **II.3.4** aus dem strafrechtlichen Bereich vorgestellte Beispiel des 1995 polizeilich zur Untersuchung vorgeführten Mannes, der unter der Anklage einer Unterhaltspflichtverletzung stand, ist eher der Ausnahmefall. Der vor dem Amtsgericht Hamburg angeklagte 52-Jährige wies keinerlei gesundheitliche Einschränkungen auf. Seine Behauptung aus Krankheitsgründen keiner Arbeit mehr nachzugehen war offensichtlich eine reine Schutzbehauptung [48].

IV.4.3 Ergebnisse der Untersuchungen 1963 bis 1971 zum Vergleich

Naeve und Becker haben in ihrer Studie die Auswirkungen einzelner Krankheitsbilder auf die gutachterlichen Stellungnahmen bezüglich der zu prüfenden Haft-, Verhandlungs- und Arbeitsfähigkeit dargestellt, aber auch gemäß der oben geschilderten Kategorisierungen in tabellarischen Überblicken summarisch die Ergebnisse gerichtsärztlicher Untersuchungen vorgestellt. Die Vergleichbarkeit zu den ausgewerteten Vorgängen der Jahre 1995 bis 2004 ist nur eingeschränkt gegeben, da die Kategorisierungen der Ergebnisse nicht identisch erfolgen konnte (vgl. zum Beispiel die „Verweigerungsfälle“ bei sofortigen Terminfähigkeitsprüfungen oder ein verändertes Vorgehen beim Einschalten von Fachärzten) oder sich offenbar grundlegend die Gegebenheiten geändert haben wie im Falle des Zurückgehens der Arbeitsfähigkeitsprüfungen. Daher soll hier nicht die detaillierte Aufgliederung der Studie von Naeve und Becker ins Einzelne verfolgt werden, sondern dargestellt werden, wie sich in großen Linien Tendenzen bei der gutachterlichen Einschätzung der gerichtsärztlichen Probanden zeigen.

Bezüglich der 626 Untersuchungen auf *Verhandlungsfähigkeit* der Jahre 1963 bis 1971 waren insgesamt 193 Probanden ohne Einschränkung als verhandlungsfähig befunden worden [49], was einem Prozentanteil von 30,8 entspricht, also nicht ganz einem Drittel. Die *Abbildung 18* zeigt, wie geschildert, dagegen die Anzahlen der Terminfähigkeitsprüfungen der Jahre 1995 bis 2004. Rechnet man, wie oben geschehen, unter den 458 Untersuchungen dieses Jahrzehntes die 128 ohne Einschränkung für terminfähig Befundenen und die 28 Probanden, bei denen ohne Untersuchung die vorgebrachten Hinderungsgründe der Terminfähigkeit zu widerlegen waren, zusammen, so stellt dies mit etwas über 34 Prozent eine ähnliche Größenordnung dar. Zählt man, wie oben ebenfalls schon geschehen, auch jene insgesamt 47 Vorgänge hinzu, in denen die Probanden sich einer Nachprüfung verweigerten, als Fälle, in denen sich die Behauptung einer gesundheitlichen Beeinträchtigung nicht objektivieren ließ, so kommt man mit 203 von insgesamt 458 Vorgängen sogar zu einem Prozentanteil von über 44 Prozent, in denen sich keine Einschränkung der Terminfähigkeit bestätigen ließ.

Naeve und Becker verzeichnen 91 kurzfristig, 101 langdauernd und 39 dauernd nicht verhandlungsfähige Probanden. Knapp 37 Prozent der Untersuchten waren somit damals in einer Form zumindest zum Zeitpunkt der Begutachtung nicht verhandlungsfähig. Der entsprechende Anteil derart gutachtlich eingeschätzter Probanden (= insgesamt 133) liegt im Jahrzehnt von 1995 bis 2004 mit rund 29 Prozent durchaus geringer, auch wenn man bedenkt, dass durch die geschilderte Abgabe von Vorgängen an Fachärzte wohl mit diesen 133 dokumentierten Fällen von Terminunfähigkeit nicht alle erfasst worden sind. Naeve und Becker zählen sodann weitere 116 Probanden, die bei gegebener Verhandlungsfähigkeit Erleichterung benötigten, und 86, deren Verhandlungsfähigkeit stärker eingeschränkt war. Rechnet man diese zu den aus Krankheitsgründen Verhandlungsunfähigen hinzu, erhält man 433 Probanden, die damals berechtigterweise gesundheitliche Einschränkungen geltend gemacht haben, auf die in verschiedener Weise Rücksicht zu nehmen war. Anteilmäßig waren das gut 69 Prozent aller Fälle. Die Zahl derartiger Fälle im Jahrzehnt von 1995 bis 2004 indessen betrug mit 242 Probanden in 458 Untersuchungen knapp 52,8 Prozent, lag also sichtlich darunter. – Zusammenfassend ist zu sagen, dass in der Zeit der 1960er Jahre bis zum Beginn der 1970er Jahre ebenso wie im hier näher untersuchten Zeitraum eine deutliche Auftrennung der Probanden in berechtigt gesundheitliche Problematik geltend machende und in faktisch nicht eingeschränkte

Personen stattfand. Von der Tendenz her scheint in der neueren Zeit der Anteil von tatsächlich Erkrankten etwas abgenommen und der Anteil jener zugenommen zu haben, die gesundheitliche Beschwerden ohne objektivierbaren Grund dem Gericht gegenüber vorbringen.

Was den Aspekt der *Haftfähigkeit* betrifft, so zählten Naeve und Becker 125 ohne Einschränkung haftfähige Probanden unter den entsprechenden 646 gerichtsärztlichen Untersuchungen, was einem Anteil von rund 19,3 Prozent entspricht. Im hier thematisierten jüngeren Zehnjahreszeitraum führten 23 der 169 Untersuchungen zu diesem Ergebnis, mithin nur etwas über 13,5 Prozent wie im Abschnitt **IV.4.1.c** vorgestellt (die Tabelle in *Abbildung 20* bietet einen Überblick). In den Jahren 1963 bis 1971 waren 119 Probanden (= gut 18,4 Prozent) kurzfristig, 41 (= gut 6,3 Prozent) langdauernd und 15 (= gut 2,3 Prozent) dauernd nicht haftfähig. In der hier untersuchten späteren Epoche liegen die entsprechenden absoluten Zahlen beziehungsweise Anteile bei 22 (= 13 Prozent) kurzfristig, 21 (= knapp 12,5 Prozent) langdauernd und 10 (= nicht ganz 6 Prozent) dauernd haftunfähigen Probanden. Insgesamt waren also von 1963 bis 1971 zusammen gute 27 Prozent der Probanden haftunfähig, während von 1995 bis 2004 dieser Anteil bei knapp 31,4 lag, wobei zudem bei weiteren 14 Vorgängen, mithin bei knapp 8,3 Prozent, die Untersuchungsergebnisse nicht bekannt sind, weil sie nicht mehr vom Gerichtsarzt, sondern von Fachärzten gutachterlich betreut wurden (insofern es sich offensichtlich nicht um sofort durch den Gerichtsarzt abschlägig zu bescheidende Angelegenheiten gehandelt hat, sind unter diesen Fällen noch weitere Haftunfähigkeitsfälle anzunehmen!). Doch hat nicht nur der Anteil der Haftunfähigkeiten sich erhöht, auch die Verhältnisse der verschiedenen Gewichtung der Haftunfähigkeit haben sich verschoben. Wie oben im Vergleich zu sehen, sank der Anteil kurzfristig haftunfähiger Probanden unter den Untersuchten (zuvor gut 18,4 im Vergleich zu nunmehr 13 Prozent), während etwas mehr langfristig (zuvor gut 6,3 im Vergleich zu nun knapp 12,5 Prozent) und etwas mehr dauernd (vormals knapp 2,3 im Vergleich zu nun fast 6 Prozent) haftunfähige Personen sich im entsprechenden gerichtsärztlichen Untersuchungsgut finden.

Naeve und Becker berichten von 109 (= knapp 16,9 Prozent) bei ärztlicher Behandlung in der Haft haftfähigen Probanden, 165 (= gut 25,5 Prozent) nur zunächst und 72 (= gut 11 Prozent) dauernd lazaretttaftfähigen Probanden. Die neueren Zahlen für die Kategorie der Haftfähigkeit unter ärztlicher Behandlung ergeben sich als 21 (= fast 12,5 Prozent), für die vorläufige Haftfähigkeit nur unter stationärer Behandlung als 57 (= rund 33,7 Prozent) und für die dauerhafte Haftfähigkeit nur unter Krankenhausbedingungen als 22 (= etwa 13 Prozent) aller untersuchten Probanden. Insgesamt wurde vormals bei knapp 53,6 Prozent, nunmehr bei gut 59,2 Prozent eine ärztliche Behandlung an sich in der Haft für nötig befunden. Im Vergleich hat sich dabei auch etwas die Gewichtung verschoben weg von der Einschätzung, dass die ärztliche Betreuung in der JVA durch den Anstaltsarzt ausreiche, hin zu der gerichtsärztlichen Empfehlung, den Betroffenen zunächst im Haftkrankenhaus stationär aufzunehmen.

Die Prüfung der *Arbeitsfähigkeit* nimmt, wie schon mehrfach erläutert, in der von Naeve und Becker geschilderten Epoche des Gerichtsärztlichen Dienstes noch einen rein zahlenmäßig gleichberechtigten Rang neben der gerichtsärztlichen Untersuchung auf Haft- und auf Verhandlungsfähigkeit ein. 624 diesbezügliche Gutachten waren aus der Zeit von 1965 bis 1971 auszuwerten. Die Ergebnisse der Untersuchungen bestehen knapp dar-

gestellt darin, dass 160 Probanden ohne Einschränkung arbeitsfähig waren, was bei einem Prozentanteil von gut 25,6 einem Viertel aller entspricht. 122 Probanden waren zum Zeitpunkt der Untersuchung beschränkt arbeitsfähig (= etwas über 19,5 Prozent), 144 (= um die 23 Prozent) dauernd beschränkt arbeitsfähig. Weitere 73 (= etwa 11,7 Prozent) mussten als kurzzeitig nicht arbeitsfähig, 76 (= knapp 12,2 Prozent) als langdauernd und noch einmal 49 (= fast 7,9 Prozent) als dauernd nicht arbeitsfähig betrachtet werden.

Bei den mit nur 14 untersuchten Probanden im Zeitraum von 1995 bis 2004 (bei insgesamt nur 17 gerichtsärztlichen Vorgängen im Zusammenhang der Thematik; vgl. *Abbildung 21*) drastisch weniger gewordenen Arbeitsfähigkeitsuntersuchungen liegt kaum mehr eine vergleichsfähige Menge vor. Der Anteil der ohne Einschränkung Arbeitsfähigen hat sich dabei auf etwas über 14 Prozent verringert (= zwei Probanden); aktuell beschränkt arbeitsfähig waren nunmehr etwas über sieben Prozent (nämlich faktisch ein Proband), exakt 50 Prozent aller 14 Untersuchten waren dauernd nur beschränkt arbeitsfähig, jeweils etwa 14 Prozent (= je zwei Untersuchte) waren langfristig beziehungsweise dauerhaft nicht arbeitsfähig. Im Vergleich zur früheren Situation hat sich damit die Gruppe der dauerhaft in ihrer Arbeitsfähigkeit Beschränkten als Hauptanteil herausgeschält, während andere Kategorien, falls vertreten, in etwa auf gleichem Anteilsniveau rangieren.

Doch ist hinsichtlich der inhaltlichen Aspekte der Arbeitsfähigkeitsuntersuchungen kaum mehr ein aussagekräftiger Vergleich möglich; der ins Auge springende Punkt, wenn man die beiden Situationen gegenüberstellt, ist vielmehr die Tatsache, dass diese Untersuchungen mittlerweile im gerichtsärztlichen Alltag keine wesentliche Rolle mehr spielen. – Auch bezüglich der hier verglichenen Termin- beziehungsweise Verhandlungsfähigkeitsuntersuchungen und der Haftfähigkeitsprüfungen ist neben den vergleichbaren Prozentanteilen, mit denen die jeweiligen Ergebnisse auftreten, nicht zu übersehen, dass die absoluten Anzahlen der gerichtsärztlichen Vorgänge jeweils deutlich zurück gegangen sind. Dieser bereits geschilderte, nach Deutung heischende Umstand war jedoch hier bei Betrachtung der *inhaltlichen* Ausrichtung der Ergebnisse der ärztlichen Begutachtungen nicht Thema.

Kapitel IV.5 Das Spektrum gerichtsärztlich zu begutachtender Gesundheitsstörungen

IV.5.1 Spezielleres Anforderungsprofil für gerichtsärztlich Tätige

Dem Klischee entsprechend, von dem selbst ärztliche Kollegen aus anderen Fachgebieten der Medizin oft nicht frei sind, erstreckt sich die Kenntnis des Gerichtsmediziners auf solche Befunde, die er in seinem gekachelten Reich der Seziersäle bei der Obduktion von Leichen erwirbt. Dabei wird ausgeblendet, dass im Sinne der heute als Klinische Rechtsmedizin bezeichneten Aufgabenbereiche, wie in **Teil I** geschildert, schon seit je auch die Untersuchung von Lebenden hinsichtlich gesundheitlicher Beeinträchtigung zur gerichtsmedizinischen Arbeit gehörte. Stehen bei dieser Tätigkeit freilich nicht-natürliche, durch juristisch relevante äußere Beeinträchtigungen erlittene Schäden im Vordergrund, so bezieht sich die „klassische“ gerichtsärztliche Aufgabe der Prüfung von Haft- und Terminfähigkeit jedoch ganz offensichtlich auf gesundheitliche Störungen jener Art, mit

denen auch der in Arztpraxis und Krankenhaus tätige Mediziner bei seinen Patienten konfrontiert ist. Insofern inzwischen, wie dargestellt (vgl. I.2.3), durch die organisatorischen Eigenheiten in Deutschland diese gerichtsärztlichen Aufgaben größtenteils zum Tätigkeitsspektrum der Amtsärzte gehören, zählt die praktische Auseinandersetzung mit den entsprechend zu diagnostizierenden Erkrankungen kaum zum Alltag der heutigen Institute für Rechtsmedizin. Der rechtsmedizinische Gutachter begegnet diesen ärztlichen Gehalten meistens quasi rückblickend beim Studium von Krankenunterlagen, wenn in der Regel unter der Perspektive von Vorwürfen gegen behandelnde Ärzte diagnostische und therapeutische Maßnahmen zu beurteilen sind.

Durch die historisch in Hamburg, wie dargestellt (vgl. I.3.3), andere Situation gehört hier jedoch im Rahmen der Untersuchung von Probanden hinsichtlich ihrer Haft-, Termin- oder Arbeitsfähigkeit auch das praktisch diagnostische Umgehen mit Erkrankungen wie zum Beispiel Bluthochdruck, gastrointestinalen Beschwerden, Nierenleiden und anderem zu den alltäglichen gerichtsärztlichen Aufgaben.

An dieser Stelle soll gemäß der detailliert ausgewerteten entsprechenden Untersuchungen der Jahre 1995 bis 2004 aufgezeigt werden, womit Hamburger Gerichtsärzte in diagnostischer Hinsicht konfrontiert worden sind. Ausdrücklich ist dabei anzumerken, dass die hier genannten Bezeichnungen für gesundheitliche Beschwerden keine Diagnosen im eigentlichen Sinne dieses medizinischen Fachterminus darstellen. Aus den hier aufgelisteten Begriffen wäre es etwa einem Arzt nicht möglich, sich mit seinem Fachwissen ein adäquates Bild von der gesundheitlichen Situation des entsprechenden Probanden zu machen. – Grundsätzlich handelt es sich ja um von Angeklagten oder Verurteilten bei Gericht oder Staatsanwaltschaft geltend gemachte gesundheitliche Beschwerden. Wenn also beispielsweise in diesem Zusammenhang der Begriff der arteriellen Hypertonie auftaucht, so handelt es sich nicht (wie sonst, wenn der Begriff zum Beispiel in Arztbriefen Verwendung findet) um eine *Diagnose* [50]. Zunächst einmal ist nur festzustellen, dass ein Betroffener von sich behauptet, unter hohem Blutdruck zu leiden; ob überhaupt und in welchem Umfang dies im Sinne einer ärztlichen Diagnose sodann auch zutrifft, ist damit noch gar nicht angeschnitten. Es handelt sich daher – begrifflich streng genommen – auch nicht um das, was im medizinischen Sprachgebrauch eine *Verdachtsdiagnose* genannt wird. Bei einer solchen liegen in der fachlich-ärztlichen Betrachtung mehr oder weniger gewichtige Anhaltspunkt schon vor, denen belegend oder widerlegend nachzugehen ist. Der Gerichtsarzt könnte in einem ihm übertragenen Fall allenfalls dann von einer zu prüfenden (Verdachts-)Diagnose sprechen, wenn der Proband seine gesundheitlichen Beschwerden mit bereits vorliegenden ärztlichen Befunden untermauert.

Allzu oft löst sich eine vermeintliche „Diagnose“ aber in Luft auf, und oft verweigert sich auch ein Proband der gerichtsärztlichen Untersuchung (vgl. IV.4.2.a). Wenn also hier zum Beispiel von einem unter das Rubrum der arteriellen Hypertonie gestellten Fall für den Gerichtsarzt die Rede ist, so ist damit gesagt, dass der Gerichtsarzt in einem konkreten Fall ärztlicherseits fähig sein musste, gemäß gültiger medizinischer Standards eine entsprechende Diagnostik zur Abklärung eines fraglichen Bluthochdruckes durchführen zu können. Und das unterscheidet ihn nicht hinsichtlich der verlangten diagnostischen Fähigkeiten von einem Arzt, der in Praxis oder Klinik eine solche Untersuchung vor dem Hintergrund einer aufzunehmenden Therapie durchführen muss. Ob der Gerichtsarzt in seiner Tätigkeit für ein anforderndes Gericht seine diagnostischen Fähigkeiten überhaupt jedes Mal anwenden muss, steht auf einem anderen Blatt, wie bereits meh-

rere Beispielfälle illustriert haben. – Im Jahr 2004 etwa erschien ein angeklagter 59-jähriger Mann nicht zur Verhandlung vor dem Landgericht Hamburg. Es handelte sich dabei selbst um einen Arzt, der angeklagt war, unerlaubterweise mit Betäubungsmitteln gehandelt zu haben. Als Entschuldigungsgrund nannte er telefonisch dem Gericht, er leide an einem Erysipel. Der Richter, der dies als medizinischer Laie nicht einschätzen konnte, schaltete den Gerichtsarzt ein. Es kam in der Folge jedoch nicht zu einer Untersuchung. Als der Angeklagte nämlich feststellen musste, dass auf Nennung seiner Erkrankung hin die Überprüfung durch einen medizinischen Fachmann in die Wege geleitet wurde, ließ er eine Untersuchung nicht zu, räumte im Gespräch gegenüber dem Gerichtsarzt vielmehr ein, dass er nun vor Gericht erscheinen werde und stimmte sogar zu, dass der Gerichtsarzt ihn als „ohne Einschränkung verhandlungsfähig“ gegenüber dem Richter bezeichnete. Er beharrte lediglich darauf, morgens tatsächlich noch „Fieber“ gehabt zu haben, „das nun weg sei“, dass er sich also am Morgen tatsächlich nicht in der Lage gefühlt habe, den Termin wahrzunehmen und damit bei seiner Entschuldigung nicht gelogen habe... [51]. – Auch wenn also hier die bloße „Androhung“ einer gerichtsärztlichen Untersuchung genügte, und offensichtlich in diesem Fall ein Erysipel nicht durch den Gerichtsarzt diagnostisch in einer Untersuchung abzuklären war, so ist doch deutlich, dass der Gerichtsarzt im Falle eines Falles ärztlich dazu hätte fähig sein müssen, eine solche bakterielle Weichteilinfektion zu diagnostizieren. Er hätte wie etwa ein Allgemeinmediziner fähig sein müssen, bei Bedarf eine derartige Infektion an sich richtig erkennen und auch hinsichtlich ihrer Schwere beurteilen zu können (häufig gehen diese Infektionen von kleinen Verletzungen am Unterschenkel aus und können mit Fieber den Gesamtorganismus so in Mitleidenschaft ziehen, dass neben Antibiotikagabe Bettruhe nötig wird und sehr wohl Verhandlungsunfähigkeit resultieren kann).

IV.5.2 Befunde und Nebenfunde

Für die hier aufzulistenden Fälle wird daher statt Diagnose oder Erkrankung der Begriff des „Problemfeldes“ gewählt, auf dem der Gerichtsarzt medizinisch firm zu sein hat. Es stellt sich für ihn die Aufgabe, etwa auf dem Problemfeld der Herzkreislaufkrankungen die diagnostischen Standards zu kennen und bei Bedarf zur Anwendung bringen zu können. Er muss wie der oben genannte Allgemeinmediziner dann entweder die Diagnostik im Sinne der jedem Arzt zuzumutenden Basisdiagnostik selbst beherrschen oder nach entsprechender Abschätzung wissen, wann er einen spezieller qualifizierten Facharzt hinzuziehen muss, um ein valides Ergebnis zu erhalten (zur Thematik der fachärztlichen Anschlussgutachten siehe das Kapitel IV.6).

Mit welchen Problemfeldern wurden im hier näher untersuchten Zehnjahreszeitraum die Hamburger Gerichtsärzte nun konfrontiert? – Vorauszuschicken ist, dass das untersuchte Dokumentationsmaterial sehr inhomogen ist und die Häufigkeit der Nennung von gesundheitlichen Störungen stark beeinflusst ist von der jeweiligen Situation, in der ein Gerichtsarzt tätig werden musste. Wurde, wie im Fall der Haftfähigkeitsprüfungen zumeist, der Proband in die Räume des Gerichtsärztlichen Dienstes vorgeladen, so war Gelegenheit für eine sorgfältige Untersuchung wie sie auch ein Hausarzt in seiner Praxis durchführen würde, der sich über die gesundheitliche Lage eines neuen Patienten ein Bild verschaffen möchte. So werden in den gerichtsärztlichen Unterlagen etwa Befunde wie ein Atherom im Kopfhautbereich dokumentiert [52], wobei der Natur der Sache nach zum Beispiel diese im Volksmund Grützbeutel genannte zystische Veränderung im

Bereich eines Haarbalses keinen Einfluss in diesem Falle auf die in Frage stehende Terminfähigkeit des Probanden hatte (selbst wenn sie offenbar so groß war, dass der Träger angeblich schon einmal eine operative Entfernung in Erwägung gezogen hatte...). In diesem Fall machte ein wegen Betruges in Rheinland-Pfalz angeklagter 64-jähriger Mann – im übrigen grundlos – geltend, wegen eines in nächster Zeit angeblich zu operierenden Krampfaderleidens am linken Unterschenkel nicht der erhaltenen Ladung in Zweibrücken nachkommen zu können. Bei der Untersuchung in den Räumen des Gerichtsärztlichen Dienstes wurde dann daneben auch das erwähnte Atherom im Scheitelbereich dokumentiert. In der Medizin mag man hier von Nebendiagnosen sprechen, – vorliegende, bei der Untersuchung auffällige Befunde, die aber mit dem abzuklärenden Kernproblem eines Patienten nicht zusammenhängen, sondern eben noch daneben bestehen. Auf diese Weise wurden Gebisschäden, wenn sie eine auffällige Schwere aufwiesen, gutartige Zysten in der weiblichen Brust und andere im Rahmen der fraglichen Haft- oder Verhandlungsfähigkeit sich nicht auswirkende Befunde dokumentiert, insofern sie bei der umfassenden ärztlichen Untersuchung augenfällig geworden waren.

Das andere Extrem zu solchen bis ins Detail durchgeführten Untersuchungen stellen jene Fälle dar, in denen ein Gerichtsarzt in eine laufende Verhandlung gerufen wird, weil ein Angeklagter unvermittelt über gesundheitliche Beschwerden klagt, die seine Verhandlungsfähigkeit fraglich erscheinen lassen. Hier wird gezielt vom Gericht bezüglich einer ganz bestimmten Störung nachgefragt; häufiger gibt zum Beispiel ein Betroffener an, bei seinem hohen Blutdruck gerade eine „Blutdruckkrise“ zu erleiden. Erscheint die Situation nicht so dramatisch, dass ein Notarzt gerufen wird, so prüft der herbeigerufene Gerichtsarzt in einer entsprechend ausgerichteten Untersuchung gezielt die Blutdruckwerte. Nebenbefunde werden in der Regel nicht erhoben, sondern nur der fragliche Aspekt aus ärztlicher Sicht beurteilt. Die angelegte Dokumentation – oft nur im Sinne der oben beschriebenen „Telephonzettel“ – verzeichnet in diesem Fall dann auch nur den Stichpunkt der arteriellen Hypertonie.

IV.5.3 Eingrenzung von medizinischen Problemfeldern

Vor dem Hintergrund, dass die für die fragliche gerichtsärztliche Prüfung wesentlichen gesundheitlichen Auffälligkeiten stets dokumentiert wurden und im Sinne von Nebenbefunden je nach Untersuchungssituation durch andere Angaben in verschiedener Detailliertheit eine Ergänzung fanden, wurden die sehr unterschiedlichen erhaltenen Dokumentationen vom mehrseitigen Gutachten bis zum einzelnen „Telephonzettel“ hinsichtlich aller genannten gesundheitlichen Probleme gesichtet. In die Sammlung einbezogen wurden also ausdrücklich alle Bezeichnungen gesundheitlicher Störungen beziehungsweise Zustände, die von den Gerichtsärzten aufgezeichnet worden sind, ohne interpretatorisch mehr oder weniger offensichtliche Nebenbefunde wie das oben erwähnte Atherom auszusondern. Wenn dabei dann in der Zählung die schon erwähnten Gebisschäden in eher geringer Anzahl auftauchen, lässt dies also nicht etwa auf einen besonders guten Zahnstatus gerichtsärztlicher Probanden schließen, vielmehr stand eine solche Erhebung von Nebenbefunden schlicht oft gar nicht zur Debatte. In diesem Sinne sind die nachfolgenden Häufigkeitsangaben zu verstehen; sie spiegeln nicht eins zu eins die Häufigkeit des Auftretens derartiger Erkrankungen bei den Probanden wider, sondern dokumentieren, welche medizinischen Fragestellungen die gerichtsärztlichen Untersucher vordringlich beschäftigten.

Dass die Zahl genannter Befunde mit 1891 erheblich die Zahl der in den Jahren 1995 bis 2004 zu untersuchenden Probanden übersteigt, liegt darin begründet, dass ein Proband verschiedene Erkrankungen zugleich aufweisen kann. – Um abschätzen zu können, welche Thematiken für die gerichtsärztliche Arbeit besonders von Bedeutung sind, wurden hier, wie zuvor schon angeschnitten, die Befunde unter dem Begriff der so genannten *Problemfeldern* zusammengefasst. Die Zuordnung der einzelnen geltend gemachten gesundheitlichen Probleme beziehungsweise der dem Gerichtsarzt auffällig gewordenen Befunde zu einzelnen Problemfeldern – wie die Abgrenzung dieser Problemfelder an sich auch – mag dabei aus medizinischer Sicht im Sinne der Nosologie, der wissenschaftlichen Krankheitslehre, zum Teil problematisch erscheinen. So werden rezidivierende Lungenembolien hier dem Problemfeld der Atemorganerkrankungen zugeordnet, wiewohl sie vom Pathomechanismus ihrer Entstehung her mit Thrombosen in Zusammenhang zu sehen sind. Auch werden Lungenentzündungen in das Problemfeld der Atemorganerkrankungen gezählt, obwohl sie mit gleichem Recht auch in das hier eigens geschaffene Problemfeld der Infektionserkrankungen gehören. Das Problemfeld einer gerichtsärztlich zu beurteilenden möglichen Behinderung beziehungsweise Einschränkung alltäglicher Lebensvollzüge fasst sodann gesundheitliche Störungen zusammen, die ein Lehrbuch der Medizin wohl schwerlich so in einen Zusammenhang stellen möchte. – Die hier beschriebenen Phänomene sind jedoch, wie geschildert, nicht im Sinne medizinischer Diagnosen zu verstehen, sondern in einem juristischen Zusammenhang geltend gemachte gesundheitliche Probleme von betroffenen Probanden. Von daher soll an dieser Stelle keine streng auf nosologisches oder pathologisches Fachwissen bezogene Einteilung, sondern eine gewissermaßen aus der praktischen Lebenswelt der oft subjektiv empfundenen Einschränkungen herrührende Gruppierung erfolgen. Ein Proband mit Lungenembolien verspürt, wenn er sie bemerkt, die Beschwerden in seinem Brustkorb und jemand mit einer Lungenentzündung weist heftige Probleme seiner Atemorgane auf. Fälle von Lungentuberkulose wurden dagegen nicht nach dieser Sicht dem Problemfeld der Atemorganerkrankungen zugerechnet, sondern dem der Infektionserkrankungen, da sich hier dem Gerichtsarzt eher die Frage einer vom Probanden ausgehenden Ansteckungsgefahr stellt (etwa ob der Proband erst einer entsprechenden Therapie zu unterziehen sei, bevor er in Kontakt mit anderen Personen gebracht werden dürfte).

Für die verschiedenen Untersuchungen in drei eigenen Abschnitten schlagwortartig aufgelistet, finden sich die folgenden, mit ihrer absoluten Häufigkeit – hier in absteigender Reihenfolge – genannten Problemfelder in den für die Jahre 1995 bis 2004 erhaltenen gerichtsärztlichen Unterlagen. Die Abkürzung „Z. n.“ steht dabei im geläufigen medizinischen Schreibgebrauch für den Begriff „Zustand nach“; hier muss der Arzt also die möglichen Folgen einer Erkrankung, die selbst schon nicht mehr aktuell vorliegt, abschätzen. Ein „Z. n. Herztransplantation“ zum Beispiel führt dabei ein Leben lang Folgen für den Betroffenen mit sich. Dagegen bringt etwa der bei einer Verhandlungsfähigkeitsprüfung dokumentierte „Z. n. antibiotischer Eradikation eines *Helicobacter pylori*-Keimes“ trotz der dem Laien gewichtig klingenden Begriffe überhaupt keine Einschränkung für die Verhandlungsfähigkeit mit sich. Tausende tragen ein solches Bakterium auf der Schleimhaut ihres Magens, wo es in Zusammenhang mit chronischen Entzündungen zu sehen ist. Das Einnehmen von Antibiotika über wenige Tage, um zur Vorbeugung das durch die natürliche Magensäure nicht angreifbare Bakterium abzutöten, schränkt den Betroffenen nicht ein.

IV.5.3.a Terminfähigkeitsuntersuchungen: Auflistung medizinischer Problemfelder

In den ausgewerteten Untersuchungen auf Terminfähigkeit, also auf Verhandlungsfähigkeit oder Verhandlungs- und Reisefähigkeit, sowie bei den alleinigen Reisefähigkeitsprüfungen, die hier aus praktischen Gründen im Gegensatz zu den bisherigen Darstellungen mit in die Auswertung einbezogen werden, sind die folgenden insgesamt 1176 Befunde dokumentiert worden:

1) Problemfeld Herzkreislaferkrankungen 265x

davon:

| | |
|--|-----|
| - Bluthochdruck | 93x |
| - Herzkranzgefäßerkrankungen | 61x |
| - Herzinsuffizienz | 28x |
| - Herzinfarkt bzw. Folgezustände | 32x |
| - Herzrhythmusstörungen | 21x |
| - Kreislauf labilität | 14x |
| - Herzschrittmacherträger | 4x |
| - Z. n. Herztransplantation | 1x |
| - sonstige Herzerkrankungen (u. a. Erkrankungen der Herzklappen) | 11x |

2) Problemfeld Einschränkung / Behinderung 165x

(gerichtsärztliche Beurteilung einer *möglichen* Einschränkung der Lebensvollzüge durch vorübergehende oder chronische gesundheitliche Störungen; z. T. als Nebenfunde zu werten)

davon:

| | |
|--|-----|
| - Unfall- / Gewaltfolgen in ihrer Auswirkung | 38x |
| - Allgemeinzustand reduziert | 34x |
| (darunter 1x Z. n. Hungerstreik) | |
| - Adipositas (starkes Übergewicht) | 33x |
| - vegetative Dystonie / psychosomatische Leiden | 21x |
| - allg. Probleme bei Z. n. Operation | 14x |
| - Hernien („Bruchleiden“) | 5x |
| - erhebliche Augenleiden | 4x |
| - Blindheit | 3x |
| - Ekzeme / erhebliche Hautveränderungen | 3x |
| (darunter einmal Befall mit Krätzmilben) | |
| - Rollstuhlspflichtigkeit (als alleiniges Problem) | 2x |
| - erhebliche Unterschenkelödeme | 2x |
| - Gebisschäden (schwerere) | 2x |
| - erhebliche Schwerhörigkeit | 1x |
| - Dupuytrensche Kontraktur | 1x |
| - Zysten in den weibl. Brüsten beidseits | 1x |
| - Atherom der Kopfhaut | 1x |

3) Problemfeld Infektionserkrankungen 108x

davon:

| | |
|---|-----|
| - aktuell banaler Infekt vorliegend | 77x |
| - schwerere Infektionen (ohne Lungenentzündung) | 13x |
| - HIV bzw. Aids | 9x |
| - Abszesse und Weichteilinfektionen | 5x |
| - Lungentuberkulose | 3x |
| - Darmtuberkulose | 1x |

4) Problemfeld neurologische Leiden **103x**

davon:

- Schlaganfall bzw. Folgezustände..... 32x
- Demenz oder hirnorganisches Psychosyndrom 20x
(darunter 6x speziell Cerebralsklerose genannt)
- chronische Schmerzen 15x
- Migräne 6x
- Krampfanfallsleiden 5x
- Hörsturz 2x
- Morbus Parkinson..... 2x
- Multiple Sklerose..... 2x
- Querschnittslähmung 2x
- Amyotrophe Lateralsklerose 1x
- sonstige neurologische Störungen 16x

5) Problemfeld orthopädische Leiden **90x**

davon:

- Wirbelsäulenleiden 47x
- chronische Knochenerkrankungen..... 4x
- Hüftdysplasie 1x
- sonstige Störungen des Bewegungsapparates
(insbes. Gelenkerkrankungen)..... 38x

6) Problemfeld gastroenterologische Erkrankungen **87x**

(mit Speiseröhrenerkrankungen)

davon:

- Geschwüre u. chron. Entzündungen im Darm..... 20x
- Leberentzündung..... 12x
(darunter 1x Nebenwirkungen einer Interferontherapie)
- sonstige Leberfunktionsstörungen 9x
- Magenschleimhautentzündungen 9x
- Gallenerkrankungen..... 8x
- Z. n. Magenoperation 7x
- Z. n. Darmoperation 6x
- Entzündung der Bauchspeicheldrüse 6x
- Hiatushernie 4x
- chron. Speiseröhrentzündung..... 3x
- Z. n. Blutung aus oberem Magendarmtrakt 2x
- Z. n. Eradikation eines Helicobacter pylori-Keims..... 1x

7) Problemfeld Atemorganerkrankungen **83x**

(ohne Krebsleiden)

davon:

- obstruktive Störungen (Asthma bzw. COPD)..... 29x
- chronische Bronchitis..... 14x
- Lungenemphysem 9x
- akute Bronchitis..... 8x
- Lungenentzündung 6x
- Schlafapnoesyndrom (Sauerstoffmangelfolgen)..... 3x
- rezidivierende Lungenembolien..... 2x
- Spontanpneumothorax („Lungenriss“)... 2x
- sonstige Lungenfunktionseinschränkungen 10x

| | |
|--|------------|
| 8) Problemfeld internistische Erkrankungen | 58x |
| davon: | |
| - Diabetes mellitus | 43x |
| - Schilddrüsenerkrankungen | 9x |
| - Fettstoffwechselstörungen | 6x |
| | |
| 9) Problemfeld psychiatrische Auffälligkeit | 55x |
| (psychiatrische Störungen, die in der Untersuchung als Nebenbefund zu erheben waren) | |
| | |
| 10) Problemfeld Suchtleiden | 54x |
| davon: | |
| - Betäubungsmittelkonsum (BTM / „Rauschgift“)..... | 20x |
| - Problematik der Substitution BTM-Abhängiger..... | 14x |
| - Alkoholmissbrauch..... | 13x |
| - Polytoxikomanie (Mischformen der Sucht)..... | 7x |
| | |
| 11) Problemfeld Krebserkrankungen | 40x |
| davon: | |
| - Bronchialkrebs | 8x |
| - Blasenkrebs | 6x |
| - Magenkrebs..... | 4x |
| - Problematik laufender Chemotherapie..... | 3x |
| - Lymphom..... | 2x |
| - Bauchspeicheldrüsenkrebs | 1x |
| - Prostatakrebs (Karzinom) | 1x |
| - Immunsuppression bei Z. n. Stammzell- transplantation..... | 1x |
| - sonstige Tumorleiden ohne nähere Bezeichnung bei z. T. noch laufender Abklärung | 14x |
| | |
| 12) Problemfeld urolog.-nephrologische Leiden | 34x |
| davon: | |
| - Nierenleiden | 13x |
| - Leiden harnableitender Organe (mit Prostata) | 13x |
| - Z. n. Nierentransplantation | 3x |
| - Harninkontinenz | 3x |
| - Hydrozele (sog. Wasserbruch im Hodensack)..... | 2x |
| | |
| 13) Problemfeld Gefäßerkrankungen | 21x |
| davon: | |
| - Krampfaderleiden bzw. Thrombosen | 8x |
| - arterielle Durchblutungsstörungen | 7x |
| - Aortenaneurysma (Gefährlichkeit abschätzen) | 4x |
| - Z. n. peripherer Gefäßoperation | 1x |
| - Hämorrhoiden | 1x |
| | |
| 14) Problemfeld Schwangerschaft | 12x |
| (zum Verhandlungszeitpunkt schwanger; Abschätzen möglicher Risiken) | |
| | |
| sonstige Problematik | 1x |
| - Z. n. Geschlechtsumwandlung | |

IV.5.3.b Haftfähigkeitsuntersuchungen: Auflistung medizinischer Problemfelder

In den ausgewerteten Untersuchungen auf Haftfähigkeit sind die folgenden insgesamt 641 Befunde dokumentiert worden:

1) Problemfeld Herzkreislaufferkrankungen 158x

davon:

- Bluthochdruck 45x
- Herzkranzgefäßkrankungen 35x
- Herzinsuffizienz 22x
- Herzinfarkt bzw. Folgezustände 12x
- Herzrhythmusstörungen 12x
- Kreislauf labilität 8x
- Herzschrittmacherträger 4x
- Z. n. Herztransplantation 1x
- akute Herzbeutelentzündung 1x
- sonstige Herzerkrankungen (u. a. Erkrankungen der Herzklappen) 18x

2) Problemfeld Einschränkung / Behinderung 105x

(gerichtsärztliche Beurteilung einer *möglichen* Einschränkung der Lebensvollzüge durch vorübergehende oder chronische gesundheitliche Störungen; z. T. als Nebenfunde zu werten)

davon:

- Allgemeinzustand reduziert 25x
(darunter 1x krankenhauspflichtiger Zustand bei Multiorganversagen bei Z. n. Suizidversuch)
- Adipositas (starkes Übergewicht) 23x
- allg. Probleme bei Z. n. Operation 14x
- Unfall- / Gewaltfolgen in ihrer Auswirkung 13x
- Hernien („Bruchleiden“) 10x
- erhebliche Augenleiden 5x
- Ekzeme / erhebliche Hautveränderungen 4x
- Rollstuhlpflichtigkeit (als alleiniges Problem) 3x
- Ernährung mittels Magensonde (PEG) nötig 1x
- Blindheit 2x
- vegetative Dystonie / psychosomatische Leiden 1x
- erhebliche Lymphabflussstörungen 2x
- Gebisschäden (schwerere) 1x
- erhebliche Schwerhörigkeit 1x
- Phimose (Vorhautverengung) 1x

3) Problemfeld orthopädische Leiden 60x

davon:

- Wirbelsäulenleiden 27x
(darunter 1x in Kombination mit Hüftdysplasie)
- Osteoporose 1x
- sonstige Störungen des Bewegungsapparates
(insbes. Gelenkerkrankungen) 32x

4) Problemfeld gastroenterologische Erkrankungen 47x

(mit Speiseröhrenerkrankungen)

davon:

- Leberfunktionsstörungen 12x
- Leberentzündung 10x
- Geschwüre u. chron. Entzündungen im Darm 8x

| | |
|--|----|
| - Gallenerkrankungen..... | 4x |
| - Z. n. Magenoperation | 4x |
| - chron. Speiseröhrentzündung..... | 3x |
| - Krampfadern der Speiseröhre (Blutungsgefahr) | 2x |
| - chronisches Verstopfungsleiden | 2x |
| - Magenschleimhautentzündungen..... | 1x |
| - sonstiges, nicht näher benanntes „Magenleiden“ | 1x |

5) Problemfeld internistische Erkrankungen **46x**

davon:

| | |
|---|-----|
| - Diabetes mellitus..... | 28x |
| - Fettstoffwechselstörungen | 8x |
| - Störung im Harnsäurehaushalt (Gicht)..... | 4x |
| - Schilddrüsenerkrankungen | 2x |
| - Stoffwechselentgleisungen generell | 1x |
| - chronische Nebenniereninsuffizienz..... | 1x |
| - essentielle Thrombozythämie..... | 1x |
| - Wegenersche Granulomatose..... | 1x |

6) Problemfeld Atemorganerkrankungen **45x**

(ohne Krebsleiden)

davon:

| | |
|--|-----|
| - obstruktive Störungen (Asthma bzw. COPD)..... | 14x |
| - chronische Bronchitis..... | 8x |
| - Lungenemphysem | 4x |
| - Lungenentzündung | 4x |
| - Abszesse in der Lunge..... | 2x |
| - akute Bronchitis..... | 2x |
| - Schlafapnoesyndrom (Atemmaske nachts nötig)..... | 2x |
| - rezidivierende Infekte der oberen Atemwege | 1x |
| - sonstige Lungenfunktionseinschränkungen | 8x |

7) Problemfeld neurologische Leiden **31x**

davon:

| | |
|---|-----|
| - chronische Schmerzen | 9x |
| (darunter 2x als chron. Kopfschmerz) | |
| - Demenz oder hirnorganisches Psychosyndrom | 7x |
| (darunter 2x speziell Cerebralsklerose genannt) | |
| - Schlaganfall bzw. Folgezustände..... | 6x |
| - Krampfanfallsleiden | 2x |
| - Muskelschwund | 1x |
| - sonstige neurologische Störungen | 13x |

8) Problemfeld urolog.-nephrologische Leiden **30x**

davon:

| | |
|--|-----|
| - Nierenleiden | 17x |
| - Leiden harnableitender Organe (mit Prostata) | 12x |
| - Z. n. Nierentransplantation | 1x |

9) Problemfeld Suchtleiden **29x**

davon:

| | |
|--|-----|
| - Betäubungsmittelkonsum (BTM / „Rauschgift“)..... | 11x |
| - Alkoholmissbrauch..... | 7x |

- Medikamentenabhängigkeit..... 6x
- Problematik der Substitution BTM-Abhängiger..... 5x

10) Problemfeld psychiatrische Auffälligkeit 28x

(psychiatrische Störungen, die in der Untersuchung als Nebenbefund zu erheben waren)

11) Problemfeld Krebserkrankungen 27x

davon:

- Darmkrebs..... 3x
- Problematik laufender Chemotherapie..... 3x
- Bronchialkrebs 2x
- Speiseröhrenkrebs 2x
- Hautkrebs..... 1x
- Z. n. Kehlkopfkrebs (Spracheinschränkung)..... 1x
- sonstige Tumorleiden ohne nähere Bezeichnung
bei z. T. noch laufender Abklärung 15x

12) Problemfeld Infektionserkrankungen 17x

davon:

- Abszesse und offene Hautentzündungen 5x
- HIV bzw. Aids 4x
- Lungentuberkulose 3x
- aktuell banaler Infekt vorliegend..... 2x
- Darmtuberkulose 1x
- Knochenentzündung 1x
- Z. n. Sepsis („Blutvergiftung“) 1x

13) Problemfeld Gefäßerkrankungen 14x

davon:

- Krampfaderleiden bzw. Thrombosen 5x
- arterielle Durchblutungsstörungen 4x
- allgemein Arteriosklerose 4x
- Z. n. Gefäßoperation im Leistenbereich..... 1x

14) Problemfeld Schwangerschaft 3x

(zum Haftantrittszeitpunkt schwanger; Abschätzen möglicher Risiken)

sonstige Problematik 1x

- leichte geistige Behinderung
(relevant für alltägliche Lebensvollzüge)

IV.5.3.c Arbeitsfähigkeitsuntersuchungen: Auflistung medizinischer Problemfelder

Was die vom Gerichtärztlichen Dienst durchzuführenden Untersuchungen auf Arbeitsfähigkeit betrifft, so sind in den ausgewerteten Gutachten die folgenden insgesamt 74 Befunde dokumentiert worden:

1) Problemfeld orthopädische Leiden 22x

davon:

- Wirbelsäulenerkrankungen 13x
(darunter 1x speziell Morbus Scheuermann)
- Meniskusschäden 3x
- Unfallfolgen mit orthopäd. Problematik 2x
- Kniearthrose mit Z. n. Operation 1x
- Z. n. Operation einer Baker-Zyste 1x
- Osteoporose; schwere mit Knochenbrüchen 1x
- Schulter-Arm-Syndrom 1x

2) Problemfeld internistischer Erkrankungen 14x

davon:

- Fettstoffwechselstörungen 8x
- Diabetes mellitus 3x
(darunter 1x bereits mit Folgeschäden)
- Störung im Harnsäurehaushalt (Gicht) 1x
- chronische Nebenniereninsuffizienz 1x
- Thrombozytopenie 1x

3) Problemfeld Herzkreislaferkrankungen 8x

davon:

- Bluthochdruck 5x
- Herzinsuffizienz 3x
(darunter 1x speziell dilatative Kardiomyopathie)

4a) Problemfeld neurologische Leiden 7x

davon:

- chronische Schmerzen 3x
- TIA-Syndrom (Hirndurchblutungsstörung) 1x
- Halbseitenlähmung nach Schlaganfall 1x
- Gedächtnisstörung nach Schlaganfall 1x
- Muskelerkrankung (Kraft u. Koordination gestört) 1x

4b) Problemfeld gastroenterologische Erkrankungen 7x

(mit Speiseröhrenerkrankungen)

davon:

- chron. Leberentzündung 2x
(darunter 1x Nebenwirkungen einer Interferontherapie)
- Leberzirrhose 1x
- Leberzysten 1x
- rezidivierende Magen-Darminfekte 1x
- Refluxerkrankung 1x
- Z. n. Magenoperation (in früher Kindheit) 1x

| | |
|--|-----------|
| 5) Problemfeld Einschränkung / Behinderung | 5x |
| davon: | |
| - Adipositas | 2x |
| - Z. n. Milzriss (operativ entfernt) | 1x |
| - Schwerhörigkeit | 1x |
| (nach Misshandlung durch Ehemann) | |
| - Rollstuhlpflichtigkeit | 1x |
| | |
| 6) Problemfeld Atemorganerkrankungen | 3x |
| davon: | |
| - Asthma bronchiale | 1x |
| - chronische Bronchitis | 1x |
| - Allergie auf Stäube | 1x |
| | |
| 7a) Problemfeld Infektionserkrankungen | 2x |
| davon: | |
| - fieberhafter Infekt | 1x |
| (Arbeitsunfähigkeitsattest zur Überprüfung) | |
| - Unterschenkelgeschwüre | 1x |
| | |
| 7b) Problemfeld psychiatrische Auffälligkeit | 2x |
| davon: | |
| - reaktive Depression | 1x |
| - psychische Überlastung | 1x |
| (Arbeit nur noch halbtags möglich) | |
| | |
| 7c) Problemfeld urolog.-nephrologische Leiden | 2x |
| davon: | |
| - Niereninsuffizienz | 1x |
| - Harnverhalt | 1x |
| | |
| 8a) Problemfeld Krebserkrankungen | 1x |
| - Nierenkarzinom | |
| (Z. n. Operation; Verdacht auf Tumorrezidiv) | |
| | |
| 8b) Problemfeld Suchtleiden | 1x |
| - Alkoholmissbrauch („berufshindernd“) | |

IV.5.4 Häufigkeit bestimmter Problematiken und Charakteristika

Ohne die Art der gerichtsärztlichen Untersuchungen zu unterscheiden, ergeben sich für die Gesamtsummen der zu bearbeitenden Problemfelder bei insgesamt 1891 dokumentierten, von Probanden geltend gemachten gesundheitlichen Störungen die im Diagramm in *Abbildung 22* in Form von Balken dargestellten Mächtigkeiten. Jede Nennung ist auf ein Auftauchen der Problematik bei einem gerichtsärztlichen Untersuchungsauftrag bezogen; dabei kann nicht nur, wie geschildert, ein Proband zugleich mehrere gesundheitliche Probleme aufweisen, auch kann ein Proband in der Gesamtzählung mit derselben Problematik zweimal auftauchen. So taucht der Proband, dessen Schlafapnoesyndrom -

hinsichtlich seiner Auswirkungen durch nächtlichen Sauerstoffmangel auf die Konzentrationsfähigkeit am Tage – im Zusammenhang mit einer Verhandlungsfähigkeitsprüfung gerichtsärztlich zu beurteilen war, später auch wieder bei den entsprechenden Haftfähigkeitsprüfungen auf, als sich nach seiner Verurteilung die Frage stellte, ob das ihm ärztlich angewiesene nächtliche Schlafen mit einer so genannten Überdruckmaske unter Haftbedingungen möglich sei (was im übrigen sehr wohl in einem Haftraum möglich ist). – Nichtsdestotrotz handelt es sich um zwei verschiedene gerichtsärztliche Untersuchungen, zudem mit verschiedener inhaltlicher Ausrichtung bei unterschiedlich akzentuierter Fragestellung durch Gericht beziehungsweise Staatsanwaltschaft, so dass sie auch beide in die Zählung eingehen.

Wie das Diagramm in *Abbildung 22* zeigt, gibt es deutliche Unterschiede der Häufigkeit auftauchender Problematiken, was auch der Alltagswahrnehmung der Gerichtsärzte entspricht, die in diesem Bereich tätig sind. Mit 431 Fällen rangiert dabei das Problemfeld der *Herz-Kreislauf-erkrankungen* sichtlich an erster Stelle (wobei 35 Fälle von Gefäßerkrankungen, die bisweilen in medizinischen Statistiken unter dem Stichwort der kardiovaskulären Erkrankungen mit dazu gezählt werden, hier sogar noch davon abgetrennt einzeln aufgeführt werden!). Mit etwa 22,8 Prozent stellen also Herz-Kreislauf-erkrankungen in diesem Bereich gerichtsärztlicher Tätigkeit fast ein Viertel der zu beurteilenden Fälle dar. Eher überraschend für die alltägliche Wahrnehmung gerichtsärztlich Tätiger ist dagegen, dass Sucht-erkrankungen mit 84 Fällen im Zehnjahreszeitraum 1995 bis 2004 nur einen Platz am unteren Rand des Mittelfeldes einnehmen. Sie sind damit ähnlich häufig wie etwa die 85 Fälle, in denen bei den somatisch ausgerichteten Untersuchungen der Gerichtsärzte auch psychiatrische Auffälligkeiten zu verzeichnen waren. Spontan zu einer Einschätzung aufgefordert, wurde den Sucht-erkrankungen seitens der Gerichtsärzte vorab ein anderer Stellenwert zugetraut. Dies mag damit in Zusammenhang stehen, dass in der übrigen Arbeit in einem rechtsmedizinischen Institut einer Großstadt wie Hamburg Suchtproblematiken, insbesondere auch Rauschgift-delikte, einen großem Raum einnehmen und somit den Fokus der Aufmerksamkeit auf sich ziehen. Für Fragen der Verhandlungsfähigkeit spielen Aspekte einer Sucht (vordringlich Betäubungsmittel und Alkohol, aber auch Medikamentenabhängigkeiten) jedoch eine viel geringe Rolle als erwartet. Mit 54 von 1176 Fällen bei Verhandlungs- und Reisefähigkeits- (knapp 4,6 Prozent) beziehungsweise 29 von 641 Fällen bei Haftfähigkeitsprüfungen (gut 4,5 Prozent) sind diese Aspekte nicht erstrangig; ein Fall fand sich zudem unter den Arbeitsfähigkeitsprüfungen. Dies kann sich einerseits aus der oft erstaunlich weitgehend erhaltenen „Alltagsfähigkeit“ von Sucht-erkrankten erklären, die ihnen auch eine Teilnahme an gerichtlichen Verhandlungen sehr wohl ermöglicht. Andererseits sind die Phänomene eines Entzugs-syndromes bei Antritt einer Haft durch die entsprechend qualifizierte Medizin im Strafvollzug mit medikamentengestützter Entgiftung gut zu bewältigen, sofern sie nicht wie im Falle der Substitutionstherapie von Opiat-abhängigen durch kontrollierte Opioidgabe gar nicht erst eintreten. Mit dem schon in Abschnitt *IV.4.2.c* vorgestellten Zentralkrankenhaus der Hamburger Justizbehörde sind unter stationären Bedingungen auch schwierigere methadongestützte Heroi-entzüge und komplizierte, delirant verlaufende Alkohol-entzüge angemessen therapierbar. Ob dabei ein direkter Zusammenhang zu der im Vergleich etwa zu Herz-erkrankten relativ selten geltend gemachten Haft-unfähigkeit durch Sucht-erkrankte zu sehen ist, oder ob Süchtige schlicht ihre Problematik an sich – in Scham beziehungsweise Selbstverken- nung – eher seltener thematisieren, mag an dieser Stelle

offen bleiben. Unter der deliktbezogenen Betrachtungsweise des Exkurses in Kapitel IV.8 gehören jedenfalls Suchterkrankte nicht unbedingt zu einer Gruppe von Straftätern, die besonders häufig dazu tendieren, ihre gesundheitlichen Beschwerden vor Gericht und Staatsanwaltschaft im Sinne von Verhandlungs- oder Haftfähigkeit geltend zu machen. (Die Praxis zeigt, dass Betäubungsmittelabhängige viel häufiger unter prinzipieller Anerkennung von Verhandlungs- und Haftfähigkeit bei der Vollstreckungsbehörde ihrer Sucht wegen nach dem Prinzip „Therapie statt Strafe“ anstreben, statt der Haft eine stationäre Entzugsbehandlung aufnehmen zu dürfen, wie der Paragraph 56c des Strafgesetzbuches es im Sinne einer Strafaussetzung zur Bewährung ausdrücklich vorsieht).

Führen in der Häufigkeit, wie geschildert, die Herzkreislauferkrankungen, so folgt abgesehen von der, was die zu Grunde liegenden gesundheitlichen Störungen angeht, bunt gemischten Gruppe gerichtsärztlich einzuschätzender Behinderungen und Einschränkungen alltäglicher Lebensvollzüge aller Art (275 Fälle), mit 172 Fällen auf Rang drei das Problemfeld *orthopädischer* Leiden. Es schließt sich dann gewissermaßen ein Mittelfeld von Thematiken an, die je eine Mächtigkeit von zwischen knapp 120 bis gut 140 Fällen im dokumentierten Material des untersuchten Zehnjahreszeitraumes aufweisen.

Die Akzentuierung, welchen Rang ein Problemfeld einnimmt, ist für die einzelnen Arten gerichtsärztlicher Untersuchungen im Detail verschieden. Entsprechend wie in der Auflistung der gesundheitlichen Störungen vorab gegliedert, visualisieren die drei Diagramme in den *Abbildungen 23 bis 25* die Häufigkeitsanteile in Form von Kreissegmenten unterschieden nach Terminfähigkeits-, Haftfähigkeits- und Arbeitsfähigkeitsuntersuchungen. Was die Prüfung der Terminfähigkeit und der Haftfähigkeit (vgl. *Abbildung 23 und 24*) angeht, so sind auch hier die *Herzkreislauferkrankungen* der Spitzenreiter mit 265 von 1176 Nennungen (= gut 22,5 Prozent) beziehungsweise mit 158 von 641 Nennungen (= gut 24,6 Prozent). Es folgt die gerichtsärztliche Beurteilung möglicher Behinderung und Einschränkung der alltäglichen Lebensvollzüge durch Probleme aller Art vom reduzierten Allgemeinzustand, durchgemachten Unfällen und Operationen über Rollstuhlpflichtigkeit und Blindheit bis hin zu irrelevanten Nebenbefunden. Gut 14,1 Prozent (= 166 von 1176 Fällen) der bei den Terminfähigkeits- beziehungsweise gut 16,4 Prozent (= 105 von 641 Fällen) der den Haftfähigkeitsprüfungen aufgefallenen gesundheitlichen Problematiken werden davon ausgemacht. Interessant ist sodann, dass die mit etwa 9,2 Prozent rangdritte Problematik bei Terminfähigkeitsprüfungen, nämlich die der *Infektionserkrankungen* mit 108 von 1176 Fällen, für die Frage der Haftfähigkeit mit etwa 2,7 Prozent bei absolut 17 von 641 Fällen keine so große Rolle spielt. Dies ist verständlich, berücksichtigt man den hohen Anteil gerichtsärztlich zu untersuchender an sich banaler, rasch abklingender akuter Infektionen bei den Terminfähigkeitsuntersuchungen, die mit 77 von insgesamt 108 zu untersuchenden Infektionsfällen 71,3 Prozent, mithin beinahe drei Viertel, dieser Fälle im untersuchten Zeitraum ausmachten. Spielt ein akuter Infekt für die oft tagesaktuell zu stellende Frage insbesondere der Verhandlungsfähigkeit verständlicherweise eine große Rolle, so ist auch deutlich, dass er vor dem Hintergrund der Frage, ob die Vollziehung einer Haftstrafe aus medizinischen Gründen möglich sei, kaum ins Gewicht fallen dürfte. In den zehn Jahren von 1995 bis 2004 stellte sich nur zweimal die Frage, ob bei einer akuten Infektion der *Antritt* einer Haftstrafe möglich sei. Auf Rang drei der Problematik steht bei den Haftfähigkeitsprüfungen vielmehr die Frage der Relevanz eines *orthopädischen* Leidens (bei 60 von 641 Fällen mit einem Prozentanteil von

9,4). Hier geht es häufig um die Frage, ob sich ein chronisches Leiden in der Haft verschlechtere, weil bestimmte, vom Probanden für medizinisch notwendig erachtete Therapieansätze im Strafvollzug nicht möglich seien. So machte 1995 ein Verurteilter geltend [53], er benötige stetig eine spezielle Form der Wassergymnastik, die bei an sich gutem Angebot der physiotherapeutischen Abteilung des Zentralkrankenhauses der Hamburger Justizbehörde jedoch nicht angeboten werden kann. (Wobei hier die Entscheidung, ob herkömmliche Krankengymnastik zur Verhinderung einer Verschlechterung ausreiche oder tatsächlich die besondere Anwendung medizinisch notwendig sei, die Kompetenz des Gerichtsarztes überstieg und einen fachärztlichen Gutachter aus der Orthopädie nötig machte; zur Problematik der fachärztlichen Anschlussgutachten vgl. Kapitel IV.6) – Insgesamt stehen bei der Frage der Haftfähigkeit tendentiell eher chronische Leiden im Vordergrund beziehungsweise Zustände, die sich nicht zeitnah ändern. So stellte sich bei den Verhandlungsfähigkeitsprüfungen zwölfmal die Frage, ob schwangeren Frauen aus der Teilnahme an der Verhandlung ein Risiko erwachse, während nur dreimal eine Schwangere vor dem Hintergrund einer anzutretenden Haftstrafe zu untersuchen war. In vielen Fällen kann einfach durch die Vollstreckungsbehörde der Antritt der Haftstrafe bis in die Zeit nach einer Schwangerschaft verschoben werden.

Chronische Leiden stehen verständlicherweise auch im Vordergrund bei der gerichtsärztlich zu prüfenden Arbeitsfähigkeit (vgl. das Diagramm in *Abbildung 25*). Hier bilden sogar die *orthopädischen* Leiden mit 22 von 74 Fällen bei etwa 29,7 Prozent knapp ein Drittel der dokumentierten Fälle und stehen auf Rang eins vor *internistischen* chronischen Krankheitsbildern. Die *Herz-Kreislauf-Erkrankungen* bilden hier mit 8 von 74 Fällen (= etwa 10,8 Prozent) sodann nur den dritten Rang und sind kaum häufiger als *neurologische* Leiden und *gastroenterologische* Erkrankungen mit je 7 von 74 Fällen (= je etwa 9,5 Prozent).

Weitere Details der Häufigkeit, mit der bei den verschiedenen Arten gerichtsärztlicher Untersuchungen medizinische Problemfelder zu bearbeiten waren, sind den entsprechenden Diagrammen in den *Abbildungen 23 bis 25* zu entnehmen. – An dieser Stelle soll abschließend vielmehr in der Gesamtperspektive ohne Unterscheidung, ob Termin-, Haft- oder Arbeitsfähigkeit zu prüfen war, aufgezeigt werden, welche *speziellen Krankheitsbilder* den gerichtsärztlichen Gutachtern besonders häufig begegnet sind. Im Diagramm in *Abbildung 26* veranschaulichen Häufigkeitsbalken die absoluten Anzahlen der zwölf häufigsten einzelnen gesundheitlichen Störungen, die im fraglichen Untersuchungszeitraum zu verzeichnen waren (die in sich sehr inhomogenen Gruppen der psychiatrischen Problematiken sowie der Unfall- und Gewaltfolgen hier einmal im Sinne einer singulären gesundheitlichen Störung gewertet wie zum Beispiel die arterielle Hypertonie). Das am meisten in Erscheinung getretene Krankheitsbild unter den von Angeklagten und Verurteilten geltend gemachten ist dabei der *Bluthochdruck* mit 143 Fällen im untersuchten Zeitraum. Deutlich geringer, nämlich insgesamt schon unter der Grenze von einhundert Fällen bleibend, liegt auf Rang zwei mit 96 Nennungen die so genannte *koronare Herzerkrankung*, die mangelnde Durchblutung des Herzmuskels bei geschädigten Herzkranzgefäßen (eine eingetretene Schwächung des Herzmuskels im Sinne der *Herzinsuffizienz* trat mit 53 Fällen auch noch relativ häufig auf, liegt aber gleichrangig mit den ebenso häufigen zu beurteilenden Unfall- und Gewaltfolgen auf dem neunten Rang).

Wie im Diagramm in *Abbildung 26* zu erkennen, folgen auf die Erkrankungen der Herzkranzgefäße die *Wirbelsäulenleiden* mit 87 Fällen auf Rang drei, und danach – beinahe ebenso häufig mit 85 Fällen – die *psychiatrischen Problematiken*. Mit 80 Fällen stellen sodann die *banalen Infekte* eine immer noch recht häufig vertretene gesundheitliche Störung dar, der gerichtsärztlicherseits Aufmerksamkeit zu widmen war. Weitere Details können dem Diagramm in *Abbildung 26* entnommen werden, etwa der recht häufige, oft im Sinne einer nicht bedeutsamen Nebendiagnose, aber bisweilen auch als für Fragen der Transportfähigkeit durchaus relevante Aspekt der adipösen Steigerung des Körpergewichtes mancher Probanden.

Auch bezüglich der gerichtsärztlich zu untersuchenden Gesundheitsstörungen soll vergleichend die Studie von Naeve und Becker betrachtet werden, - freilich nur schlaglichtartig kurz. Der Vergleich zum Spektrum der in den 1960er und beginnenden 1970er Jahren zu begutachtenden Erkrankungen weist nämlich auf, dass sich die thematisierten Problemfelder im Wesentlichen kaum verändert haben. In den ausgewerteten 1896 Gutachten der Jahre 1963 bis 1971 fanden die Autoren 2958 Gesundheitsstörungen genannt, die laut der gutachterlichen Aussagen tatsächlich vorgelegen haben und in ihrer Auswirkung auf die Haft-, Verhandlungs- und Arbeitsfähigkeit der jeweiligen Probanden einzuschätzen waren [54].

Wie Naeve und Becker feststellen, waren es „(...) vor allem Herz- und Kreislaufkrankungen, die gerichtsärztlich begutachtet werden mussten.“ [55] Insgesamt 915 Nennungen (= mithin gut 30,9 Prozent aller) zählen die Autoren für dieses medizinische Problemfeld. Wie eine in ihrem Beitrag wiedergegebene tabellarische Übersicht im einzelnen aufschlüsselt, fanden sich dabei 234 Fälle von arterieller Hypertonie, 219 Fälle waren allgemein den Herz-Kreislaufstörungen zuzurechnen, 107 mal lagen Myokardschäden verschiedener Art vor, weitere 65 Fälle waren speziell als Koronarerkrankungen ausgewiesen. - Wie die Autoren in ihrer Einschätzung anführen, spielen sodann auch Wirbelsäulenleiden für den gerichtsärztlichen Gutachter eine große Rolle. 194 Fälle degenerativer Wirbelsäulenerkrankungen zählt ihre Übersicht auf neben 49 Arthrosefällen, 20 chronischen Knochenerkrankungen, 129 Unfallfolgen und 44 sonstigen orthopädischen Erkrankungen. Auch organische und funktionelle Erkrankungen des Nervensystems (von Apoplex über Cerebralsklerose bis zu vegetativen Dystonien) beschäftigten die Gutachter in 266 Fällen. Ohne hier weiter ins Einzelne zu gehen, zeigt sich also wesentlich ein ähnliches Spektrum von gesundheitlichen Problematiken wie in den hier ausgewerteten Gutachten der Jahre 1995 bis 2004. Verschiebungen fanden allenfalls im Detail statt, so spielte die Lungentuberkulose mit 116 Fällen (neben sechs weiteren extrapulmonalen Tuberkulosefällen) noch eine größere Rolle im damaligen gerichtsärztlichen Untersuchungsgut. -

Wie geschildert (vgl. **III.1.2**), bietet Fritz Reuter in seinem „Lehrbuch der gerichtlichen Medizin“ von 1933 eine der in der Literatur sonst eher raren Aussagen zur Häufigkeit somatischen Erkrankungen, mit denen sich ein Gerichtsarzt bei Prüfungen der Haftfähigkeit konfrontiert sieht. Reuter nennt dabei als erstes die Lungentuberkulose um dann neben dieser sozusagen damals zeittypischen Breitenerkrankung organische Herzerkrankungen und Stoffwechselstörungen sowie nervöse Zustände als häufig zu begutachtende gesundheitliche Störungen aufzuzählen [56].

Naeve und Becker halten es im Übrigen für erwähnenswert, dass neben den häufig in der Bevölkerung vorkommenden Leiden dem Gerichtsarzt auch immer wieder einmal selten vorkommende Erkrankungen begegnen, wie Leberabszesse nach Amöbenruhr, Riesenzellarteriitis, Plasmocytom und andere [57]. Sie werten dies als Hinweis auf die breite Erstreckung des gerichtsärztlichen Begutachtungsspektrums und kommen insgesamt zu dem Schluss, dass die „(...) Qualifikation zum Gerichtsarzt eine gute allgemeinärztliche Ausbildung erfordert.“ [58]

IV.5.5 Allgemeinmedizinischer Charakter gerichtsärztlicher Tätigkeit

Betrachtet man die in *Abbildung 26* dargestellten häufigeren, aber auch viele in der oben wiedergegebenen Gesamtliste verzeichneten Krankheitsbilder, so kommt dem mit medizinischer Statistik Vertrauten die Schilderung nicht unbekannt vor. Ähnliche Auflistungen sind auch aus dem Bereich der allgemeinmedizinischen Tätigkeit bekannt.

Betrachtet man etwa die im Zusammenhang von Fragestellungen zur Krankheitshäufigkeit öfter zum Vergleich herangezogene Hochrechnung [59] aus einer Stichprobe der Versichertenunterlagen der Allgemeinen Ortskrankenkasse Dortmund aus den 1990er Jahren, tauchen ähnliche Krankheitsbilder in der Nennung auf. So sind etwa 35 Prozent der männlichen und fast 40 Prozent der weiblichen Bevölkerung in ärztlicher Behandlung wegen Erkrankungen aus dem so genannten rheumatischen Formenkreis. Mehr als 25 Prozent der Männer und etwas weniger als 30 Prozent der Frauen suchen einen Arzt wegen eines Rückenleidens auf. Weit mehr als zehn Prozent der Männer und beinahe 20 Prozent der Frauen stehen in Behandlung wegen eines Diabetes mellitus [60]. Ein ähnliches Bild gibt eine aktuellere Erhebung der Behandlungsfälle in Praxen von Allgemeinmedizinern und praktischen Ärzten im Bereich der Ärztekammer Nordrhein aus dem Jahr 2006 [61], auf die sich auch die Gesundheitsberichterstattung des Bundes in ihren statistischen Ausführungen bezieht. Unter den nicht weiter nach Geschlecht unterschiedenen Patienten stellt hier die arterielle Hypertonie den Behandlungsanlass Nummer eins dar, gefolgt von Störungen des Fettstoffwechsels und den Rückenschmerzen (ohne speziellere Erkrankungen der Wirbelsäule, die in dieser Erhebung eigens eine noch unter den ersten zehn der häufigsten Diagnosen liegende Gruppe bildet). Auf Rang vier wird die chronische Unterversorgung des Herzmuskels mit Sauerstoff genannt, mithin die Erkrankung der das Herz versorgenden Kranzgefäße, und auf Rang fünf der Diabetes mellitus. Adipositas stellt immerhin den siebthäufigsten Behandlungsanlass in den ausgewerteten hausärztlichen Praxen dar.

In der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, wie sie das Robert-Koch-Institut als Nachfolger des Bundesgesundheitsamtes in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt herausgibt [62], zeigt sich, dass trotz einer aktuellen Tendenz zur Verringerung die Herzkreislauferkrankungen, neben den Krebsleiden auf Rang zwei, noch immer die häufigste Todesursache in Deutschland darstellen (von 1990 bis 2004 betrug der Anteil an der Gesamtsterblichkeit für Herzkreislauferkrankungen bei Frauen 25,3 Prozent und bei Männern 29,4 Prozent). Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems rangieren in den Kosten, die sie im Gesundheitssystem erzeugen, unter allen Krankheitsgruppen auf Platz drei, verursachen die meisten Arbeitsunfähigkeitstage und sind der zweithäufigste Grund einer Frühberentung [63]. Ein starkes Übergewicht im Sinne der Adipositas ist mittlerweile bei etwa der Hälfte der Frauen und etwa zwei Dritteln der Männer in Deutschland zu diagnostizieren, wobei diese Bestimmung bezogen auf die Gesamtbevöl-

kerung in der Hinsicht zu differenzieren ist, dass wie in anderen Industrieländern auch Übergewicht beziehungsweise starkes Übergewicht besonders in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen zu finden ist [64].

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass das Spektrum der Krankheiten, die dem Gerichtsarzt in seiner praktischen Tätigkeit bei der Prüfung der Haft-, Termin- und Arbeitsfähigkeit begegnen, in etwa dem Spektrum der Krankheiten in den allgemeinmedizinischen Arztpraxen entspricht (was die Spitzenreiter der häufigen Erkrankungen betrifft, aber auch was die Tatsache betrifft, immer wieder einmal auch seltenen Krankheitsbildern zu begegnen). – Wie oben skizziert im Zusammenhang mit der nicht bestätigten Erwartung, besonders häufig auf Suchtproblematik insbesondere aus der „Rauschgiftszene“ zu treffen, bietet das Probandengut gerade kein typisch „gerichtsmedizinisch“ eingefärbtes Erkrankungsspektrum. In der Untersuchung der Probanden im gerichtlichen Auftrag hinsichtlich von Haft-, Termin- und Arbeitsfähigkeit begegnet dem Gerichtsarzt mit diesem delinquenten Teil der Bevölkerung offensichtlich ein Teil der Bevölkerung, der die gesundheitlichen Verhältnisse in der gesamten Bevölkerung widerspiegelt. Fast man sozialmedizinisch [65] das aus der Gesamtheit der krankmachenden Einflüsse, wie sie in der speziellen Situation einer Gesellschaft auf den einzelnen wirken, resultierende Ergebnis (also das konkrete Krankheitsspektrum, woran Individuen erkranken) im Falle unserer westlichen Gesellschaft als das Bündel der so genannten *Zivilisationskrankheiten* auf, so erhält man mutatis mutandis die hier als häufige gerichtsärztliche Problemfelder bestimmten gesundheitlichen Störungen. Auch in einer sozialmedizinischen Betrachtung, die jene einzelnen Leiden hervorhebt, die besonders durch ihre auf die Gesellschaft zurückwirkenden Momente im Sinne von Krankenstand, Heilbehandlungskosten, vorzeitiger Berentung und Sterblichkeit ins Gewicht fallen [66], tauchen wiederum unter anderem ischämische Herzkrankheiten, Bluthochdruck, rheumatische Leiden und Diabetes mellitus in den entsprechenden literarischen Ausführungen auf [67].

Der schon mehrmals angeklungene Vergleich des Gerichtsarztes, der Haft-, Termin- und Arbeitsfähigkeit zu prüfen hat, mit dem Allgemeinmediziner bezieht sich nicht nur auf das Feld der zu thematisierenden Erkrankungen. Definiert man den Allgemeinmediziner als interdisziplinär in der außerklinischen Krankenversorgung tätigen Arzt [68], so ergibt sich – legt man zu Grunde, dass er es vor allem mit den in einer Gesellschaft häufigen Krankheiten zu tun hat – in der Tat für sein Patientengut ein gleiches Krankheitsspektrum wie oben skizziert. Die Langzeitbetreuung seiner Patienten bringt es mit sich, dass sie sich an ihn wenden, wenn aktuell ein gesundheitliches Problem auftritt. Er hat es so mit banalen Infekten zu tun, die keiner großartigen medizinischen Intervention bedürfen und einem Arzt in einem spezialisierten Klinikbetrieb selten begegnen, aber im Alltag von Arbeit oder Schulbesuch Probleme mit sich bringen, für die der Hausarzt aufgesucht wird. (Wie unter der Frage der Verhandlungsfähigkeit gerade solche Aspekte banaler Infekte wichtig werden, wurde geschildert.) Der Allgemeinmediziner betreut seine Klientel nicht ausschnittshaft auf ein abstraktes Krankheitsbild reduziert. Er betreut gesunde wie kranke Menschen „(...) unabhängig von Alter und Geschlecht unter besonderer Berücksichtigung der Gesamtpersönlichkeit, der Familie und der sozialen Umwelt.“ [69] Ihm begegnen körperliche wie seelische Gesundheitsstörungen und er muss interdiszi-

plinäre Kenntnisse haben, nicht zuletzt auch, um zu erkennen, wann er einen Facharzt hinzuziehen muss, wobei ihm die Koordination der Betreuung vorbehalten bleibt.

Sieht man davon ab, dass der Allgemeinmediziner dies alles in der Hinsicht einer möglichst optimalen Therapiefindung betreibt, so wird deutlich, dass das vom gerichtsärztlich Tätigen erwartete Leistungsspektrum in Zusammenhang mit den Haft-, Termin- und Arbeitsfähigkeitsuntersuchungen eben nicht dem eingangs zu diesem Kapitel skizzierten gerichtsmedizinischen Spezialwissen aus Thanatologie und forensischer Traumatologie entstammt. – Der so im gerichtlichen oder staatsanwaltschaftlichem Auftrag Tätige muss sichtlich *allgemeinmedizinische* Qualifikationen mit sich bringen, will er für die von juristischer Seite gestellten Fragen hilfreiches Antwortmaterial liefern, das in der ärztlichen Einschätzung auch der gesundheitlichen Situation des betroffenen Probanden gerecht wird.

Kapitel IV.6 Fachärztliche Anschlussgutachten

IV.6.1 Moderne Medizin als „Facharztmedizin“

Eine bereits erwähnte Ähnlichkeit zwischen der allgemeinmedizinischen Tätigkeit und der Arbeit des Gerichtsarztes in Hinsicht auf die Prüfung der Haft-, Termin- und Arbeitsfähigkeit ist das fallweise Hinzuziehen eines Facharztes. Dieses Ratholen eines Arztes bei einem fachlich anders akzentuierten Kollegen ist üblich, auch wenn medizinische Laien oft zu meinen scheinen, jeder approbierte Arzt könne das gesamte medizinische Wissen überblicken. – Wohl jeder als Arzt Tätige kennt die berühmt-berüchtigten Fragen von Verwandten und Bekannten bei diversen Gelegenheiten, wenn „man“ die Chance ergreifen will, da man ja gerade mit einem Arzt spreche, endlich eine bohrende Frage zur eigenen Gesundheit zu stellen. Die Enttäuschung ist dann oft groß, falls der internistisch Tätige die Erfolgsaussichten eines bestimmten operativen Verfahrens, dem ein Betroffener sich unterziehen soll, nicht näher einzuschätzen gewillt ist oder ein Orthopäde einem geheimnisvollen Hautausschlag eher ratlos gegenübersteht. Seitdem noch an der Wende zum 20. Jahrhundert unter der herausgeberischen Leitung *Rudolf Virchows* – der, wie wohl in erster Linie Pathologe, seinerzeit durchaus den Ruf eines „Papstes der Medizin“ genoss [70] – der publikatorische Versuch unternommen wurde, jährlich in einem Band jeweils die „Fortschritte auf dem Gebiete der gesamten Medizin“ darzustellen [71], ist es mehr als deutlich geworden, dass ein Einzelner nicht mehr in der Lage ist, alle medizinischen Fachgebiete zu überblicken, geschweige denn sich in ihnen ein profundes Urteil erlauben zu können.

Prägt somit das Facharztwesen die gegenwärtige Medizin, ist dennoch der *Allgemeinmediziner* damit konfrontiert, dass er bei seinen Patienten, die ihn ohne „Vorsortierung“ wegen ihrer vielfältigen Beschwerden aufsuchen, übergreifend aus allen Fachgebieten mit Krankheitsbildern zu rechnen hat. Anders als im Fall des vormaligen praktischen Arztes früherer Zeit, also des Mediziners, der sich ohne an einer Klinik eine Facharztweiterbildung durchlaufen zu haben, in einer Praxis ohne fachärztliche Beschränkung niederließ, ist der Allgemeinmediziner, der heute im wesentlichen das Hausarztwesen vor Ort trägt, gemäß der Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern auch ein Facharzt. Er ist gewissermaßen der Facharzt für das Fachübergreifende; das Medizinstudium und seine allgemeinmedizinische Weiterbildungszeit nach dem Studium sollen

ihn dazu befähigen, angemessen zu erkennen, welche dieser Krankheiten er selbst diagnostizieren und therapieren kann, welche der Diagnose eines fachärztlichen Konsiliarius bedürfen, dann aber vom Hausarzt therapiert werden können und welche Krankheiten schließlich in ihrer Betreuung komplett in die Hände eines Facharztes gehören. Die Abgrenzung ist oft jeweils im einzelnen zu treffen und nicht pauschal nach Krankheiten möglich. So sollte jeder Mediziner in der Lage sein, bei einem EKG die Ableitung einer unauffälligen elektrischen Herzschrittkurve und die charakteristischen Veränderungen eines Herzinfarktes, der entsprechendes ärztliches Eingreifen erforderlich macht, zu erkennen. Es gibt aber im EKG auch Abweichungen von der Norm, die für den Nichtfachmann „drastisch“ in ihrer deutlichen Veränderung der Herzschrittkurve wirken, ohne eine größere Gefährdungssituation für den Patienten darzustellen, während eher weniger auffällige Veränderungen dem Kundigen Hinweis auf eine kardiale Bedrohungssituation zu geben vermögen. Die genaue Beurteilung derartiger Herzrhythmusstörungen, die als solche in ihrer Abweichung vom normalen EKG zwar jedem Mediziner auffallen sollten, ist damit eine Aufgabe für den fachärztlichen Kollegen, ohne dass jedoch deshalb grundsätzlich jede EKG-Befundung gleich eine fachärztliche Aufgabe zu sein hat.

IV.6.2 Facharztwissen bei gerichtsärztlichen Problemstellungen

Mit Ähnlichem sieht sich der Gerichtsarzt konfrontiert, der Probanden zu untersuchen hat, die bei Gericht und Staatsanwaltschaft gesundheitliche Probleme geltend machen. Seine Probanden sind genauso wenig „vorsortiert“ wie die Patienten in einer Hausarztpraxis und er muss abwägen, wann er fachärztlichen Rat hinzuziehen muss, um die Schwere beziehungsweise die konkreten Auswirkungen einer Erkrankung abschätzen zu können – vor dem Hintergrund der zu treffenden juristischen Entscheidung bezüglich Haft-, Termin- oder Arbeitsfähigkeit. Diese spezielle Ausrichtung der zu treffenden Diagnose auf eine nicht-medizinische Fragestellung muss als Dimension des diagnostischen Handelns dabei auch dem hinzugezogenen Facharzt bewusst sein. Wichtig ist, insbesondere bei Fragen der Haftfähigkeit in Zusammenhang mit chronischen Leiden des Bewegungsapparates, das medizinisch durchaus Wünschenswerte vom medizinisch Notwendigen zu unterscheiden. So wurde im bereits erwähnten Fall des Verurteilten, der geltend machte, eine spezielle Form der Wassergymnastik bei einer orthopädischen Erkrankung zu benötigen [72], keineswegs in Frage gestellt, dass eine solche Maßnahme dem Betroffenen wohlthuend erscheinen und so an und für sich ärztlicherseits empfohlen werden könnte. Fraglich war vielmehr, ob diese Anwendungen medizinisch unabweisbar *notwendig* seien, ob also ohne speziell diese Maßnahme die Erkrankung sich verschlimmern müsste. Aus fachärztlicher Einschätzung zeigte sich, dass physikalische Anwendungen beziehungsweise krankengymnastische Maßnahmen zwar sehr wohl als notwendig anzusehen waren, dass aber diese Abwendung einer Verschlechterung der chronischen Erkrankung des Bewegungsapparates ebenso in Form anderer, auch unter den Bedingungen des Strafvollzuges in Hamburger Justizvollzugseinrichtungen durchführbarer Maßnahmen aus orthopädisch-fachärztlicher Sicht möglich erschien. – Die Frage der Haftfähigkeit entschied sich hier also nicht an dem Punkt, ob die fragliche Anwendung eine wünschenswerte Wirkung habe oder nicht, sondern an der Unterscheidung zwischen ärztlicherseits Wünschenswerten und medizinisch Notwendigen. Ein nicht mit der Zielrichtung der juristischen Frage der Haftfähigkeit vertrauter Facharzt hätte daher sehr wohl ein aus ärztlicher Sicht nicht unsinniges, aber zur Entscheidung der Haftfähigkeitsfrage nicht weiterhelfendes Gutachten abliefern können, wenn er lediglich ausgeführt

hätte, inwieweit die vom Probanden geforderte Form der Wassergymnastik als wirkungsvoll angesehen werden könnte. Zum anderen musste der gutachtende Arzt hier genaue Kenntnis der vor Ort im Strafvollzug möglichen stationären Behandlungsmaßnahmen haben, da die Frage nach dem Gegebenensein der Haftfähigkeit nichts anderes ist als die Frage, ob einer Erkrankung im konkreten Fall mit den jeweils vorhandenen Möglichkeiten im Strafvollzug angemessen begegnet werden kann. – Der Gerichtsarzt, der ein fachärztliches Anschlussgutachten für nötig erachtet, muss bei der Auswahl des jeweiligen Facharztes, den er dem Gericht oder der Staatsanwaltschaft vorschlägt, auf diesen Aspekt der forensischen Beschlagenheit seines Kollegen achten.

Bereits erwähnt wurde die Tatsache, dass in manchen Fällen der Gerichtsarzt bezüglich seiner zu beurteilenden somatischen Fragestellung zwar kein fachärztliches Anschlussgutachten benötigt, dass aber bei seiner Untersuchung psychiatrische Auffälligkeiten zu bemerken waren, die ihn veranlassten, dem Gericht gegenüber zusätzlich eine psychiatrische Begutachtung nahezu legen (vgl. IV.2.3). Dies kam im untersuchten Zeitraum, wie bereits erwähnt, bei insgesamt 85 Probanden, die im Rahmen der gerichtsärztlichen Untersuchung entsprechende Auffälligkeiten zeigten, vierzehnmal vor. Diese zusätzlichen Begutachtungen stellen *keine* der hier zu thematisierenden fachärztlichen *Anschlussgutachten* dar, insofern für diese die Definition gelten soll, dass ein Gerichtsarzt ohne sie seine originäre Fragestellung nicht zu beantworten vermag. Das geforderte fachärztliche Anschlussgutachten soll sich also auf dieselbe Fragestellung beziehen, die dem Gerichtsarzt gestellt wurde, die er aber nicht aus seinem medizinischen Hintergrundwissen zu entscheiden vermochte.

Ein Beispiel für eine sozusagen nebenbefundlich bei der gerichtsärztlichen Untersuchung auffällig gewordene psychische Verfassung des Probanden ist etwa jener Fall, bei dem im Jahre 1998 ein vor dem Amtsgericht Hamburg wegen Körperverletzung angeklagter 37-jähriger Mann, der angeblich wegen eines grippalen Infektes nicht vor Gericht erscheinen konnte, im Rahmen eines Hausbesuchs in seiner Wohnung auf seine Verhandlungsfähigkeit untersucht werden sollte. Der Gerichtsarzt konnte keine somatische Einschränkung in irgendeiner Weise diagnostizieren. Es fiel jedoch auf, dass der aufbrausende Mann während der Untersuchung „lautstark pöbelte“ und zwar, wie das gerichtsärztliche Protokoll vermerkte, „gegen Drogenbosse, Nazis, Russen und Zuhälter“; ebenso thematisierte der auffällig erscheinende Mann erregt das Phänomen „vergifteter LSD-Eier“. Das Gericht folgte der Einschätzung des Gerichtsarztes, eine psychiatrische Begutachtung sei sinnvoll, zumindest insoweit, als dass der Mann auch ohne fachärztlich-psychiatrische Exploration bei Verdacht auf eine Psychose zunächst aktuell nicht für verhandlungsfähig gehalten wurde. Mit welchem Ergebnis sich dann eine psychiatrische Begutachtung durch einen entsprechenden Facharzt anschloss, geht aus den erhaltenen gerichtsärztlichen Unterlagen nicht hervor [73].

IV.6.3 Fachärztliche Anschlussgutachten 1995 bis 2004

Im untersuchten Zeitraum von 1995 bis 2004 konnten, wie geschildert, 641 Fälle gerichtsärztlicher Tätigkeit ausgewertet werden. Dabei ging in 98 Fällen aus den erhaltenen Unterlagen die Notwendigkeit einer zusätzlichen fachärztlichen Begutachtung zur Klärung der an den Gerichtsarzt gerichteten Fragestellung hervor. In gut 15 Prozent der Fälle reichten damit die gleichsam allgemeinmedizinischen Kenntnisse des Gerichtsarztes nicht aus, um eine ärztliche Einschätzung zu treffen, die tragfähig für die juristische Ent-

scheidung seien konnte. Im Zusammenhang dieser 98 Fälle gerichtsärztlich zu untersuchender Probanden wurden 106 fachärztliche Gutachten benötigt. Die Differenz zwischen der Zahl der betroffenen Probanden und der fachärztlichen Gutachten resultiert daraus, dass einzelne Probanden mehrere gesundheitliche Störungen ins Feld führten, die von verschiedenen Fachärzten zu untersuchen waren. Im einzelnen waren dies 57 Facharztgutachten bei 50 Probanden, die in Hinsicht auf Terminfähigkeit, und 46 Facharztgutachten bei 45 Probanden, die mit Blick auf Haftfähigkeit zu untersuchen waren. Hinzu kamen drei fachärztliche Gutachten bei drei Probanden, deren Arbeitsfähigkeit zu prüfen war.

Zum Vergleich ist anzuführen, dass bereits Naeve und Becker in ihrer Studie vom Beginn der 1970er Jahre darauf hin weisen, dass in „(...) Zweifelsfällen bzw. zur Abklärung der Befunde (...) nicht selten fachärztliche Untersuchungen und Beurteilungen erforderlich (...)“ waren [74]. Genau genommen registrierten die Autoren 131 fachärztliche Befundbeurteilungen beziehungsweise Begutachtungen, was bei 1896 damals in die Studie eingegangenen gerichtsärztlichen Gutachten mithin knapp sieben Prozent der Fälle ausmacht im Vergleich zu den knapp 15 Prozent Fällen mit fachärztlichem Anschlussgutachten des hier untersuchten Zeitraumes 1995 bis 2004. Naeve und Becker kennen, wie schon in Abschnitt **IV.4.2.a** erwähnt, nur Fälle, bei denen die „(...) abschließende gutachtliche Stellungnahme (...) unter Berücksichtigung der fachärztlichen Befundbeurteilung aber in Händen des Gerichtsarztes (...)“ [75] blieb. Eine solche Verfahrensweise findet sich zwar prinzipiell noch immer, gilt jedoch mittlerweile nicht mehr als strenger Grundsatz ohne Ausnahme. Im Untersuchungsgut des hier betrachteten Zehnjahreszeitraumes treten, wie bereits in der Darstellung der Ergebnisse der gerichtsärztlichen Untersuchungen thematisiert (vgl. **IV.4.2.a** und **IV.4.2.c**), regelmäßig auch Fälle auf, in denen der Gerichtsarzt unter Vorschlag eines geeigneten fachärztlichen Gutachters die weitere gutachtliche Tätigkeit ganz in die Hände des Fachkollegen abgibt. Dieser Facharzt formuliert dann auch die abschließende Stellungnahme für das Gericht; vor allem bei *kardiologischen* Fragestellungen kam dies im untersuchten Zeitraum vor.

Den überwiegenden Teil der 98 fachärztlichen Gutachten bildeten Anschlussgutachten in dem Sinne, dass sie auf Anregung des Gerichtsarztes erst zu erstellen waren. Die zuständige Behörde von Gericht beziehungsweise Staatsanwaltschaft beauftragte dann dazu einen vom Gerichtsarzt vorgeschlagenen Facharzt als Gutachter. Nur in einem Falle lagen die Verhältnisse anders [76]; im Jahre 2001 war ein 80 Jahre alter vor dem Landgericht Hamburg Angeklagter, bei dem vielfältige Vorerkrankungen vorlagen (unter anderem eine koronare Herzerkrankung und der Zustand nach erfolgreicher operativer Entfernung einer Niere bei Nierenkrebs), auf seine Verhandlungsfähigkeit zu untersuchen. Der ältere Angeklagte wies neben den genannten Auffälligkeiten nämlich auch eine degenerative Erkrankung der Wirbelsäule wie des gesamten Bewegungsapparates auf, die ihn angeblich relevant einschränkte. Er brachte zum Termin der gerichtsärztlichen Untersuchung daher ein bereits zuvor angefertigtes orthopädisches Gutachten mit, das nach entsprechender Prüfung dem Gerichtsarzt als fachärztliches Gutachten für seine Fragestellungen hinreichte. Der 80-Jährige konnte daraufhin als verhandlungsfähig unter der Einräumung von deutlichen Erleichterungen eingeschätzt werden.

Die einzelnen Mengenverhältnisse der Facharztgutachten schlüsselt die Tabelle in *Abbildung 27* auf. Festzuhalten ist, dass sich sämtliche fachärztlichen Anschlussgutachten, die

bei *Arbeitsfähigkeitsprüfungen* notwendig wurden, auf *orthopädische* Fragen im Zusammenhang mit Störungen des Bewegungsapparates bezogen. Zweimal waren dabei bleibende Unfallfolgen zu begutachten. – Im Bereich der *Terminfähigkeits-* und der *Haftfähigkeitsprüfungen* standen sodann jeweils die *kardiologischen* Fachgutachten im Vordergrund mit 40 von 57 Gutachten beziehungsweise 30 von 46 Gutachten, also mithin in etwa 70 beziehungsweise gut 65 Prozent der Fälle. Auf Rang zwei folgen in der Gesamtzählung, wenngleich in geringerer Zahl, *orthopädische* Gutachten, die jedoch ihre größere Relevanz bei Fragen der Haftfähigkeit besitzen, weniger bei Fragen der Terminfähigkeit (und zwar dann vor dem Hintergrund der Reisefähigkeit, nicht der Verhandlungsfähigkeit). Es zeigt sich hier der schon beschriebene Umstand, dass für Fragen der Haftfähigkeit oft chronische Erkrankungen eine Rolle spielen, wie sie die meisten orthopädischen Krankheitsbilder darstellen; in diesen Zusammenhang gehört auch das oben angeführte Beispiel der fraglich medizinisch notwendigen Wassergymnastik. Umgekehrt stellen sich die Verhältnisse bei den auf Rang drei der Gesamtzählung liegenden *neurologischen* Erkrankungen. Auch wenn sie ebenfalls vorwiegend chronischen Charakter aufweisen, so spielen sie häufiger in Zusammenhang mit Fragen der Verhandlungsfähigkeit eine Rolle. Neben Kardiologie, Orthopädie und Neurologie bezogen sich zehn weitere benötigte fachärztliche Anschlussgutachten vor allem auf andere internistische Facharzt-richtungen, zum Beispiel der Lungenheilkunde. Nur zwei Fälle fielen in andere fachärztliche Gebiete.

Kapitel IV.7 Externe gerichtsärztliche Untersuchungen – insbesondere so genannte Hausbesuche bei Probanden

IV.7.1 Externe gerichtsärztliche Untersuchungen – Grundsätzliches

Die Prüfung der *Haftfähigkeit* verläuft durch den Gerichtsärztlichen Dienst in Hamburg zumeist in einer gewissermaßen entspannten, planbaren Atmosphäre, was die zeitlich-terminlichen Aspekte betrifft. Ein Verurteilter, der sich nicht in Untersuchungshaft befunden hat, soll per Urteil eine Haftstrafe antreten. Dazu stehen Zeit und Ort bezüglich des Haftantrittes fest, zu dem sich der Verurteilte zu stellen hat. Macht er nun im Vorfeld geltend, aus gesundheitlichen Gründen diese Haft nicht antreten zu können, hat er sich einem gerichtsärztlichen Gutachter vorzustellen. Er wird dazu schriftlich in die Dienststelle des Gerichtsärztlichen Dienstes nach Eppendorf geladen, wo man ihn erwartet. – Erscheint er nicht, kann er nach weiterer unbeachtet gebliebener Ladung dort polizeilich vorgeführt werden. Nur in seltenen Fällen kommt es, wie weiter unten geschildert dazu, dass ein Gerichtsarzt zu einer externen Haftfähigkeitsprüfung angefordert wird (vgl. IV.7.5).

Tendentiell anders sieht das organisatorische Umfeld aus, in dem die gerichtsärztliche Prüfung der *Terminfähigkeit* stattfindet. Auch hier gibt es zunächst den grundsätzlichen Fall, dass Probanden zur Prüfung ihrer Terminfähigkeit zum Vorstelligwerden in die Diensträume des Gerichtsärztlichen Dienstes vorgeladen werden. Es handelt sich dabei in der Regel um chronisch Erkrankte, die vor Eröffnung der Hauptverhandlung geltend machen, aus gesundheitlichen Gründen nicht verhandlungsfähig zu sein. Auch sie werden entsprechend schriftlich zur gerichtsärztlichen Untersuchung geladen, so dass die Abläufe von vornherein planbar sind. – Erfahrungsgemäß erscheinen allerdings die geladenen Probanden teilweise auch nicht zur Überprüfung der von ihnen geltend ge-

machten gesundheitlichen Beschwerden (zum Umfang „ausgefallener“ derartiger Untersuchungen vgl. die Übersicht in *Abbildung 11*).

Beispielsweise kam es im Jahre 2002 nicht im strafrechtlichen Zusammenhang, sondern bei einem Finanzrechtsstreit einmal dazu, dass sich ausgerechnet der Kläger selbst ohne nähere Angaben „wegen Erkrankung“ den Abläufen beim Finanzgericht entzog. Er wurde zunächst zur Untersuchung beim Gerichtsärztlichen Dienst geladen, erschien jedoch nicht. Daraufhin wurde durch das zuständige Gericht der Gerichtsarzt im Sinne einer externen Untersuchung zum Hausbesuch bei dem Probanden an dessen Wohnstätte geschickt. Hierbei fand der Arzt bei dem zu untersuchenden Kläger keinen Einlass, und interessanterweise zog letzterer in der Folge seine Klage beim Finanzgericht zurück [77]. Dieser Fall führt ein Beispiel für die hier näher zu thematisierenden *externen gerichtsärztlichen Untersuchungen* vor Augen.

Häufig haben gerade Verhandlungsfähigkeitsprüfungen keinen weiten Vorlauf, der eine Planung und Terminvergabe zuließe. Angeklagte erscheinen nicht zum angesetzten Verhandlungstermin und führen bei entsprechender telephonischer Nachfrage an, dass Krankheit sie hindere. Andere legen bei Eröffnung der Hauptverhandlung am ersten Termin dar, dass sie erheblich gesundheitlich eingeschränkt seien und daher keine Verhandlungsfähigkeit vorliege (die Feststellung der Verhandlungsfähigkeit ist, wie schon geschildert, ein Punkt im Ablauf der Hauptverhandlung vor der Beweisaufnahme; vgl. **II.3.3.a**). Auch tritt der Fall ein, dass in schon laufender Verhandlung ein Angeklagter, der bisher zu den Terminen erschien, akut erkrankt. Der zuständige Richter muss nun abwägen, ob er etwa beim Fehlen eines Angeklagten diesen für hinreichend entschuldigt erachtet. In der Tat kann durchaus, vor allem bei akuten Erkrankungen wie dem jedem Laien bekannten grippalen Infekt, auch ohne besonderes ärztliches Gutachten deutlich sein, dass der Angeklagte momentan derart erkrankt ist, dass er nicht an einer Verhandlung teilnehmen kann. – Allerdings ist man nicht einfach, wie anscheinend ein 25-jähriger wegen Körperverletzung vor dem Landgericht Hamburg Angeklagter glaubte, schon durch einen bloßen Hinweis auf Erkrankung entschuldigt. Zur Erläuterung seiner Nichtanwesenheit hatte der Entschwundene einen Zettel bei seiner Meldeadresse hinterlassen mit dem Vermerk (hier in Originalschreibweise wiedergegeben): „Binn wegen Krankheit nich erreichbar Binn bei Verwandte“ [78]. Allein auf Grund derartiger Hinweise sieht verständlicherweise kein Richter einen Fehlenden als genügend entschuldigt an...

IV.7.2 Externe gerichtsärztliche Untersuchungen – beispielhafte Abläufe

In der Tat hat ein Richter nicht selten erhebliche Zweifel an den vorgebrachten Schilderungen über gesundheitliche Probleme beziehungsweise Zweifel daran, ob diese Probleme wirklich so gravierend seien, dass ein Verhandlungstermin deshalb abgesagt werden müsse. In diesen Zusammenhängen spielen die externen Untersuchungen der Gerichtsärzte eine wichtige Rolle. Häufig kommt es dazu, dass ein Arzt des Gerichtsärztlichen Dienstes äußerst kurzfristig eingeschaltet wird und bisweilen wird er unmittelbar während der laufenden Verhandlung hinzu gerufen, um an Gerichtsstelle einen Prozessbeteiligten, der gesundheitliche Probleme geltend macht, sofort zu untersuchen. Auch kann es sein, dass ein „wartender“ Richter am Verhandlungstag den Gerichtsarzt sofort zu einem Betroffenen, der sich gerade telephonisch abgesagt hat, in dessen Wohnung schickt, damit der Arzt sich ein Bild von der behaupteten schlechten gesundheitlichen Situation machen kann. Bisweilen ist der Termin dann noch zu „retten“, wenn der Proband nach ärzt-

licher Einschätzung terminfähig ist. In einem hier untersuchten Fall konnte eine unwirksame, aber bis auf eine leichte Alkoholisierung gesundheitlich unauffällige 49-jährige Zeugin durch die den Gerichtsarzt begleitenden Polizeibeamten sogleich im Streifenwagen zur Gerichtsstelle befördert werden, wo die Verhandlung verspätet, aber immerhin doch noch stattfinden konnte [79]. Weniger rasant verlaufend, aber für den Gerichtsarzt ebenso unvermittelt in seinen Arbeitstag einzuschieben sind derartige Hausbesuche an Nachmittagen vor einer Verhandlung am nächsten Tag, wenn etwa ein Angeklagter sich krankheitshalber per Telefon bei Gericht entschuldigen möchte. Im Zweifelsfall wünscht ein Richter sich dann eine noch am selben Tag unmittelbar stattfindende ärztliche Untersuchung, bevor er einen Verhandlungstermin für den nächsten Tag ab- und einen neuen Termin ansetzt.

Im Jahre 1996 beispielsweise war ein 29-jähriger des Diebstahls Angeklagter vor dem Amtsgericht Hamburg nicht zur Hauptverhandlung erschienen, wobei seine Mutter bei Gericht anrief und mitteilte, dass ihr Sohn an „Magen-Darm-Grippe“ erkrankt und nicht einmal in der Lage sei, selbst ans Telefon zu kommen. Der vom argwöhnischen Richter daraufhin unverzüglich vor Ort geschickte Gerichtsarzt traf in der Wohnung lediglich die Schwester des Betroffenen an, die dem Arzt eröffnete, ihr Bruder sei gerade auf Besuch zu seiner Freundin in einem anderen Stadtteil unterwegs, und im Übrigen habe sie auch nichts davon bemerkt, dass er krank sei [80]. An diesem Fall nicht untypisch ist, dass der Gerichtsarzt gar keine Untersuchung im Sinne einer speziellen dem medizinischen Fachmann vorbehaltenen Tätigkeit ausüben musste, um Klarheit zu schaffen, dass keine Verhandlungsunfähigkeit aus gesundheitlichen Gründen vorliegt. Dieses Ergebnis des gerichtsarztlichen „Einsatzes“ wurde bereits in Abschnitt IV.4.2.a als typisch für eine Reihe von Terminfähigkeitsprüfungen beschrieben (vgl. die Auflistung in *Abbildung 18*). Ebenso mehr als Detektiv statt als Mediziner betätigte sich 2004 ein Gerichtsarzt, der im Auftrag des Amtsgerichtes St. Georg einen 22-jährigen wegen verschiedener Delikte Angeklagten daheim aufsuchen sollte, der sich etwas lapidar wegen „Magenverstimmung“ beim Gericht abgemeldet hatte. An der Wohnungstür wurde der Arzt vom Vater des Angeklagten empfangen, der klarstellte, dass sein Sohn nicht da sei, zudem inzwischen ganz woanders wohne und des Weiteren auch gar nicht krank sei, sondern nur nicht zum Gericht wolle, denn – Zitat – „da geht er nie hin“ ... [81]

Etwas anders gelagert war die detektivische Arbeit, als 2000 ein wichtiger Zeuge in einer Raubsache mit der telephonischen Begründung, er habe eine „Rippenprellung“, nicht vor dem Amtsgericht Hamburg erschienen war. Der in Polizeibegleitung vorstellig gewordene Gerichtsarzt wurde von dem Probanden nicht eingelassen, doch insofern der Betroffene nicht nur beim Gericht angerufen, sondern zugleich auch eine Schweigepflichtsentbindung für seinen Hausarzt gefaxt hatte, hielt der Gerichtsarzt mit seinem niedergelassenen Kollegen telephonisch Rücksprache. Der so an kein Schweigen gebundene Hausarzt bestätigte offenherzig, dass sein Patient tatsächlich in der Praxis erschienen sei und ein Attest zur Entschuldigung verlangt habe, was der Hausarzt indessen ablehnte, insofern es sich unzweifelhaft um einen Fall von Simulantentum handelte [82].

Doch auch wenn der Proband angetroffen wird, genügt oft die Prima-vista-Diagnose ohne noch eine aufwändigere Untersuchung vorzunehmen, die häufig gar nicht vom Betroffenen zugelassen wird. – Etwa war ein 49-jähriger Mann 1996 mehrfach nicht zum Termin vor dem Amtsgericht Hamburg erschienen, wo gegen ihn wegen Steuerhinterzie-

hung verhandelt werden sollte. Der zum Hausbesuch zwecks Überprüfung des gesundheitlichen Zustandes geschickte Gerichtsarzt traf den Probanden zunächst nicht daheim an. Zufällig kehrte dann jedoch der Betroffene gerade mit seinem PKW zurück und wurde vom Gerichtsarzt entsprechend angesprochen. Der völlig Überraschte lief zunächst ein Stück weit fliehend auf der Straße davon, entschied sich dann aber hinsichtlich der beiden in einer Bedrohungssituation evolutionär verankerten Grundmuster von „fight or flight“ zu einem etwas offensiveren Vorgehen, trat nämlich dem Arzt gegenüber und untersagte vehement eine Untersuchung seines gesundheitlichen Zustandes. Ohne dabei einen – Zitat aus der Protokollnotiz – „besonders krassen Eindruck“ zu erwecken, fuhr der Aufgebrachte, nachdem er seinem Unmut tüchtig Luft gemacht hatte, mit seinem PKW wieder fort [83].

Interessant ist ebenso der Fall einer 38-jährigen, im selben Jahr vor dem Landgericht Hamburg des Diebstahls angeklagten Frau, die zum Erweis ihrer Verhandlungsunfähigkeit zunächst auch ein (Gefälligkeits-?)Attest eines niedergelassenen Nervenarztes ins Feld führte, das in seiner aussagegelosen Dürftigkeit gemäß der gerichtsärztlichen Einschätzung „aller Grundlage entbehrte“. Als Grund, warum sie der Verhandlung am Morgen fern geblieben sei, führte die Frau gegenüber dem zum Hausbesuch erschienenen Gerichtsarzt an, bei einer aktuellen Infektion in der Nacht zuvor „Fieberkrämpfe“ erlitten zu haben. Dieses aus der Kinderheilkunde sehr wohl bekannte Phänomen, bei raschem Anstieg der Körperkerntemperatur einen Krampfanfall zu erleiden, wollte die erwachsene Probandin für sich als existent belegen, indem sie darauf verwies, dass ja ein Notarzt in der Nacht vor Ort gewesen sei. Ein Anruf in der Leitstelle der Feuerwehr ergab freilich, dass kein Hamburger Notarzt, weder wegen Fieberkrämpfen noch überhaupt einer Ursache, einen Einsatz vor Ort bei der Probandin gehabt hatte. Allerdings war die 38-Jährige tatsächlich in der Leitstelle bekannt, da sie dort angerufen und sich erkundigt hatte, ob Notarzteinsätze im Rahmen von Nachforschungen abfragbar seien... Im übrigen war die Frau bis auf frische und ältere Nadeleinstichstellen als Hinweis auf Drogenkonsum medizinisch unauffällig und durfte als ohne Einschränkung verhandlungsfähig gelten [84].

Nicht immer freilich muss die Hinzuziehung eines Gerichtsarztes im Falle „fragwürdig“ erscheinender Entschuldigungsgründe zu einer Entlarvung vorgeschützter an sich nicht bestehender gesundheitlicher Beschwerden führen. 1997 meldete sich ein Zeuge im Rahmen einer Verhandlung wegen versuchten Totschlages vor dem Hamburger Landgericht mit dem Hinweis ab, er könne wegen „seiner dicken Nase“ nicht vor Gericht aussagen. Der befremdete Richter schickte zur Begutachtung des vermeintlichen Erkältungsfalles den Gerichtsarzt auf Hausbesuch zu dem 55-jährigen Mann, wo sich nach Rücksprache mit einem Hals-Nasen-Ohren-Arzt herausstellte, dass unmittelbar zuvor ärztlicherseits im Nasenbereich ein Furunkel eröffnet worden war. Tatsächlich war dem Patienten vom Facharzt in diesem Zusammenhang ein strenges Sprechverbot auferlegt worden, und der Gerichtsarzt konnte den einem medizinischen Laien vielleicht unerwarteten Umstand bestätigen, dass die Gefahr einer Verschleppung von Eitererregern über kleine Blutgefäße ins Gehirn bestand, wäre die entsprechende Gesichtsmuskulatur zu sehr aktiviert worden. – Der Mann war tatsächlich kurzfristig als verhandlungsunfähig anzusehen und nach gerichtsärztlichem Rat wurde er als Zeuge zu einem neuen Termin nach Ablauf von einer Woche problemlos wieder vorgeladen [85].

IV.7.3 Externe gerichtsärztliche Untersuchungen – zur Auswertung der Fälle 1995 bis 2004

Im Kapitel IV.4 wurden die gerichtsärztlichen Vorgänge der Jahre 1995 bis 2004 bereits hinsichtlich ihrer Ergebnisse näher untersucht, um einschätzen zu können, welche Bedeutung sie für entscheidungssuchende Gerichte und Staatsanwaltschaften haben. In dieser betrachteten Gesamtmenge waren auch die externen Untersuchungen der Gerichtsärzte mit eingeschlossen, insofern zwar nach dem Typus der Untersuchung (Haft-, Termin-, Arbeitsfähigkeitsprüfung), aber nicht nach dem jeweiligen Ort der Durchführung unterschieden wurde. Folgt man den Einschätzungen der Gerichtsärzte und vor allem auch der entsprechenden im gerichtsärztlichen Sekretariat anrufenden Richter, so wird jedoch gerade der Möglichkeit einer externen Untersuchung ein besonderer Stellenwert als Instrument im Rahmen der Rechtspflege beigemessen. Wie „verhandlungsunwillige“ Probanden bisweilen einlenken und einen Verhandlungstermin dann doch nicht „platzen“ lassen, wenn sie erfahren, dass unmittelbar ein Gerichtsarzt bei ihnen erscheinen werde, um die vermeintliche Erkrankung in Augenschein zu nehmen, wurde im Vorigen dargestellt. Ebenso wurde skizziert, wie die gegebene Verhandlungsfähigkeit oft noch so rechtzeitig durch den Arzt festgestellt werden kann, dass ein angesetzter Verhandlungstermin wie geplant stattfindet. Da offensichtlich die externen Untersuchungen als wichtiges Moment der gerichtsärztlichen Leistungen geschätzt werden, soll ihnen an dieser Stelle eine eigene eingehendere Auswertung zu Teil werden. – Über die Dokumentation der externen Untersuchungen mittels der so genannten „Telephonzettel“ wurde in Abschnitt IV.1.3 berichtet; diese im Archiv aufbewahrten gerichtsärztlichen Unterlagen sind hier die wichtigste Bezugsquelle, da in der Regel in derartigen Fällen keine späteren ausführlichen Gutachten zu erstellen waren. Ein bei der entsprechenden Auswertung ins Augenmerk geratener Aspekt war auch die Verteilung der Wohnstätten gerichtsärztlich aufgesuchter Probanden im Hamburger Stadtgebiet. Aus an entsprechender Stelle im Teil V dargelegten Gründen (vgl. das einführende Kapitel V.0), wird für den an Hamburgs „gerichtsärztlicher Lokalgeographie“ Interessierten eine nähere diesbezügliche Betrachtung als Anhang beigefügt.

IV.7.4 Angefragte gerichtsärztliche Untersuchungen – Anteil externer darunter

Auf Basis der bereits aus *Abbildung 2* bekannten Zahlen von Anfragen bezüglich gerichtsärztlicher Untersuchungen der Jahre 1975 bis 2004 bietet das Diagramm in *Abbildung 28* einen Überblick darüber, in welchem Maße diese angefragten Tätigkeiten sich auf eine gewünschte *externe* Untersuchung bezogen haben. Warum bewusst die Anfragen und nicht nur die hernach durchgeführten Untersuchungen als Spiegel des Bedarfs an gerichtsärztlicher Unterstützung bei Gerichten und Staatsanwaltschaften in die Darstellung einbezogen werden, hat bereits der Abschnitt IV.2.1 erläutert. Dargelegt wurde auch bereits, dass seit Mitte 2004 sich die Dokumentation im gesamten Institut für Rechtsmedizin geändert hat (vgl. IV.1.2). Das nunmehrige elektronische Erfassungssystem erlaubt nicht mehr wie die alten handschriftlichen Sekretariatsbücher das Nachvollziehen aller, nämlich auch der nicht in eine gerichtsärztliche Untersuchung umgesetzten Nachfragen. (Die hier gebotene Zahl für das Jahr 2004 kann damit nur die tatsächlich durchgeführten Untersuchungen darstellen. Nur die 17 noch bis Juni eingegangenen Anfragen wurden nach alter Weise dokumentiert.) – Im Übrigen schlüsselt die hier immer wieder vergleichend herangezogene Studie von Naeve und Becker bezüglich der dort

thematisierten Gutachten der Jahre von 1963 bis 1971 diese nicht nach dem Ort der Durchführung auf, so dass in dieser Hinsicht kein Vergleich zur von Naeve und Becker geschilderten vormaligen Situation geboten werden kann.

Wie das Säulendiagramm in *Abbildung 28* veranschaulicht, schwankt die absolute Anzahl der gewünschten externen Untersuchungen ebenso wie die Zahl aller angeforderter gerichtsärztlicher Untersuchungen auf die Kalenderjahre bezogen, macht jedoch cum grano salis in etwa meist ein Drittel bis ein Viertel der Anfragen im gerichtsärztlichen Sekretariat aus. Schon von diesem rein mengenmäßigen Aspekt her sind die externen Untersuchungen also ein bedeutsamer Teil der gerichtsärztlichen Arbeit, dem eine eigene Darstellung zusteht.

Vor dem Hintergrund der bereits bekannten insgesamt Abnahme der Anfragen im Laufe der untersuchten Jahrzehnte (vgl. **IV.2.1**), bietet das Diagramm in *Abbildung 29* die Verlaufskurve der jährlich von 1975 bis 2004 angefragten externen gerichtsärztlichen Untersuchungen. Auch wenn Ende der 1970er Jahre diese Anfragen bereits einmal unter jährlich 50 gefallen waren, stiegen sie 1982 doch noch auf 82 an. Zuletzt wurde dann 1989 mit 51 Anfragen das halbe Hundert erreicht, seitdem lagen die Zahlen bis auf 1997 mit 42 Anfragen nach externen Untersuchungen nie mehr über dem Dreißigerbereich, liegen seit 2000 vielmehr sogar nur noch im Zwanzigerbereich. Damit gilt für die externen Untersuchungen im Einzelnen als Teilbereich ebenso eine sinkende Tendenz wie für die Anfragen bezüglich gerichtsärztlicher Untersuchungen im Gesamten.

IV.7.5 Eigenheiten durchgeführter externer Untersuchungen 1995 bis 2004

Wie für die gerichtsärztlichen Untersuchungen insgesamt, soll gilt auch für angefragte externe Untersuchungen, dass sich die Angelegenheit in manchen Fällen bereits telephonisch durch den Gerichtsarzt beratend im Gespräch mit einem anfragenden Justizvertreter klären ließ. Wie jedoch das Diagramm in *Abbildung 30* für die hier näher untersuchten Jahre 1995 bis 2004 zeigt, ist der zahlenmäßige Unterschied zwischen Anfragen und tatsächlich später durchgeführten externen Untersuchungen weniger groß als wenn man die Zahlen aller Terminfähigkeitsuntersuchungen überhaupt, die im gerichtsärztlichen Sekretariat zunächst angefordert worden waren, im Vergleich zur späteren Umsetzung betrachtet (vgl. **IV.3.3.a**). Die Nachfrage nach einer externen Untersuchung geschieht offensichtlich in konkreten, bereits näher geklärten Zusammenhängen und mündet daher tatsächlich meist in der vom Richter oder Staatsanwalt für nötig erachteten Untersuchung; 2001, 2002 und 2003 wurden sogar alle Anfragen entsprechend umgesetzt (für das Jahr 2004 fehlt, wie geschildert, die Möglichkeit eines solchen Vergleiches). Insgesamt wurden im hier thematisierten Jahrzehnt 280 externe Untersuchungen durchgeführt.

Das Diagramm in *Abbildung 31* visualisiert bezogen auf diese durchgeführten Untersuchungen, in welcher Häufigkeit welche Orte vom Gerichtsarzt zu seiner externen Tätigkeit aufzusuchen waren. Deutlich machen den Hauptteil der externen Untersuchungen die in den oben gelieferten Beispielen schon geschilderten *Hausbesuche* an der Wohnstätte des Probanden aus. Als Wohnstätte gelten dabei nicht nur die privaten Miet- oder Eigentumswohnungen beziehungsweise Häuser von Probanden, sondern auch Einrichtungen wie Seniorenheime und dergleichen, wenn der Proband dort seinen Wohnsitz und nicht nur vorübergehenden Aufenthalt wie etwa in einem Krankenhaus hat. – Die beschriebenen Einsätze an Gerichtsstelle in laufender Verhandlung waren 1997 mit drei

und 1998 mit vier stattgefundenen Untersuchungen sichtlich häufiger vertreten, als es sonst ihrem Anteil entspricht: In der Regel kommt es nur ein oder zweimal pro Jahr zu einer solchen Untersuchung, 2003 kam es sogar überhaupt nicht dazu.

Ähnlich sind die Untersuchungen an anderen Orten als der Wohnstätte oder der Gerichtsstelle zahlenmäßig vertreten. Sie kamen in vier der untersuchten Kalenderjahre überhaupt nicht vor, erreichten sonst eine Häufigkeit von ein oder zweimal pro Jahr. Als Ausnahme muss dabei das Jahr 1997 gelten, als insgesamt sechs dieser externen gerichtsärztlichen Untersuchungen durchzuführen waren. Es handelte sich bei diesen zusammen *vierzehn* externen Tätigkeiten in sechs Fällen um Untersuchungen in öffentlichen Krankenhäusern, wenn sich die Probanden in stationärer ärztlicher Behandlung befanden. In zwei Fällen (einmal zur Haftfähigkeits- und einmal zur Verhandlungsfähigkeitsprüfung) wurde ein Arzt des Gerichtsärztlichen Dienstes von seinen ärztlichen Kollegen des Zentralkrankenhauses der Justizbehörde, das als Hamburger Haftkrankenhaus in Abschnitt **IV.4.2.c** vorgestellt wurde, als Gutachter hinzugezogen. Ebenso wurden in zwei Fällen ausnahmsweise durch den Gerichtsärztlichen Dienst sich bereits in Haft befindliche Probanden in der Untersuchungshaftanstalt begutachtet, als sofort ihre Verhandlungsfähigkeit im gerichtlichen Auftrag zu beurteilen war.

In weiteren vier Fällen fanden Untersuchungen auch auf Polizeikommissariaten statt. Es drehte sich in einem Fall darum, dass ein auf Verhandlungsfähigkeit zu Untersuchender wegen seiner „Unkooperativität“ (vgl. **IV.4.2.a**) verhaftet worden war, so dass die Untersuchung nicht daheim beim Probanden, sondern auf dem entsprechenden Polizeikommissariat stattfinden musste. In drei weiteren Fällen waren auf Polizeikommissariaten Personen hinsichtlich ihrer Haftfähigkeit zu untersuchen (nachweislich hatte es sich nicht um die beschriebenen, hier auszusondernden Verwahrfähigkeitsprüfungen gehandelt; vgl. die einführende Schilderung in Abschnitt **IV.0**). Regulär in Haft Genommene machten bereits beim Eintreffen auf den Polizeikommissariaten gesundheitliche Beschwerden geltend. Die für in Haft sich befindende Personen formal zuständigen Ärzte der Justizvollzugseinrichtungen, die bei Haftantritt die Haftfähigkeit zu prüfen haben (vgl. **II.3.2.a**), konnten damit nicht herangezogen werden, so dass praktikabelerweise Ärzte des Gerichtsärztlichen Dienstes herbeigerufen wurden.

Die externen Untersuchungen sind dadurch definiert, dass sie nicht in den Diensträumen des Gerichtsärztlichen Dienstes an geladenen oder zwangsvorgeführten Probanden, sondern an den Wohnstätten der Betroffenen, an Gerichtsstelle oder an sonstigen Orten wie in Krankenhäusern durchgeführt werden. Prinzipiell kann es sich dabei um jeden der hier thematisierten Untersuchungstypen handeln, doch stellen die meisten der externen Untersuchungen eine Prüfung der *Terminfähigkeit* im Sinne der Definition aus dem einleitenden Abschnitt **IV.0** dar (Verhandlungsfähigkeitsuntersuchung oder Prüfung der Verhandlungsfähigkeit samt Aspekt der Reisefähigkeit). Die Tabelle in *Abbildung 32* schlüsselt untergliedert nach den zehn einbezogenen Kalenderjahren auf, mit welcher Häufigkeit unter den 280 externen Untersuchungen Terminfähigkeits-, Haftfähigkeits- und alleinige Reisefähigkeitsprüfungen vorkamen. Untersuchungen auf Arbeitsfähigkeit wurden in keinem Fall extern, sondern nur in den Diensträumen des Gerichtsärztlichen Dienstes durchgeführt.

Insgesamt nur achtmal war eine Haftfähigkeit extern zu prüfen, bis auf 1996 mit drei Fällen in einem Jahr kam dies nie mehr als einmal jährlich vor. Im Jahre 1998 war

zudem einmal ein Proband extern auf alleinige Reisefähigkeit zu untersuchen. Alle übrigen 271 Untersuchungen stellten *Terminfähigkeitsprüfungen* im richterlichen Auftrag dar, mithin rund 96,8 Prozent. Was die Probanden hinsichtlich ihres juristischen Status betrifft, so handelte es sich im überwiegenden Fall um zu untersuchende *Angeklagte*. 199 der 271 auf Terminfähigkeit extern zu prüfenden Probanden (= rund 73,4 Prozent) waren Angeklagte beziehungsweise, rechnet man die acht auf Haftfähigkeit zu prüfenden Verurteilten einmal dieser sozusagen „delinquenten“ Gruppe zu, fallen 207 aller 280 Untersuchungsfälle (= knapp 74 Prozent) hierunter. Mit 73 von allen 280 Untersuchungen machen dagegen nichtangeklagte Prozessbeteiligte nur ein gutes Viertel (= gute 26 Prozent) in diesem gerichtsärztlichen Untersuchungsgut aus. Das Balkendiagramm in *Abbildung 33* visualisiert die Verhältnisse. Bei dem Probanden, der 1998 alleinig extern auf Reisefähigkeit zu prüfen war, handelte es sich um einen nach auswärts geladenen Zeugen, die restlichen 72 Probanden waren auf Terminfähigkeit zu untersuchende nichtangeklagte Teilnehmer gerichtlicher Verhandlungen (neben Zeugen handelte es sich dreimal um Schöffinnen, einmal um den Rechtsanwalt eines Angeklagten, einmal um den Kläger und einmal um die Klägerin in zivilrechtlichen Verfahren).

Auch bezüglich der externen Untersuchungen soll an dieser Stelle abschließend ein Blick auf die Geschlechterverteilung geworfen werden. Das Diagramm in *Abbildung 34* zeigt zum einen die Verteilung unter den Probanden insgesamt mit 85 Frauen im Gegensatz zu 195 Männern (entspricht fast siebzig Prozent männlicher Probanden). Unterteilt nach Angeklagten und Nichtangeklagten zeigt sich ein ähnliches Verhältnis bei 46 angeklagten weiblichen im Vergleich zu 161 angeklagten männlichen Probanden (entspricht rund 77,8 Prozent Männer unter den 207 angeklagten Probanden). Bei den 73 nichtangeklagten Probanden ist dagegen mit 39 Frauen und 34 Männern das Geschlechterverhältnis beinahe als ausgewogen zu bezeichnen.

IV.7.6 Externe Untersuchungen 1995 bis 2004 – Ergebnisse

Was die Ergebnisse der externen gerichtsärztlichen Untersuchungen betrifft, sollen vorab cursorisch die Resultate der zahlenmäßig geringeren Untersuchungsarten vorgestellt werden. Bezüglich der externen alleinigen *Reisefähigkeitsüberprüfung* erwies sich eine 1996 daheim zu untersuchende Zeugin gemäß der in Abschnitt **IV.4.2.b** vorgestellten Einteilung als reisefähig unter dem Zugeständnis von Erleichterungen. Gutachtlich wurde dargelegt, dass die 49-jährige Frau bei erheblichen Einschränkungen ihres Bewegungsapparates nicht selbständig beziehungsweise alleine zur Verhandlung anreisen könne. Im Zug bedürfe sie einer Begleitung (durch vertraute Angehörige), während auf dem Weg zum Bahnhof und beim Einsteigen in die Eisenbahn eine weitere Person nötig sei etwa im Sinne einer professionellen Kraft aus dem Bereich der Krankenfahrten. Eine andere Einschränkung darüber hinaus war nicht zu erkennen [86].

Bei den acht externen Haftfähigkeitsprüfungen traten gemäß der in Abschnitt **IV.4.2.c** definierten Kategorien folgende Ergebnisse auf: Einmal lag Haftfähigkeit ohne Einschränkung vor; zweimal bei ärztlicher Behandlung in der Haft; einmal wurde zunächst die Verbringung in die stationäre Betreuung des Haftkrankenhauses nahegelegt; in einem Fall lag langdauernde Haftunfähigkeit vor und in zwei Fällen war dauerhafte Haftunfähigkeit gutachterlich anzusetzen. Ein weiterer Fall zählt zu den schon vorgestellten Vorgängen, bei denen der Gerichtsarzt die Entscheidung in fachärztliche Beurteilung weitergegeben hatte, so dass das Ergebnis nicht mehr in den gerichtsärztlichen Unterla-

gen dokumentiert wurde. Bei der dokumentierten externen Untersuchung durch den Gerichtsarzt musste also das Ergebnis noch offen bleiben. Es lagen jedoch bei dem Probanden, der eingehender kardiologisch abzuklären war, erkennbar relevante gesundheitliche Einschränkungen vor, deren Ausmaß aber vom Gerichtsarzt nicht einschätzbar waren. Ohne bei der geringen Zahl dieser externen Haftfähigkeitsprüfungen eine Statistik im eigentlichen Sinne erstellen zu wollen, kann doch festgehalten werden, dass in sechs der acht Fälle (entspricht 75 Prozent) tatsächlich eine gesundheitliche Beeinträchtigung vorlag, die in zumindest drei Fällen zur Feststellung der Haftunfähigkeit und in zumindest drei Fällen zur Anordnung einer angemessenen ärztlichen Versorgung im Strafvollzug führte.

Was die größte Zahl der externen Untersuchungen betrifft, nämlich die Terminfähigkeitsprüfungen, so bietet die *Abbildung 35* eine Modifikation der aus *Abbildung 18* bekannten Tabelle dar. Zur Erläuterung der hier gebrauchten Ergebniskategorisierungen sei daher auf die diesbezüglichen Ausführungen in Abschnitt **IV.4.2.a** verwiesen. Die Tabelle in *Abbildung 35* bietet diese schon bekannte Einteilung der Ergebnisse gerichtsarztlicher Terminfähigkeitsprüfungen – hier allerdings lediglich auf die 271 extern durchgeführten Untersuchungen dieser Art bezogen.

Bereits bekannt aus der Übersicht in *Abbildung 18* sind die 47 Fälle von Untersuchungsverweigerungen (33 bei angeklagten, 14 bei nichtangeklagten Probanden). In 28 Fällen konnte, wie ebenso schon dargestellt, die Behauptung einer gesundheitlichen Beeinträchtigung, die zur Terminunfähigkeit hätte führen können, bei angeklagten Probanden auch ohne ärztliche Untersuchung widerlegt werden; Beispiele zur Illustration wurden in Abschnitt **IV.7.2** genannt. Fünf Probanden (vier Angeklagte, ein Zeuge) waren vor Ort an ihrer angegebenen Adresse nicht auffindbar, auch dies bereits aus den Erläuterungen zu *Abbildung 18* bekannt. Von den dort ebenso erläuterten Fällen nicht dokumentierter Ergebnisse fachärztlicher Anschlussgutachten finden sich drei (zwei bezüglich angeklagter, einer bezüglich eines nichtangeklagten Probanden) unter den hier thematisierten externen Terminfähigkeitsprüfungen. Der bereits aus der tabellarischen Übersicht in *Abbildung 18* bekannte Fall der im Archiv fehlenden Dokumentation der gerichtsarztlichen Beurteilung gehört ebenfalls zu den externen Untersuchungen (ein mündlich dem Richter mitgeteilter Befund wurde in den Notizen nicht entsprechend festgehalten).

Bei diesen insgesamt 271 externen Vorgängen stand in 92 Fällen durch Untersuchung fest, dass der Proband ohne Einschränkung terminfähig sei, mithin in einem guten Drittel der Fälle (= rund 33,9 Prozent). Rechnet man, analog zur Überlegung in Abschnitt **IV.4.2.a** die 28 Fälle einer Widerlegung ohne Untersuchung hinzu, steigt der Anteil auf über 44 Prozent. Zählt man auch hier dann noch die insgesamt 47 „Verweigerungsfälle“ mit, so ließ sich in rund 61,6 Prozent der Fälle die vorgebrachte Terminunfähigkeit aus gesundheitlichen Gründen nicht objektivieren.

Auf den Teilbereich lediglich der angeklagten Probanden bezogen, liegen diese Werte im Einzelnen noch etwas höher, nämlich bei rund 39 Prozent gemäß Untersuchung uneingeschränkt terminfähiger beziehungsweise bei rund 53 Prozent Probanden, bei denen sich mit oder auch ohne Untersuchung die Terminfähigkeit erweisen ließ. Mit den „Verweigerern“ dazugerechnet, liegen bei gut 69,8 Prozent der Angeklagten Fälle vor, in denen sich die Behauptung einer relevanten gesundheitlichen Störung nicht bestätigen ließ. – Die jeweiligen Werte für nichtangeklagte Probanden liegen dementsprechend

niedriger: Knapp 19,4 Prozent von ihnen mussten nach einer Untersuchung als voll terminfähig gelten und die Fälle nicht zugelassener Untersuchung hinzugerechnet, steigt der Anteil nicht objektivierbarer Erkrankungen auf lediglich rund 38,9 Prozent.

Umgekehrt waren 47 angeklagte Probanden nicht terminfähig (41 kurzfristig nicht, vier langdauernd und zwei dauerhaft nicht), was insgesamt einen Anteil von gut 23,6 Prozent, also weniger als einem Viertel zumindest aktuell Terminunfähiger in dieser Gruppe ausmacht. Rechnet man die drei Betroffenen hinzu, die Erleichterungen benötigten, und die drei, deren Terminfähigkeit stärker eingeschränkt war, so haben damit gut 26,6 Prozent der extern zu untersuchenden Angeklagten zu Recht gesundheitliche Problematiken geltend gemacht, denen entsprechend von gerichtlicher Seite Rechnung zu tragen war. Unter den Nichtangeklagten fanden sich insgesamt 17 Terminunfähige (elf kurzfristig, einer langdauernd und fünf dauerhaft Terminunfähige), mithin auch rund 23,6 Prozent wie bei den Angeklagten. Es fanden sich aber mit 15 der Erleichterung bedürftigen und zehn stärker eingeschränkten Probanden zusammen gut 34,7 Prozent unter den Betroffenen, die zwar grundsätzlich terminfähig, aber doch sichtlich gesundheitlich beeinträchtigt waren. Damit haben rund 58,3 Prozent der Nichtangeklagten berechtigterweise gesundheitliche Störungen in irgendeiner Art geltend gemacht, also vom Anteil her fast so viele Probanden, wie unter den Angeklagten Probanden mit nicht zu belegenden beziehungsweise widerlegbaren Behauptungen auftraten (siehe oben: 61,6 Prozent).

Kapitel IV.8 Exkurs:

Untersuchte Angeklagte unterschieden nach Deliktgruppen

IV.8.1 Krankheit und Krankheitsgewinn

Wie in Abschnitt IV.1.3 geschildert, wird in der Regel im gerichtsärztlichen Sekretariat bei Annahme eines Untersuchungsauftrages neben dem Status des Probanden, insofern es sich um einen Angeklagten handelt, auch das *Delikt* stichwortartig vermerkt. Von daher ist es also möglich, die hier ausgewerteten gerichtsärztlichen Aufzeichnungen über die Untersuchungen angeklagter Probanden der Jahre 1995 bis 2004 auch hinsichtlich der vorgeworfenen Delikte zu betrachten. – Ein solcher Ansatz mag zunächst verwundern, da man davon ausgehen sollte, dass das Faktum der Erkrankung einer Person zwar mit Merkmalen wie Alter, Lebensgewohnheiten, familiärer Belastung und anderen so genannten Risikofaktoren verknüpft seien mag, aber eine Erkrankung nichts damit zu tun habe, ob der Betreffende Gesetze breche oder nicht. In der Tat ist aus dem Blickwinkel der Erkrankungsgruppen her kein kausaler Nexus zu erwarten in der Hinsicht, dass bestimmte Straftäter an bestimmten Erkrankungen leiden, abgesehen einmal von Sonderfällen, in denen das „deliktische“ Umfeld zugleich mit einem bestimmten gesundheitlichen Risikoverhalten einhergeht. Bei straffällig Gewordenen im Zusammenhang mit dem Betäubungsmittelgesetz tritt zum Beispiel oft eine Entzündung der im rechten Herzen gelegenen trikuspidalen Herzklappe auf, die ansonsten im kardiologischen Krankheitsgut seltener ist, weil normalerweise die im linken Herzen gelegene Mitralklappe höheren Belastungen ausgesetzt ist und sich daher eher entzündet. Viele BTM-Straftäter jedoch spritzen unter schlechten hygienischen Bedingungen aufgelöste Drogen intravenös und schleppen so Keime in den Kreislauf ein, die dann die zuerst auf dem Wege des Blutstromes im Herzen gelegene Trikuspidalklappe angreifen können.

Diese bekannte Verbindung von bestimmten Deliktgruppen mit einem greifbaren gesundheitlichen Risikoverhalten soll jedoch an dieser Stelle nicht einmal mehr thematisiert werden. – Vielmehr soll einer gewissen „Alltagsweisheit“ von Gerichtsärzten und anderen im Justizbereich tätigen Mediziner nachgegangen werden, die gar nicht auf die Art der Erkrankung abhebt (diese mag der entsprechenden Verteilung in der Normalbevölkerung entsprechen), sondern ihr Augenmerk darauf legt, ob Probanden, die dazu neigen, eine Erkrankung welcher Art auch immer juristisch ins Felde führen, vordringlich bestimmten Deliktgruppen angehörig seien. Die Rede ist hier vom „Betrüger“ oder der so genannten betrügerischen Persönlichkeit, die für ihre manipulativen Zwecke jegliches zu instrumentalisieren trachtet, was sich dazu eignet – unter anderem auch Erkrankungen.

Bezüglich der gerichtsärztlichen Feststellung, dass ein Proband, der für sich eine gesundheitliche Störung in Anspruch nimmt, faktisch als uneingeschränkt terminfähig zu gelten habe, wurde in Abschnitt IV.4.2.a allerdings bemerkt, dass sich die gutachtlichen Aussagen einer Wertung zu enthalten haben. Der Gutachter soll seine Untersuchungsbefunde dokumentieren und daraus mit seinem fachärztlichen Wissen die entsprechenden Schlüsse bezüglich der Einschätzung zum Beispiel der Verhandlungs- oder der Reisefähigkeit ziehen. Er hat sich jedoch nicht dazu zu äußern, wie das Verhalten des Probanden zu werten sei mit Blick auf die Motivation, eine Erkrankung ins Spiel zu bringen.

Dennoch wird dieser Aspekt zumindest in der reflektierenden Betrachtung der gerichtsärztlichen Tätigkeit interessanterweise häufig thematisiert, und auch von juristischer Seite wird die Frage an praxiserfahrene Gutachter gerne gestellt, ob nicht im Verhalten der Probanden doch immer wieder das typisch „betrügerische“ Moment auffällig werde. Von daher soll an dieser Stelle auch die Persönlichkeit der Probanden hinsichtlich der Ausprägung ihrer Delikte einer Auswertung unterzogen werden. Insofern dies, wie gerade bemerkt, nicht in die gerichtsärztliche gutachterliche Stellungnahme an sich einzugehen hat, handelt es sich gewissermaßen um ein „Nebenthema“. Die Ausführungen dazu verstehen sich daher im Rahmen eines Beitrages zur gerichtsärztlichen Prüfung der Haft-, Termin- und Arbeitsfähigkeit ausdrücklich nur als ein *Exkurs*, wie die Überschrift dieses Kapitels ausweist.

Weniger ist mit der Vorstellung von dem „Betrüger“ als typischem gerichtsärztlichen Probanden der Aspekt gemeint, dass in betrügerischer Weise ein Leiden simuliert werde, um Verhandlungs- oder Haftunfähigkeit zu erreichen. Es dreht sich durchaus auch um tatsächlich vorhandene Erkrankungen, die aber von bestimmter Seite besonders gerne möglicher Vorteile wegen instrumentalisiert würden – gleichgültig, ob sogar mit Recht oder im Falle weniger gravierender Störungen ohne Berechtigung. Es ist bei diesen unter gerichtsärztlichen Praktikern schon länger vertrauten Vorstellungen in etwa an den Effekt zu denken, der in der Medizin sonst unter dem Begriff des so genannten *Krankheitsgewinnes* thematisiert wird. Psychologisch wird unter dem als „morbid gain“ aus dem Angelsächsischen bekannten Begriff zunächst im Sinne des primären Krankheitsgewinnes die unmittelbare Entlastung von Konfliktdruck und anderen Belastungen verstanden, die ein Individuum in sich selbst erfährt, wenn es erkrankt und sich nun in der Rolle des Kranken anders erlebt und ausagiert. Ein so genannter sekundärer Krankheitsgewinn erwächst daneben aus dem Verhalten anderer Personen, die dem Betroffenen mit anderer Zuwendung und anderen Zugeständnissen begegnen als er es im gesunden Status zu erwarten hätte. Aus der Sozial- und Arbeitsmedizin ist dieser Effekt, der durchaus einer

Heilung und der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit im Wege stehen kann, vertraut [87]. Auch der vielleicht etwas schroffe Begriff der „Rentenneurose“, wie er mit dem modernen Gesundheitswesen zu Beginn des Zwanzigsten Jahrhunderts aufkam, meint nicht etwa bewusste Simulation, sondern bezieht sich auf eine eher unterbewusste Verfestigung in der Krankenrolle, um gewisse aus der Erkrankung resultierende Zuwendungen nicht zu verlieren. Insgesamt also kann medizinsoziologisch Gesundheit und Krankheit auch als bedingt durch die Auseinandersetzung eines Individuums mit seiner Umwelt begriffen werden. Ereignisse in der Umwelt werden wahrgenommen, gedeutet und bewertet und so der „Ist-Zustand“ der Umwelt – durchaus auch un- oder unterbewusst – mit einem im Individuum angelegten „Soll-Zustand“ verglichen. Gibt es hier Abweichungen, entsteht im Sinne der klassischen Stress-Hypothese [88] im Individuum Spannung, die gelöst werden muss. Das Lösen dieser Spannungen, das Bewältigen der Stress-Situationen wird psychologisch beziehungsweise soziologisch mit dem an der angloamerikanischen Terminologie orientierten Begriff „Coping“ bezeichnet [89]. Wobei diese Bewältigung sich in zwei große Bereiche, nämlich die extra- und die intrapersonalen Anpassungsstrategien unterscheiden lässt [90]. Die nach innen gerichteten Reaktionen auf Spannungssituationen umfassen dabei auch somatische wie psychische Symptomatiken im Sinne einer Veränderung der Zustände des Individuums selbst, wenn die belastende Umwelt nicht geändert werden kann. Oder medizinsoziologisch formuliert: Krankheit fungiert als intrapersonale Anpassungsstrategie [92].

IV.8.2 Typologisierungversuche delinquenter Persönlichkeiten

Verständlicherweise sind die Phänomene des Krankheitsgewinnes wie im allgemeinen „sozialen“ Leben auch im juristischen Bereich von Strafprozess und Strafvollzug zu erwarten. Vorwegzuschicken ist, dass in diesen Bereichen nicht mit einer einheitlichen Persönlichkeit „des“ Straftäters an sich zu rechnen ist, wie es bisweilen dem Laien vor allen in den Medien in fiktiven wie nichtfiktiven Beiträgen erscheinen könnte. Es erscheint schon fraglich, ob soziologisch gesehen überhaupt von der Existenz einer Kultur beziehungsweise Subkultur mit Blick auf Straftäter und Gefängnisse gesprochen werden kann, auch wenn in den Worten des Rechtssoziologen und Kriminologen *Kurt Weis* seit etwa den 1970er Jahren dieses „Subkulturenkonzept (...) inflationär und nicht ohne gewisse manieristische Züge verbreitet (...)“ [92] wird. Kritisch ist an diesem Konzept der kulturellen Nische auch die im soziologischen Schrifttum zum Teil recht elaborierte Typologie von Insassen der Haftanstalten zu sehen [93]; letztlich ist dies ein hier nicht weiter zu thematisierender gesellschaftswissenschaftlicher Streit, der mit soziologischen Grundsatzfragen bezüglich des Rollenkonzeptes überhaupt zusammenhängt. Aus der Praxis urteilt etwa auch der forensische Psychologe *Rüdiger Wohlgemut*, dass die „(...) Vorstellung von einer kriminell-exotischen ‚Ganovensprache‘ (...) ebenso falsch (sei) wie das ihr zugrunde liegende, reißerische Klischee vom Knast als einer homogenen, verschworenen Gemeinschaft (...)“ im Sinne einer Subkultur [94].

Doch ohne eine theorieverliebte Systematologie der Charaktere aufbauen zu wollen, zeigt sich in der Praxis schon bald, dass zwar verschiedenste Persönlichkeiten unter Delinquenten auftreten, dass aber ein Aufmerksamer indessen bestimmte Grundtypen immer wieder antreffen kann. Im Sinne der Idealtypen eines *Max Weber* nie scheren-schnittartig abgegrenzt, aber in ihren jeweiligen im Detail verschiedenen gemischten Ausprägungen doch deutlich wieder erkennbar. Für den Mediziner bestätigt *Wolfgang Riekenbrauck*, dass ein erfahrener Anstaltsarzt schon in der vorgeschriebenen Aufnahmeun-

tersuchung bei Haftantritt seine „schwierigen Patienten“ erkenne [95]. Es gebe hier neben dem zurückhaltenden haftgewohnten Wiederholungstäter, dem aufbrausenden Aggressiven und anderen auch den typisch Klagsamen: „Der emotional labile Patient bricht sofort in Tränen aus – hierzu gehören häufig Sexualtäter, aber auch Betrüger, die ein schillerndes, vielseitiges Verhaltensrepertoire bieten –, bejammert sein Schicksal und das mangelnde Verständnis der Strafvollstreckungsbehörde.“ [96]. Der langjährige Anstaltsarzt kennt daneben auch den typisch querulatorischen Betrüger, der gleich mit Bestimmtheit erklärt „(...) – vor allem wenn bereits ein chronisches Leiden vorliegt –, dass er haftunfähig sei, beweisend hierfür wären auch seine mitgebrachten Gutachten der Professoren (...), die ihn untersucht und beurteilt hätten. Es sei unverständlich, dass der Anstaltsarzt hierüber nicht längst von der Staatsanwaltschaft unterrichtet wäre.“ [97]

Entgegen dem oben geschilderten, oft gerne gepflegten Klischee einer subkulturellen Gefängnisgemeinschaft, deren Mitglieder sich mit dieser biographischen Landmarke ihres Lebens identifizieren, ist das Spektrum der Betroffenen recht inhomogen. Zwar existieren Straftäter, die sogar mit gewissem Stolz auf ihre Zugehörigkeit zu dem Kreis der JVA-Insassen verweisen; ein auch in weiteren Kreisen längst bekanntes Merkmal ist etwa die Tätowierung von „Knastpüktchen“ oder „Knasttränen“ als äußerlich sichtbares Erkennungszeichen im Sinne der Weisheit: „Ein Mann ohne Knast ist wie ein Schiff ohne Mast“ (Originalzitat einer Wandinschrift eines Haftraumes [98]). Andere Persönlichkeiten sehen jedoch in der Tatsache, überhaupt vor Gericht erscheinen zu müssen oder eine Untersuchungs- beziehungsweise Strafhaft auferlegt zu bekommen, eine große emotional empfundene Kränkung und geradezu eine Ungerechtigkeit. Es geht dann nicht nur rein materiell darum, dass Verhandlung und Haft Unannehmlichkeiten darstellen, denen man gerne entgehen möchte, ein innerer Druck und Konflikt braut sich zusammen. Der erfahrene Gerichtsarzt denkt hier – wie oben aus der Sicht des Anstaltsarztes umrissen – insbesondere an jene Betrüger mit einer oft narzistischen Persönlichkeitsprägung, die sich in ihrer momentanen Lage gewissermaßen wie ein gescheiterter Künstler fühlen, missverstanden und unangemessen behandelt, und sich nicht banal wie ein aufgeflogener Straftäter begreifen, der allenfalls sein Pech bei der Durchführung seiner Tat beklagen mag.

Das Moment, ein erkrankter Mensch zu sein, wird hier so nicht bloßes Instrument, um durch Verhandlungs- oder Haftunfähigkeit sich handfeste Vorteile zu erschaffen. Im Sinne des primären Krankheitsgewinnes mag das Aufgehen in der Rolle des Kranken vor allem auch die eigene innere Spannungs- und Konfliktabfuhr zur Stabilisierung des Selbstbildes liefern. Im Sinne des sekundären Krankheitsgewinnes kann es in Form von medizinisch indizierter Zuwendung durch andere dem Kranken Achtung zurückbringen, die dem Delinquenten entzogen worden ist.

IV.8.3 Dokumentierte Delikte von Probanden 1995 bis 2004

Ob sich dieses Vorherrschen betrügerischer Charakterzüge unter Straftätern, die Erkrankungen geltend machen, als plausibles Gedankengebäude erweist oder als gerichtsmedizinisches Ondit entpuppt, sollte durch Aufgliederung der in Hamburg von 1995 bis 2004 gerichtsärztlich auf Terminfähigkeit untersuchten Angeklagten nach ihren Delikten zumindest ein Stück weit nachgegangen werden. Dies wurde durch das oben schon mehrfach geschilderte Anfertigen der „Telephonzettel“ bei externen Untersuchungen möglich, die das Delikt des Angeklagten festhielten. Einbezogen wurden alle Angaben zu externen

Untersuchungen auf Terminfähigkeit, die solche Hinweise auf Delikte enthielten. Die selbstverständlich ebenso interessante Untersuchung der Delikte jener Probanden, die gerichtsärztlich auf Haftfähigkeit zu untersuchen waren (was vor allem die Datengrundlage mengenmäßig erweitert hätte!), musste dagegen unterbleiben, da sich regelmäßig in den gutachterlichen Stellungnahmen zur gesundheitlichen Situation längst Verurteilter keine Bezugnahme mehr auf das Delikt fand.

Der Überschaubarkeit halber wurden Deliktgruppen gebildet, denen die oft mehr oder weniger präzisen Deliktangaben in den erhaltenen Niederschriften zugeordnet wurden. Ausdrücklich sei darauf verwiesen, dass es sich hierbei um ein heuristisches Verfahren handelt, um zu prüfen, in welchem Umfang, gemäß oben skizzierter Gedankengänge, sich Delinquenten mit bestimmten Hintergrund (Betrug, Gewalttat etc.) unter den Probanden zeigten. Diese Einteilung hat ausdrücklich keinen kriminologischen oder rechtssoziologischen Hintergrund; unter derartigen Perspektiven dient die Analyse von Delikten ja nicht zuletzt dazu, zu erklären, wie es zum normabweichenden Verhalten der Delinquenz kommen konnte. So wäre etwa ein großer Unterschied zu machen zwischen dem äußerlich unscheinbaren Sexualstraftäter, der seiner eigenen devianten Neigung folgt, zum gewaltbereiten Körperverletzer, der gruppennzwangartig seine Aggressionen präsentiert. – Die hier untersuchten Delikte wurden aus den genannten heuristischen Gedankenansätzen jedoch zu folgenden Gruppen zusammengefasst:

- 1.) „*Gruppe Betrug (B)*“; Delikte mit betrügerischer Komponente beziehungsweise Täuschungsabsicht. Schließt Fälschungen, Steuerhinterziehung, Schmuggel und Zahlungsverweigerungen mit ihrer betrügerischen Komponente ein, nicht jedoch Unterhaltspflichtverletzung und Hehlerei.
- 2.) „*Gruppe Eigentumsdelikte (E)*“; Eigentumsdelikte im weitesten Sinne. Umfasst Diebstahl, Raub, Hehlerei, aber auch Einbruch und räuberische Erpressung sowie Unterschlagung.
- 3.) „*Gruppe Gewaltdelikte (G)*“; Delikte mit Gewalt gegen Personen und Sachen. Fasst sehr weit Körperverletzungen und Sachbeschädigungen inklusive Brandstiftung, aber auch Vergewaltigung und sexuellen Missbrauch von Kinder unter sich.
- 4.) „*Gruppe Verkehrsdelikte (V)*“; Delikte im Zusammenhang mit Verkehr. Hierunter werden auch Trunkenheit im Verkehr, Fahren ohne Fahrerlaubnis und unerlaubtes Entfernen vom Unfallort gezählt.
- 5.) „*Gruppe Rauschgift (R)*“; Rauschgiftkriminalität beziehungsweise BTM-Delikte im engeren Sinne. Hierzu zählen nicht Diebstähle, Einbrüche und dergleichen im Sinne der Beschaffungskriminalität.
- 6.) „*Gruppe Sonstiges (S)*“; Zusammenfassung sonstiger dokumentierter Fälle.

Damit die Einteilung nicht zum Gestrüpp einer „Überkategorisierung“ (an der ja so manche geisteswissenschaftliche Theorie leiden soll) heranwuchert, fasst die zuletzt genannte Gruppe „Sonstiges“ vielfältige Einzelphänomene unter den genannten Delikten wie etwa Beleidigung und Volksverhetzung, Förderung der Prostitution wie auch jenen Fall unter sich, in dem ein Mann seine Ehefrau mit HIV infiziert hatte. Aber auch meist nicht näher spezifizierte Ordnungswidrigkeiten und Bußgeldverfahren, die im Zusammenhang gerichtsärztlich zu untersuchender Probanden aktenkundig wurden, fallen in diese Gruppe

wie auch die Fälle aus dem eigenen Bereich der Ausländergesetzgebung beziehungsweise Fälle von Asylverfahren aus dem Verwaltungsrecht.

Um vor dem Hintergrund der These eines Überwiegens von Betrugsdelikten eher konservativ zu zählen, wurden zum Beispiel zwei Fälle von Unterschlagung als Eigentumsdelikte („Gruppe E“) gewertet, obwohl durchaus auch eine betrügerische Komponente nicht von der Hand gewiesen werden könnte. Zwei Fälle, bei denen Angeklagten Betrug und Diebstahl im Zusammenhang vorzuwerfen war, wurden dagegen als Betrugsdelikte („Gruppe B“) gezählt wie auch zwei Fälle von Untreue. Ein Fall einer – Zitat aus den gerichtsärztlichen Unterlagen – „Umweltschutzsache“, die sehr wohl mit betrügerischem Verhalten einherzugehen scheint, wurde allerdings bei fehlender detaillierterer Beschreibung der konservativeren Abschätzung halber den sonstigen Fällen („Gruppe S“) zugeordnet [99].

Um zur besseren Nachvollziehbarkeit dieser Eingruppierung Transparenz zu verleihen, findet sich im Datenspiegel im **Teil VI** für den Interessierten in einer Klarliste jahrgangsweise geordnet die stichwortartige Wiedergabe der Deliktbezeichnungen, wie sie sich in den „Telephonzetteln“ des gerichtsärztlichen Sekretariates dokumentiert finden samt Hinweis auf die hier vollzogene Einordnung in eine der sechs Deliktgruppen (vgl. **VI.2.2**). Das Spektrum der Delikte ist dabei in gewisser Weise von vornherein eingeschränkt. Da es sich um Untersuchungen durch Gerichtsärzte handelt, rekrutierten sich die Probanden aus der Gruppe jener Angeklagten, die nicht in Untersuchungshaft genommen worden waren. Dass für Insassen von Haftanstalten die entsprechenden Anstaltsärzte zuständig sind, wurde schon mehrfach erwähnt, bis auf wenige Ausnahmefälle, wie sie auch die Darstellung der externen Untersuchungen in Abschnitt **IV.7.5** skizzierte, erstreckt sich die Zuständigkeit des Gerichtsärztlichen Dienstes nur bis zur Inhaftierung. Damit fallen hier Fälle von gravierenderen Delikten, in denen entsprechende Angeklagte in Untersuchungshaft genommen werden, aus dem Kreis der gerichtsärztlichen Tätigkeit – zunächst jedenfalls – heraus. Dies erklärt die einem mit der Kriminalstatistik Vertrauten wohl recht niedrig erscheinende Zahl von Vergewaltigungen; unter den dokumentierten Deliktbezeichnungen taucht „Vergewaltigung“ überhaupt nur einmal 1997 auf (vgl. die Klarliste im Datenspiegel unter **VI.2.2**). Ebenso steht es um Tötungsdelikte, denn entsprechende Angeklagte werden regelmäßig in Untersuchungshaft genommen und bei medizinischen Fragen nicht dem Gerichtsärztlichen Dienst zugewiesen. 1998 war jedoch auch einmal ein des versuchten Totschlages angeklagter Mann [100] auf Verhandlungsfähigkeit zu untersuchen. Es handelte sich hierbei um einen Fall jener ad hoc angeforderten ärztlichen Untersuchungen an Gerichtsstelle, wenn in laufender Verhandlung gesundheitliche Beschwerden geltend gemacht werden. Solche Verhandlungsfähigkeitsprüfungen werden dann sehr wohl vom Gerichtsärztlichen Dienst vorgenommen, während der Angeklagte als Untersuchungshäftling ansonsten der medizinischen Betreuung der Anstaltsärzte in der JVA oder im Haftkrankenhaus untersteht.

IV.8.4 Häufigkeitsverschiedenheiten bestimmter Deliktgruppen

Insgesamt waren für den Zehnjahreszeitraum von 1995 bis 2004 bezüglich durchgeführter gerichtsärztlicher Terminfähigkeitsuntersuchungen 199 dokumentierte Vorgänge einer externen Untersuchung Angeklagter heranzuziehen (vgl. **Abbildung 35**). Leider war in 51 Fällen in den Notizen neben der Dokumentation, dass es sich um Angeklagte handele, der Deliktcharakter nicht näher ersichtlich, so dass nur in 148 Fällen eine Zuordnung zu

einer Deliktgruppe möglich war. Es zeigt sich dabei, dass mit einer absoluten Anzahl von 62 Fällen rund 41,9 Prozent der auswertbaren Vorgänge sich tatsächlich auf Probanden bezogen haben, die in Zusammenhang mit ihrer Delinquenz eine mehr oder weniger stark ausgeprägte betrügerische Komponente erkennen ließen. Mit weniger als einem halb so großen absoluten Anteil folgen Eigentums- und Gewaltdelikte mit jeweils 27 Fällen, diese Gruppen weisen daher einen Anteil von jeweils 18,2 Prozent auf. Verkehrs- (zehn Fälle) und Rauschgiftdelikte (sieben Fälle) folgen mit einem Anteil von rund 6,8 beziehungsweise rund 4,7 Prozent. Fünfzehn Fälle fielen unter keine dieser großen Deliktgruppen und wurden mit einem Prozentanteil von zusammen rund 10,1 unter die sonstigen Delikte gezählt. – Das Diagramm in *Abbildung 36* verdeutlicht im Bild die Mächtigkeit der Deliktgruppen nach ihren absoluten Zahlen.

Somit lassen sich vom Hamburger Gerichtsärztlichen Dienst in den Jahren 1995 bis 2004 auf Verhandlungsfähigkeit zu prüfende Angeklagte, die eine gesundheitliche Beeinträchtigung ins Feld geführt hatten, zu gut zwei Fünfteln einem betrügerischen Delikt zuordnen. Diese Gruppe, die also weit mehr als ein Drittel der Fälle ausmacht, ist dabei auch mit Abstand die größte Gruppierung der hier veranschlagten Einteilung, weist doch keine der anderen Deliktgruppen überhaupt nur den halben Umfang dieser Gruppierung auf (Eigentums- und Gewaltdelikte auf dem nächsten Rang mit je 27 Fällen im Vergleich zu 62 betrügerischen Delikten; vgl. das Diagramm in *Abbildung 36*).

Abschließend sei noch einmal betont, dass hiermit kein kriminologischer Ansatz im Sinne einer erklärenden Analyse der Delinquenz beziehungsweise einer „deliktischen Persönlichkeit“ geliefert werden sollte. Alleine wegen des recht wenig umfangreichen Datenmaterials sollte eine weitere Auswertung im Sinne einer verstehenden, psychologisch-soziologischen Interpretation auch unterbleiben. Wenn hier diese Auswertung bei eher geringen Zahlen überhaupt vorgenommen wurde, geschah dies einmal mehr mit Blick auf den bereits dargestellten Umstand, dass zugängliche größere, einheitliche Datenerhebungen zu gerichts- beziehungsweise amtsärztlichen Tätigkeiten sehr rar sind. Entsprechendes Material ist somit auch bei geringerem Gesamtumfang stets würdig, vielschichtigen Ansätzen der Auswertung unterworfen zu werden. Oben genannte Gedanken über den „Typus des Betrügers“ im gerichtsärztlichen Krankengut können dabei lediglich einen gedanklichen Fingerzeig darstellen, in welcher Richtung Erklärungsansätze im Rahmen weiterer rechtssoziologischer beziehungsweise psychologischer Erforschung liegen könnten. Sie wurden daher hier bewusst als Exkurs dem Leser geboten, entsprechende Ausbreitungen dazu würden den Rahmen einer empirischen Untersuchung an dieser Stelle thematisch sprengen.

Belegt werden konnte sehr wohl in deskriptiver Perspektive die unter Gerichtsärzten und anderen im Bereich der Justiz tätigen Medizinern verbreitete „Alltagserfahrung“, es besonders auffallend oft mit betrügerisch veranlagten Delinquenten zu tun zu haben, wenn es um das Geltendmachen gesundheitlicher Beschwerden geht. Zumindest im Probandengut der gerichtsärztlichen Terminfähigkeitsprüfungen in Hamburg fällt diese Gruppierung deutlich ins Auge. Auch wenn sich nicht die berühmte Abschätzung unexakter Alltagsstatistik à la „In-den-meisten-Fällen-sind-es-ja-doch...“ bestätigen ließ, so macht der deutliche Anteil von über 40 Prozent erklärlich, wie es zu der Wahrnehmung kommt, als Gerichtsarzt auffallend häufig „Betrüger“ unter den zu untersuchenden Probanden zu haben.

Kapitel IV.9 Ärztliche Diagnosestellung und juristische Entscheidungsfindung – ein Spannungsbogen

IV.9.1 Vom Herkommen einer Sparte gerichtsärztlicher Aufgabenstellung

Die in dieser Arbeit thematisierten gerichtsärztlichen Prüfungen auf Haft-, Termin- und Arbeitsfähigkeit sind beileibe nicht die einzigen Untersuchungen lebender Personen, die als rechtsmedizinische Fachtätigkeit im Rahmen der so genannten Klinischen Rechtsmedizin neben der Arbeit am Leichnam zu nennen sind. Wie schon in der Einleitung umrissen (vgl. 0.1), sind diese Untersuchungen sogar ein oft nur eher wenig beachtetes Thema neben den bekannteren Aspekten der forensischen Traumatologie, der Viktimologie und der Begutachtung von körperlichen Schäden im Sinne der Versicherungsmedizin oder der berufsgenossenschaftlichen Fragestellungen. Und es existieren für den gerichtsärztlichen Gutachter auch noch andere, hier bislang nicht genannte Aufgabenbereiche wie zum Beispiel Begutachtungen im Zusammenhang der juristisch häufiger zu stellenden Frage der *Schuldfähigkeit* vor dem Hintergrund von Alkoholkonsum eines Angeklagten. Es dreht sich dabei nicht um forensisch-psychiatrische Fragen oder suchtmmedizinische Erwägungen, sondern um die wissenschaftliche Einschätzung der Auswirkung eines Rauschmittels auf den Organismus. War ein alkoholisierter Straftäter zum Zeitpunkt der Begehung seiner Tat überhaupt schuldfähig? Ist vielmehr auf Grund der Alkoholisierung verminderte oder gar aufgehobene Schuldfähigkeit anzunehmen? Oder handelt es sich um den Fall einer *Actio libera in causa*, einer so genannten vorverlegten Schuld, wenn zwar zum Zeitpunkt der Begehung der Betreffende berauscht war, aber gewissermaßen die Weichen für die Handlung zuvor schon im nüchternen Zustand gestellt worden sind, so dass trotz des Rausches zur Begehungszeit eine vorwerfbare Schuldhaftigkeit besteht? – Zu derlei Fragen muss ein gerichtsärztlich Tätiger in seinem Alltag nicht gerade selten gutachterlich Stellung nehmen.

All dies sind rechtsmedizinische Untersuchungsfelder, die nicht zu Unrecht in den meisten Lehr- und Übersichtswerken bei der Behandlung des Stoffes als gleichsam verwandte Thematik neben die Prüfung der Haft-, Termin- und Arbeitsfähigkeit eingereiht werden. Dennoch wurden in dieser Arbeit bewusst nur diese letzteren drei Aspekte in einer eigenen Darstellung gewürdigt, wie dies auch bereits in der Studie von Werner Naeve und Britta Becker geschehen ist, die hier vergleichend zu Grunde gelegt wurde. Schon diese beiden Autoren hatten in ihrem Beitrag von 1973 etwa Fragen der oben angesprochenen gerichtsärztlichen Prüfung von Schuldfähigkeit ausgeklammert.

Diese Herausstellung der Prüfung von Haft-, Termin- und Arbeitsfähigkeit als einer ganz eigen akzentuierten Sparte gerichtsärztlicher Aufgabenstellung liegt darin begründet, dass der Gerichtsarzt hier nicht wie in der forensischen Traumatologie, Viktimologie und Versicherungsmedizin beziehungsweise wie im Zusammenhang mit Fragen von Alkohol- oder sonstigem Rauschmitteleinfluss eo ipso mit Aspekten nicht-natürlicher, sozusagen „forensischer“ Gesundheitsbeeinträchtigungen konfrontiert wird. Opfer oder Geschädigte sind gerade wegen ihres erlittenen Schadens in den Fokus der juristischen Aufmerksamkeit geraten. Der rauschhafte Zustand des Delinquenten steht im innersten Zusammenhang mit dem juristisch aufzuklärenden Sachverhalt. Anders die Probanden der Haft-, Termin- und Arbeitsfähigkeitsprüfungen, sie sind in anderen Zusammenhängen aus Gründen, die nicht mit ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung zu tun haben, Teil eines gerichtlichen Verfahrens geworden. Sie sind schlüssig aus dem jeweiligen Ver-

fahren heraus bestimmten Entscheidungen unterworfen worden; es trifft sie die Bestimmung, zu einer Hauptverhandlung erscheinen zu müssen, sie erfahren eine Verurteilung zu einer Haftstrafe oder es ergeht eine Unterhaltsregelung. Erst in diesen Zusammenhängen werden sodann medizinische Aspekte thematisiert, von denen zumindest die Betroffenen meinen, dass unter ihrer Berücksichtigung die juristischen Entscheidungen anders ausfallen müssten: Der Angeklagte glaubt, wegen Verhandlungsunfähigkeit nicht vor Gericht erscheinen zu müssen, der Verurteilte denkt, er brauche wegen Haftunfähigkeit seine Strafe nicht anzutreten, und der Unterhaltspflichtige hält dafür, er könne wegen Arbeitsunfähigkeit nicht die Mittel zur auferlegten Zahlung erwerben.

Von daher stellen die Untersuchungen auf Haft-, Termin- und Arbeitsfähigkeit eine ganz eigene Gattung gerichtsärztlicher Tätigkeit dar. Das Kapitel IV.5 dieser Arbeit diene in diesem Zusammenhang dem detaillierten Überblick, welche gesundheitlichen Störungen konkret im Zehnjahreszeitraum von 1995 bis 2004 in Hamburg gerichtsärztlicherseits in die gutachterlichen Erwägungen einzubeziehen waren. Wie dargestellt, treffen für diese medizinischen Problemfelder Charakteristika zu, die aus dem Bereich der Allgemeinmedizin vertraut sind (vgl. IV.5.4). Die angeklagten und nichtangeklagten Probanden spiegeln dabei in gewisser Weise die in der Bevölkerung vorherrschenden gesundheitlichen Problematiken wider. Es sind keine typisch „gerichtsmedizinischen“ Krankheiten, die zu begutachten waren, sondern es zeigt sich jenes Spektrum, dem auch der patientenbetreuende Arzt in Klinik und Praxis gegenübersteht. Es konnte daher für diesen Bereich der gerichtsärztlichen Tätigkeit ein deutlich *allgemeinmedizinischer* Charakter belegt werden (vgl. IV.5.5). Dies spricht eindeutig dafür, dass der seit der Neuzeit in Europa üblich gewordene Ausbildungsweg des dem Gericht bei medizinischen Fragestellungen dienenden Experten seine Berechtigung hat: Die spezielle rechtsmedizinische, inzwischen in Deutschland durch eine Facharztweiterbildung geregelte Ausbildung erfolgt erst nach einem komplett absolvierten Studium der Humanmedizin und der erworbenen allgemeinen Approbation zum Arzt. In der akademischen Geschichte hat es dagegen immer wieder Ansätze gegeben, die Gerichtsmedizin wegen ihrer auf die Rechtspflege zielenden praktischen Orientierung aus dem Kanon der „eigentlichen“ medizinischen Fächer beziehungsweise aus dem Verbund der Klinik auszunehmen und etwa der Rechtswissenschaft zu unterstellen. Doch kein „forensic expert“ kann durch Spezialkenntnisse das ärztliche Wissen eines *lege artis* ausgebildeten Mediziners wettmachen, das der gerichtsärztliche Gutachter benötigt. Während die heutige fachärztliche Weiterbildungsordnung in der Rechtsmedizin dabei unter Ansetzen von Pflichtzeiten ausdrücklich Tätigkeiten in der Pathologie und der Psychiatrie vorschreibt, hat die Darstellung in dieser Arbeit gezeigt, dass für entsprechende gerichtsärztliche Begutachtungen auch ein profundes allgemeinmedizinisches Wissen nötig wird.

Die Qualifikation des Gerichtsmediziners zum Arzt durch sein abgeschlossenes Humanmedizinstudium – samt der vorgeschriebenen Zeiten im Praktischen Jahr in der Inneren Medizin und der Chirurgie sowie in einem weiteren frei wählbaren Fach – gewährleistet die ärztliche Grundbildung. Wie das Kapitel IV.6 zeigte, ist der Gerichtsarzt dabei jedoch keineswegs ein Alleskönner, so wie in der modernen Medizin überhaupt ein Arzt nicht mehr der Polyhistor vergangener Zeiten ist, der sich ein valides Urteil über alle medizinischen Gegenstände erlauben könnte. Die Betrachtung der im Untersuchungszeitraum von 1995 bis 2004 beim Hamburger Gerichtsärztlichen Dienst hinzugezogenen fachärztli-

chen Gutachter aus klinischen Bereichen (vgl. IV.6.3) belegt, dass eine Kooperation vom forensischen Mediziner und vom im jeweiligen Bereich wie Kardiologie oder Orthopädie versierten klinischen Experten in einem Gutteil der Fälle gefordert ist. Es ist keineswegs als Mangel zu werten, wenn der Rechtsmediziner den detaillierten aktuellen Stand der Wissenschaft etwa über Herzerkrankungen nicht zu seinen intellektuellen Aktivposten zählt. Umgekehrt bringt ein Kardiologe durch seine spezielle klinische Befähigung auch nicht die tiefere Kenntnis der rechtlichen Sphäre mit, die ihn befähigen könnte, alleine alle forensischen Zusammenhänge profund gutachtlich zu würdigen. Je nach Ausgestaltung des Einzelfalles bedarf es einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit; auch dies ist, wie dargestellt, eine Parallele zum Allgemeinmediziner, der sich, die Behandlung seines Patienten koordinierend, ab einem bestimmten Punkt fachärztlicher Unterstützung versichert, ohne dass darin das Eingeständnis läge, mit seinen Fähigkeiten versagt zu haben. Die moderne Medizin ist, wie skizziert, vom Facharztwesen und der Kooperation sich geeignet ergänzender Kenner der jeweiligen Fachgebiete geprägt (vgl. IV.6.1). – Für die gerichtsärztliche Tätigkeit in Hamburg hat sich dabei, wie die Recherchen zu dieser Arbeit zeigten, im Übrigen eine Art von Kooperationsnetz gebildet. Auf Grund der Erfahrungen der Beteiligten in früheren Fällen haben sich bezüglich bestimmter oft zu thematisierender medizinischer Problemfelder wie Kardiologie, Orthopädie oder innerer Medizin langjährige gutachterliche „Partnerschaften“ zwischen dem Gerichtsärztlichen Dienst und Vertretern klinischer Institutionen herausgebildet. Es steht daher durchaus in Überlegung, diese mehr oder weniger spontan erwachsenen fruchtbaren Verbindungen in Form einer Art „Gutachterdienst für klinische Anschlussgutachten“ zu festigen. Unter dem Gesichtspunkt der Qualitätssicherung wäre so unabhängig vom persönlichen Wissen der einzelnen Beteiligten über die Eignung bestimmter Fachärzte zu forensischen Anschluss- und Zusatzbegutachtungen gewährleistet, im Bedarfsfall geeignete Kooperationspartner zur Hand zu haben. Der Bedarf zumindest besteht, denn wie das Kapitel IV.6 verdeutlichte, sind fachärztliche Anschlussgutachten bei rechtsmedizinischen Problemstellungen ein fixes Moment gerichtsärztlicher Tätigkeit geworden.

Wie es dabei überhaupt zu diesen gerichtsärztlichen Aufgabenstellungen neben der seit dem Altertum bekannten ärztlichen Untersuchung von überlebenden wie getöteten nicht-natürlich Geschädigten kommen konnte, zeigt sich in der Beschäftigung mit der Entstehung des modernen Prozess- wie des Strafrechtswesens. Im Zusammenspiel der einzelnen Abschnitte dieser Arbeit diente der Teil I der historischen Hinführung und verdeutlichte zunächst das Gewordensein der Strukturen von Medizin im Dienste staatlicher, öffentlicher Interessen. Einerseits war hier die Herausbildung einer Gerichtlichen Medizin als fachlicher Disziplin zu vergegenwärtigen (vgl. I.1). Andererseits war die neuere historische Entwicklung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Deutschland mit ihrer institutionellen Eigenheit der Gesundheitsämter und des Amtsarztwesens darzustellen (vgl. I.2), um mit Blick auf die entsprechenden, von Behörden eingeforderten Gutachten Zuständigkeit und jeweilige Verortung erfassen zu können. Um die Besonderheit des zu analysierenden Datenmaterials aus drei Jahrzehnten gutachterlicher Tätigkeit in Hamburg zu verstehen, folgte auch eine medizinhistorische Schilderung der hiesigen Gerichtsmedizin mit der Besonderheit des Gerichtsärztlichen Dienstes als einer Behörde neben dem Amtsarztwesen der Gesundheitsämter (vgl. I.3).

Wenn hier die gerichtsärztliche Untersuchung der Arbeitsfähigkeit als eine eigenständige Thematik neben der Haft- und Terminfähigkeitsprüfung abgehandelt wird, so ist dies, wie einleitend dargestellt wurde (vgl. 0.3), der Themenstellung von Naeve und Becker geschuldet, um im historischen Kontext eine Vergleichbarkeit des jeweils erhobenen Datenmaterials zu ermöglichen. Da allerdings die gerichtsärztliche Prüfung der Arbeitsfähigkeit längst keine annähernd gleichwertige Bedeutung wie die Untersuchungen auf Haft- oder Terminfähigkeit mehr besitzt, wurde auf eine entsprechende geschichtliche Herleitung dieses juristischen Aspektes in **Teil I** verzichtet. Was jedoch die *Verhandlungsfähigkeit* als wichtigstes Moment der Terminfähigkeitsuntersuchungen sowie die *Haftfähigkeit* betrifft, so wurden der systematischen Darstellung entsprechende rechtsgeschichtliche Skizzen vorausgeschickt. Eingebettet im Gesamtkontext der Rechtsgeschichte wurde einerseits die Historiogenese vom vormaligen brauchartigen Gewohnheitsrecht zum verfassten Verfahrensrecht im Sinne der Herausbildung des modernen Verhandlungsprozesses aus dem Inquisitionswesen dargestellt (vgl. I.4). Zum anderen wurde mit dem rechtsphilosophischen Seitenblick auf Strafe und ihrer Rolle an sich in verschiedenen Rechtssystemen die Entstehung des modernen Strafvollzugsgedankens und der entsprechenden Institutionen in Form von Justizvollzugsanstalten geschildert (vgl. I.5).

Darauf gründend, konnten sich im **Teil II**, nachdem entsprechende Gesetzestexte und Bestimmungen referiert wurden (vgl. II.2), systematische Ausführungen zur Bestimmung einzelner im Zusammenhang dieser Arbeit relevanter Begriffe anschließen (vgl. II.3). Reflexionen auf das Wesen der juristischen Fachsprache sowie auf die Rolle von medizinischen Gutachten und Attesten im gerichtlichen Zusammenhang ergänzten die Betrachtung, ohne diesbezüglich die Thematik systematisch erschöpfend abhandeln zu wollen (vgl. II.1). In der Auseinandersetzung mit der Berücksichtigung insbesondere der Haft- und der Terminfähigkeit ferner auch der Arbeitsfähigkeit im rechtsmedizinischen Schrifttum bot der **Teil III** dann einen ideengeschichtlichen Angang an die Materie. Verschiedene literarische Beiträge von den Lehrwerken der Gerichtsmedizin sive Rechtsmedizin über exemplarisch vorgestelltes spezielles Schriftgut für Ärzte im Öffentlichen Gesundheitswesen bis hin zu neueren Fachbeiträgen in Zeitschriften wurden unter dem Leitgedanken vorgestellt, zu verdeutlichen, mit welcher inhaltlichen Bestimmung die jeweiligen Begrifflichkeiten seit dem Beginn der Moderne gefüllt worden sind. Alles in allem rundete sich so das Bild vom Herkommen dieser ganz speziellen Sparte gerichtsärztlicher Aufgabenstellung.

IV.9.2 Veränderte Quantitäten gerichtsärztlicher Tätigkeit seit den 1960er Jahren

Das Kapitel **IV.4** thematisierte die von 1995 bis 2004 durchgeführten Vorgänge bezüglich der Prüfung von Haft-, Termin- und Arbeitsfähigkeit in Hamburg hinsichtlich der Ergebnisse der jeweiligen gerichtsärztlichen Tätigkeit. Diese konnten sich vom ausführlichen Gutachten über kurze Stellungnahmen bis hin zu der dokumentierten Information erstrecken, dass sich ein Proband der ärztlichen Untersuchung entzogen hatte. Die detaillierte Darstellung vom jeweiligen Ausgang der gerichtsärztlichen Vorgänge diente der Einschätzung, ob entscheidungssuchende Juristen in den vom Gerichtsarzt gelieferten Ausführungen eine Hilfestellung erhalten konnten. Die Bedeutung der ärztlichen Stellungnahmen für zu treffende juristische Entscheidungen liegt darin, ob sie dem Juristen als Nichtmediziner ein Kriterium der Trennung berechtigter Anliegen vom unberechtigten Geltendmachen gesundheitlicher Einschränkungen zu liefern vermögen (vgl.

IV.4.1). Für die *Terminfähigkeitsprüfungen* zeigte sich in dieser Perspektive, dass nach dem Einschalten eines gerichtsärztlichen Gutachters in über 46 Prozent der Fälle, in denen Angeklagte eine gesundheitliche Störung als einschränkend geltend gemacht hatten, sich eine solche Einschränkung *nicht* bestätigen ließ (vgl. IV.4.2.a). Knapp 30 Prozent der betroffenen Angeklagten hatten dagegen mit Recht zum Zeitpunkt der Untersuchung eine Terminunfähigkeit geltend gemacht. Rechnet man dazu auch noch jene Probanden hinzu, die zwar nicht terminunfähig auf Grund der von ihnen vorgebrachten Erkrankungen waren, deren gesundheitlicher Einschränkung aber durch Anpassung der Verhandlung mehr oder weniger stark Rechnung getragen werden musste, so haben etwa 50 Prozent der angeklagten Probanden mit Berechtigung eine zu berücksichtigende gesundheitliche Störung geltend gemacht (vgl. IV.4.2.a). Bei den nichtangeklagten Probanden wie Zeugen und anderen Prozessbeteiligten lag mit 63 Prozent dieser Anteil sogar noch höher (vgl. IV.4.2.a). Insgesamt hat damit das Einschalten eines gerichtsärztlichen Gutachters sehr wohl ermöglicht, die Schar jener, die für sich auf Terminunfähigkeit drängten, in die zwei großen Gruppen von berechtigten und abzuweisenden Anliegen zu sortieren. Auch bezüglich der kleinen Zahl alleinig zu prüfender Reisefähigkeiten hat sich ähnlich ein Bild ergeben, das zeigt, wie mittels der ärztlichen Diagnosen eine juristische Entscheidungsfindung möglich wurde (vgl. IV.4.2.b).

Bei den detailliert ausgewerteten *Haftfähigkeitsprüfungen* der Jahre 1995 bis 2004 erwies sich ebenso, dass ein Großteil der Anliegen berechtigt war: In gut 77,5 Prozent der Fälle waren gesundheitliche Beschwerden objektivierbar. Über 31 Prozent der Probanden waren durch diese Beschwerden tatsächlich zum Zeitpunkt des behördlicherseits bestimmten Haftantrittes haftunfähig, während bezüglich der übrigen gesundheitlich eingeschränkten mit den medizinischen Betreuungsmöglichkeiten in der Haft eine angemessene Versorgung sichergestellt war (vgl. IV.4.2.c). Auch diese Aufgliederung der Probanden – samt entsprechend weiter differenzierender Weisungen, ob etwa zunächst oder ständig der Vollzug im Haftkrankenhaus nötig sei, – bot sichtlich der Strafvollstreckungsbehörde eine Basis zur angemessenen Entscheidungsfällung. Bei den nur wenigen mittlerweile durchgeführten gerichtsärztlichen Prüfungen der *Arbeitsfähigkeit* erwies sich ebenfalls eine deutlich Aufteilung der Probanden. Ein Anteil von etwas über 57 Prozent der kleinen Probandenmenge erwies sich als tatsächlich in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt, wobei 50 Prozent der Probanden als dauerhaft eingeschränkt anzusehen waren. Immerhin noch weitere über 28,5 Prozent waren sogar langfristig bis absehbar dauerhaft arbeitsunfähig (vgl. IV.4.2.d). Demgegenüber stehen Fälle wie jener geschilderte des 1995 polizeilich zur Untersuchung vorgeführten Mannes, der wegen Unterhaltspflichtverletzung angeklagt war und ohne Berechtigung Krankheitsgründe zur Erklärung vorschob, warum er keiner Arbeit nachgehe (vgl. IV.4.2.d). Auch hier sprechen die Ergebnisse der gesichteten gerichtsärztlichen Vorgänge dafür, dass die Begutachtung in Form ärztlicher Diagnosen ein Entscheidungskriterium für juristische Entscheidungsfindungen zu liefern vermochte.

Diese Sicht auf die Ergebnisse der Untersuchungen wird indessen im Gesamteindruck durch das ins Auge fallende Phänomen überlagert, dass insgesamt gerichtsärztliche Untersuchungen nicht mehr so häufig angefordert werden wie in der von Werner Naeve und Britta Becker dokumentierten Zeit von Mitte der 1960er bis Anfang der 1970er Jahre. Das Kapitel IV.2 stellte diese Entwicklung anhand der im Sekretariat des Gerichtsärztlichen Dienstes von 1975 bis 2004 angefragten gerichtsärztlichen Prüfungen der Haft-

Termin- und Arbeitsfähigkeit vor. Es lag dabei der Gedanke zu Grunde, dass sich in der Zahl von Anfragen der Bedarf an fachlich-medizinischer Unterstützung bei Gerichten und Staatsanwaltschaften am besten widerspiegeln (vgl. IV.2.1). Im Kapitel IV.3 wurden sodann die im Zeitraum vom 1995 bis 2004 im Anschluss an Anfragen tatsächlich aufgenommenen gerichtsärztlichen Vorgänge im Einzelnen aufgeschlüsselt, unter anderem nach Art der Untersuchung, nach straf- oder nichtstrafrechtlichem Zusammenhang oder nach personellen Merkmalen der Probanden wie Geschlecht oder Alter.

Unverkennbar ist, dass insgesamt weniger oft beim Gerichtsärztlichen Dienst der Bedarf an ärztlicher Untersuchung durch Gerichte und Staatsanwaltschaften angemeldet wurde. Waren nämlich im von Naeve und Becker dokumentierten Zeitraum von 1963 bis 1971 pro Jahr zusammen durchschnittlich 211 gerichtsärztliche Untersuchungen auf Haft-, Termin- oder Arbeitsfähigkeit durchzuführen, und wurde zwischen 1975 und 1984 durchschnittlich pro Jahr noch 217 mal Bedarf für derartige Untersuchungen angemeldet, so sank in den Jahren von 1985 bis 1994 die Zahl auf durchschnittlich 153 Anfragen nach solchen Untersuchungen pro Jahr. Zwischen 1995 bis 2004 wurde diesbezüglich beim Gerichtsärztlichen Dienst jährlich dann nur noch in durchschnittlich 103 Fällen angefragt. Damit hat sich die Bedarfsanmeldung nach gerichtsärztlichen Untersuchungen der Haft-, Termin- und Arbeitsfähigkeit vom Zehnjahreszeitraum 1975 bis 1984 zum Zehnjahreszeitraum 1995 bis 2004 in etwa halbiert (vgl. *Abbildung 1*). Diese sinkende Tendenz verdeutlicht das Diagramm in *Abbildung 2* unter graphischer Darstellung der absoluten Zahlen von Untersuchungsanfragen pro Kalenderjahr.

Dass dieser Trend anhält, belegt der Blick auf die neueren Untersuchungszahlen der Jahre 2005, 2006 und 2007. Wie ausgeführt (vgl. IV.1.2), hat die vorliegende Arbeit für die Auswertung der gerichtsärztlichen Prüfung der Haft-, Termin- und Arbeitsfähigkeit in Hamburg den auszuwertenden Zeitraum bewusst mit dem Jahr 2004 enden lassen, insofern in jenem Jahr eine andere Erfassung der Vorgänge eingeführt wurde. Für den Ausblick an dieser Stelle sollen jedoch in summa die Zahlen der mittlerweile in der elektronischen Datenbank des Hamburger Institutes für Rechtsmedizin erfassten gerichtsärztlichen Untersuchungen herangezogen werden. Wie erläutert (vgl. IV.1.2), werden nunmehr elektronisch die durchgeführten Vorgänge dokumentiert. Die Zahlen der dabei in den so genannten Auftragskategorien „U“ (= Untersuchung) unter den drei Titeln „Verhandlungs-“, „Vollzugs-“ und „Arbeitsfähigkeit“ abgespeicherten Fälle sollen dabei an dieser Stelle ohne größere methodologische Rücksicht den hier dargestellten Zahlen von Termin-, Haft- und Arbeitsfähigkeit vergleichend gegenübergestellt werden. Die Tabelle in *Abbildung 37* bietet das entsprechende Zahlenmaterial. Insbesondere in der ersten Spalte ist zu berücksichtigen, dass die dort dargestellte Kategorie „Verhandlungsfähigkeit“ der Jahre 2005 bis 2007 inhaltlich nicht als voll deckungsgleich mit dem in dieser Arbeit verwendeten Begriff der Terminfähigkeit anzusetzen ist. Dennoch bietet sich ein stimmiges Bild, insofern die Dimensionen der Zahlen keineswegs un schlüssig von einander abweichen: Waren 2005 insgesamt 56 Verhandlungsfähigkeitsuntersuchungen zu verzeichnen, lagen 2006 mit 67 etwas mehr dieser Untersuchungen vor, während 2007 die Anzahl auf 39 abgesunken war. Durchschnittlich wurden in diesen drei Jahren mithin 54 derartige Untersuchungen jährlich geleistet, wobei im Zehnjahreszeitraum von 1995 bis 2004 die durchschnittliche Zahl durchgeführter Terminfähigkeitsprüfungen niedriger, nämlich bei rund 45,8 pro Jahr gelegen hatte. Darin ist jedoch kein Hinweis auf eine Trendumkehr ab 2005 zu sehen. In den Jahren bis 2004 waren nämlich bisweilen recht

deutliche Schwankung der Zahlen zu registrieren, so dass sich das Gesamtbild der Entwicklung nicht aus einem derart kleinen Zeitraum ablesen lässt, wie ihn jene drei Jahre darstellen, die mittlerweile erst verstrichen sind. Der kleine „Aufschwung“ kann im Rahmen der üblichen Schwankungen gesehen werden. Das Diagramm in der *Abbildung 38* vereinigt zur Illustration die drei aus den *Abbildungen 4, 7 und 9* bekannten Verlaufskurven bezüglich der zahlenmäßigen Entwicklung von Termin-, Haft- und Arbeitsfähigkeitsprüfungen und ergänzt sie mit dem oben skizzierten Zahlenmaterial der neueren Statistik. Unverkennbar schreibt dabei die obere, auf Terminfähigkeitsprüfungen bezogene Kurve den Verlaufstrend fort.

Auch bezüglich der *Haftfähigkeitsprüfungen* ist Ähnliches zu konstatieren. Wie die Zahlen der Tabelle in *Abbildung 37* zeigen, gab es 2006 mit 17 der nun so genannten Vollzugsfähigkeitsuntersuchungen etwas mehr dieser Vorgänge als jeweils im Jahr davor und danach (2005: 9 Untersuchungen; 2007: 7 Untersuchungen), so dass der entsprechende Kurvenverlauf im Diagramm der *Abbildung 38* eine leichte Anhebung zeigt. Doch ist wohl auch hier die Fortschreibung des Verlaufstrends mit den entsprechenden Auf- und Abschwankungen unverkennbar. Der Vergleich der Durchschnittszahlen spricht ebenso dafür: Lag im Zehnjahreszeitraum von 1995 bis 2004 die durchschnittliche Zahl von Haftfähigkeitsprüfungen bei rund 16,9 pro Jahr, so waren in den drei Jahren von 2005 bis 2007 im Durchschnitt jährlich 11 vergleichbare gerichtsärztliche Untersuchungen zu verzeichnen. – Hinsichtlich der *Arbeitsfähigkeitsuntersuchungen*, die in der Zeit seit 1995 zuweilen in manchen Jahren auf null gefallen waren, vermeldet die neuere Statistik für die Jahre 2005, 2006 und 2007 zwar für jedes Jahr entsprechende Vorgänge, wobei mit vier, zwei beziehungsweise wiederum vier Untersuchungen im Verlauf der Kurve sehr leichte Hebungen sichtbar werden (vgl. *Abbildung 38*). Mit durchschnittlich gut 3,3 derartigen Untersuchungen liegt der jährliche Durchschnitt in den drei Jahren von 2005 bis 2007 damit über jenem im Zehnjahreszeitraum von 1995 bis 2004, der rund 1,7 betrug (vgl. *Abbildung 37*), was jedoch schwerlich für eine Änderung des Trends zu sprechen vermag.

Unabhängig von der Frage des zukünftigen weiteren Verlaufs, ist indessen für den hier untersuchten Zeitraum seit Mitte der 1970er Jahre bis zur Gegenwart deutlich erkennbar, dass die Anforderungen beziehungsweise Durchführungen von gerichtsärztlichen Untersuchungen zahlenmäßig abgenommen haben. Wie die Zusammenschau der drei Kurven im Diagramm der *Abbildung 38* visualisiert, hielt dabei zunächst die Zahl der Terminfähigkeitsuntersuchungen, wenngleich unter Schwankungen, ihr altes Niveau annähernd. Verdeutlicht man sich, dass in der von Naeve und Becker dargestellten Epoche noch alle einbezogenen drei Untersuchungsarten – Termin-, Haft- und Arbeitsfähigkeit – mit durchschnittlich zwischen 69 bis 72 Vorgängen jährlich annähernd gleich häufig waren (vgl. **IV.2.2**), so „brachen“ zuerst die Haft- und Arbeitsfähigkeitsuntersuchungen zahlenmäßig ein. Im Diagramm der *Abbildung 38*, das die Situation ab 1975 erfasst, liegen ihre beiden Kurven zunächst noch eine Weile auf einem gleichen, schon deutlich unter jenem der Terminfähigkeitsprüfungen abgesenkten Niveau, um dann zu Beginn der 1980er Jahre auseinander zu fallen: Die Zahl der Arbeitsfähigkeitsuntersuchungen sank nun von Jahr zu Jahr rasch und setzte sich so von der Zahl der Haftfähigkeitsprüfungen, die gewissermaßen ab den 1990er Jahren das mittlere Niveau der drei Kurven hielt, ab. In den Jahren ab 1999 jedoch sank dann auch die Entwicklungskurve der Haftfähigkeitsprüfungen unverkennbar.

Was den in dieser Arbeit dokumentierten Zeitraum betrifft, so hatte sich zunächst das Bild ergeben, dass von den zuvor drei gleich wichtigen gerichtsärztlichen Untersuchungsarten die Arbeitsfähigkeitsuntersuchung zahlenmäßig zu nur noch einer Marginalie abgesunken ist (vgl. **IV.2.2.d**). Die beiden anderen Untersuchungsarten schienen demgegenüber – zwar unter allgemeiner Tendenz der Verringerung – mit den Terminfähigkeitsuntersuchungen als dem über den Haftprüfungen dominierenden „Hauptteil“ nicht einer solch harschen Dezimierung im Repertoire der gerichtsärztlichen Tätigkeiten ausgesetzt zu sein.

Betrachtet man die neuen und neuesten Zahlen, so scheint diese Diversifikation aber nur eine vorübergehende Verhältnisbildung, keine konsolidierte Relation gewesen zu sein. Die Haftfähigkeitsprüfungen zumindest scheinen nach der Jahrtausendwende mit Verzögerung zu einer ähnlich sinkenden zahlenmäßigen Entwicklung anzusetzen wie zuvor die Arbeitsfähigkeitsuntersuchungen. – Ob sich die stets stärker schwankende Zahl der Terminfähigkeitsprüfungen auf einem niedrigen Niveau einpendelt oder in der Folge ebenso einen ähnlichen quantitativen Bedeutungsverlust aufweisen wird, muss einer Betrachtung zu einem späteren Zeitpunkt vorbehalten bleiben. Erst die Kenntnis von der Entwicklung der noch bevorstehenden nächsten Jahre wird ein entsprechendes Fazit möglich machen.

IV.9.3 Rückgang gerichtsärztlicher Tätigkeit durch weniger juristische Vorgänge?

Hält man sich vor Augen, wie die Sichtung des rechtsmedizinischen Schrifttums in **Teil III** zeigte, dass sich nach längerer Zeit der Minderbeachtung nun in neueren Publikationen das Interesse an gerichtsärztlichen Untersuchungen lebender Probanden besonders im Sinne von Haft- und Verhandlungsfähigkeitsprüfungen regt, so mag die zuvor geschilderte Entwicklung befremdlich erscheinen. Zur gleichen Zeit, in der die Bedeutung dieser forensisch-medizinischen Untersuchungen in weiteren Fachkreisen bewusst wird, sinkt zumindest im für die Großstadt Hamburg vorliegenden Datenmaterial die Häufigkeit, mit der sie in der Rechtspflege zahlenmäßig auftreten.

Im hier vorliegenden **Teil IV** der Betrachtung sollte gemäß der Richtungsweisung in der Überschrift eine *empirische Analyse* der von 1975 bis 2004 dokumentierten gerichtsärztlichen Prüfungen der Haft-, Termin- und Arbeitsfähigkeit vorgenommen werden. Dies stellt die Darstellung unter die methodologische Maxime, nur das aufzuzeigen beziehungsweise zur besseren Sichtbarkeit herauszupräparieren, was im gesammelten Datenmaterial faktisch enthalten ist. Jenes aber an den so aufgezeigten Phänomenen in seiner Genese zu erklären, was sich in seinem Zustandekommen nicht aus den Eigenheiten der erhobenen Daten selbst ablesen lässt, überschreitet den gesteckten empirischen Rahmen.

Das an den Daten ablesbare Phänomen der schwindenden Zahl gerichtsärztlicher Untersuchungen insbesondere von Arbeits-, aber auch von Haft- und Terminfähigkeit ist nicht durch aus diesen Daten selbst ableitbare Eigenheiten erklärbar. Wie oben umrissen (vgl. **IV.9.2**), sortieren die gerichtsärztlichen gutachtlichen Stellungnahmen die von den Probanden vorgebrachten Einlassungen bezüglich ihrer gesundheitlichen Situation sehr wohl in berechnigte und nicht berechnigte Fälle. Das Hinzuziehen gerichtsärztlicher Kompetenz vermag also für die juristische Entscheidungsfindung dienlich zu sein und der zahlenmäßige Rückgang kann wohl nicht damit erklärt werden, dass es sich um ein un-

geeignetes Instrumentarium der Rechtspflege handele, das daher mal um mal weniger oft in Anspruch genommen werde.

Auch wenn auf Basis der hier erhobenen und darzustellenden Daten keine Erklärung des Phänomens herzuleiten und im hier gesetzten Rahmen des empirischen Ansatzes damit keine Ausführung erfolgen kann, so soll doch abschließend eine statistische Reflektion in diesem Zusammenhang erlaubt sein. Wie dargestellt (vgl. I.3.4), ist eine so umfassende Falldatensammlung wie die des Hamburger Gerichtsärztlichen Dienstes bezüglich vergleichbarer urbaner Ballungsgebiete wie überhaupt bezüglich der amtsärztlichen Tätigkeiten in Deutschland eine Ausnahmeerscheinung. Von daher ist nicht anzugeben, ob der für Hamburg unverkennbare Trend die allgemeine Situation in der Rechtspflege widerspiegelt oder ob eine lokalspezifische Entwicklung vorliegt, deren Ursachen in Verhältnissen vor Ort zu suchen wäre.

Eine unmittelbar, ohne ausdeutende Erwägungen zu konstatierende Ursache für den zahlenmäßigen Rückgang von Gutachten in gerichtlichen und staatsanwaltschaftlichen Auftrag wäre nun die Tatsache, dass es schlicht weniger zu führende Verhandlungen und weniger Verurteilungen gäbe. Dies bedingte rein logisch einen Rückgang der Fälle, in denen bei medizinischen Problematiken gerichtsärztlicher Sachverstand nötig wäre. Um diese Erklärungshypothese näher zu beleuchten, sei hier nach dem Umfang gefragt, in dem die Hamburger Justiz mit entsprechenden Vorgängen ausgelastet war: Ist dabei in der Entwicklung zur Gegenwart hin ein Trend zu sinkenden Fallzahlen zu verzeichnen? Gemäß der Erkenntnis, dass die hier untersuchten gutachterlichen Tätigkeiten vordringlich in *strafrechtlichen* Zusammenhängen verortet waren (vgl. IV.3.2), soll zunächst ein Blick auf den Bereich der öffentlichen Sicherheit und Strafrechtspflege geworfen werden, insofern bezüglich erfasster Straftaten und der Strafverfolgung entsprechendes statistisches Material in so genannten „Langen Reihen“ zur Auswertung vorliegt. Im Hamburger Statistischen Jahrbuch finden sich tabellarische Überblicke zur zahlenmäßigen Entwicklung der polizeilich erfassten Straftaten im Verlauf der Jahre [101]. Für die an dieser Stelle angestellten Überlegungen ist dabei keine detaillierte Aufschlüsselung etwa nach Art der Delikte oder Verortung der Kriminalität im Sinne von Straßenkriminalität etcetera vonnöten. Die Graphik in *Abbildung 39* gibt als Säulendiagramm einen Überblick über die in den Kalenderjahren von 1975 bis 2005 polizeilich in Hamburg insgesamt bekannt gewordenen Straftaten wieder (wobei so genannte Staatsschutzdelikte und Verkehrsdelikte nicht mitgezählt worden sind) [102]. Bereits prima vista ist erkennbar, dass die Anzahl zwar nicht stetig gestiegen ist, sondern Auf- und Abschwankungen unterlag, aber doch insgesamt über die Jahre als gewachsen bezeichnet werden muss. Wurden 1975 exakt 150.526 Straftaten polizeilich bekannt, so waren 2005 insgesamt 244.807 Delikte zu verzeichnen. Damit war zwar die erfasste Straftatmenge in der neueren Zeit seit 2003 rückläufig (2003: 271.393; 2004: 261.268) und lag deutlich unter jener in den „Gipfeljahren“ von 1992 und 2001, als die Zahl sogar jeweils über 300.000 hinauswuchs (1992: 306.643; 2001: 318.528). Jedoch bewegen sich die jährlichen Zahlen sichtlich auf einem höheren Niveau als in den 1970er Jahren. War die Zahl in der ersten Hälfte der 1970er Jahre – in *Abbildung 39* nicht mit dargestellt – noch immer unter 140.000 geblieben, so wurden ab 1975 stets mehr als 150.000 und ab 1980 stets mehr als 200.000 Straftaten jährlich in Hamburg polizeilich auffällig. Wie erwähnt, sind dabei unter anderem noch nicht einmal die keineswegs seltenen Verkehrsdelikte mitgezählt.

Im Anschluss sei ein Blick auf die Strafverfolgung in Hamburg gestattet. Wie das analog aufgebaute Säulendiagramm in *Abbildung 40* zeigt, ist auch die Zahl der gerichtlichen Verfahren nicht im Schwinden gewesen. Wiedergegeben ist hier der zahlenmäßige Verlauf der strafrechtlichen Verfahren nach allgemeinem und Jugendstrafrecht, wobei alle *abgeurteilten* Personen in die Aufrechnung einbezogen wurden, das heißt nicht nur Verurteilte, sondern auch Freigesprochene oder Betroffene, deren Verfahren eingestellt worden ist [103]. Dies geht mit dem Gedanken einher, dass sich fragliche, gerichtsärztlich zu prüfende Terminfähigkeit nicht nur mit hernach verurteilten Angeklagten verknüpft. Auch Angeklagte, die freigesprochen oder deren Verfahren eingestellt wurden, können mit Blick auf Reise- oder Verhandlungsfähigkeit zuvor gesundheitliche Beschwerden geltend gemacht haben. Die im Diagramm der *Abbildung 40* graphisch dargestellten Zahlen bewegen sich anders als die Zahlen der erfassten Straftaten nicht im Hundert-, sondern im Zehntausenderbereich. Bis 1979 lagen sie stets unter 30.000 pro Jahr, während über die gesamten 1980er Jahre die Zahl der in Hamburg strafrechtlich Abgeurteilten nie weniger als 31.000 betrug. Zwar fiel die Zahl der Verfahren zu Beginn der 1990er Jahre auch wieder mehrmals unter 30.000 pro Jahr und im Jahr 2000 war mit 27.085 Fällen sogar einmal fast exakt der Stand von 1970 mit damals 27.074 Verfahren erreicht worden. Doch ist eindeutig erkennbar, dass die Hamburger Gerichte in den vergangenen 30 Jahren nicht weniger, sondern immer mindestens genauso und meist sogar mehr mit strafrechtlichen Verfahren beschäftigt waren als in der Zeit zu Beginn der 1970er Jahre.

Was den in dieser Arbeit untersuchten Aspekt der gerichtsärztlicherseits zu prüfenden Haftfähigkeit verurteilter Probanden betrifft, so soll hier der Vollständigkeit halber auch ein Blick auf die Zahl der in Hamburg insgesamt strafrechtlich Verurteilten geworfen werden [104]. In *Abbildung 41* werden die absoluten Zahlen für das jeweilige Kalenderjahr von 1975 bis 2005 im Überblick graphisch dargeboten. Der Natur der Sache nach liegen die Zahlen der verurteilten Personen dabei unter den Zahlen der geführten Verfahren aus der *Abbildung 40*, insofern dort auch Freigesprochene und Verfahrenseinstellungen mitgezählt wurden. Die jährliche Menge der Verurteilten zeigt dabei keine Tendenz, auffallend groß im Umfang zu wachsen, sie bleibt in ihrer Dimension cum grano salis auf vergleichbarem Niveau. (Seit den 1970er Jahren ging also bei einer Aufklärungsquote von zwischen zumeist 35 bis 45 Prozent [105] die bei absolut zunehmender Zahl polizeilich bekannt gewordener Straftaten daraus resultierende größere Menge aufgeklärter Straftaten nicht mit einer entsprechenden Zunahme von Verurteilungen einher.) Insofern findet sich im Verlauf dieser auf etwa konstantem Niveau leicht schwankenden Menge von Verurteilungen nicht annähernd eine mit dem hier beschriebenen Sinken der gerichtsärztlichen Haftfähigkeitsprüfungen in Verbindung zu setzende Entwicklung.

Notabene ist die Zahl der strafrechtlich Verurteilten nicht gleich zu setzen mit der zu einer Haftstrafe verurteilten Personen. Im Vorhinein nicht auszuschließen wäre, dass deutlich weniger Angeklagte zu Freiheits- und statt dessen mehr zu Geldstrafen verurteilt würden, so dass sich aus diesem Grund die Problematik einer fraglichen Haftunfähigkeit weniger oft ergäbe. Doch zeigen entsprechende Veröffentlichungen aus der Hamburger Justizbehörde [106], dass für den in dieser Arbeit mit einer detaillierteren Auswertung untersuchten Zeitraum von 1995 bis 2004 die durchschnittliche Belegung der Hamburger Justizanstalten meist zwischen 2.000 und 2.500 Insassen im geschlossenen und meist über 500 Personen im offenen Strafvollzug betragen hat (durch Verschiebung der Verhältnisse sank 2003 und 2004 die Belegung im offenen Vollzug unter 500, wäh-

rend die Belegung im geschlossenen Vollzug auf etwas über 2.500 stieg). Bei einer durchschnittlichen Belegung der Hamburger Justizvollzugsanstalten im zahlenmäßigen Bereich von mithin insgesamt um je etwa 3.000 Personen herum ist im dokumentierten Zeitraum damit keine Tendenz zu einer sinkenden Zahl der Verurteilungen zur Haftstrafe erkennbar.

Das „Verschwinden“ der dritten hier thematisierten Untersuchungsart, nämlich der *Arbeitsfähigkeitsprüfungen* aus dem gerichtsärztlichen Alltag ist nicht erst durch die Aufarbeitung im statistischen Rückblick dieser Arbeit bekannt geworden. Diese Entwicklung war zu auffällig, um den Mitarbeitern des Gerichtsärztlichen Dienstes, die über viele Jahre hier schon tätig sind, verborgen zu bleiben; es brauchte dazu nicht erst eine statistische Auswertung. Da, wie gezeigt (vgl. II.3.4 und IV.3.3.d), Arbeitsfähigkeitsprüfungen zwar auch in strafrechtlichen beziehungsweise in nichtfamilienrechtlichen Zusammenhängen in Auftrag gegeben werden, aber das Gros, als diese Untersuchungen noch häufiger gerichtlicherseits in Auftrag gegeben wurden, mit Familiensachen respektive Unterhaltsangelegenheiten zu tun hatte, mag es naheliegen, für den Rückgang zunächst die auch allgemein bekannt gewordenen Veränderungen im Scheidungsrecht verantwortlich zu machen. Wenn diese Hypothese zuträfe, müssten im Zuge rechtlicher Änderungen deutlich weniger Unterhaltsverfahren aufgetreten sein beziehungsweise müsste in Unterhaltssachen weniger oft die Problematik einkommensvermindernder Erkrankungen eine Rolle gespielt haben.

Das Statistische Jahrbuch weist neben den oben genannten Aspekten des Strafrechts auch die „Tätigkeit der ordentlichen Gerichte in Hamburg in Familiensachen“ aus [107]. Allerdings geben die in der Hamburger Justizbehörde geführten, recht detailreichen Statistiken leider keine Auskunft über die Verhandlungen in Unterhaltsverfahren bezüglich fraglicher Arbeitsfähigkeit der Betroffenen. Wollte man in dieser Hinsicht einen entsprechenden Überblick über die von den Familiengerichten an den Hamburger Amtsgerichten zu bearbeitenden Fälle erlangen, müssten wohl zunächst die archivierten einzelnen Verfahrensakten entsprechend ausgewertet werden [108]. Da das entsprechende Datenmaterial nicht vorliegt, sollen an dieser Stelle in einer Näherung die vom Statistischen Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein veröffentlichten so genannten Jahreszeitreihen über Eheschließungen und Ehescheidungen in Hamburg herangezogen werden [109]. Die absoluten Zahlen der Scheidungen im jeweiligen Kalenderjahr liegen für die Zeit von 1970 bis 2003 einschließlich vor. Die graphische Darstellung in *Abbildung 42* gibt die zahlenmäßige Entwicklung als Kurvenverlauf wieder.

Allgemein ist in Deutschland die Tendenz zur Zunahme von Ehescheidungen spätestens seit den 1970er Jahren unverkennbar, nachdem die in der Nachkriegszeit zunächst sehr hohe Menge an Scheidungen bis zur Mitte der 1950er Jahre gesunken war, um dann seit den 1960er Jahren wieder langsam zu steigen [110]. Wie die Graphik in *Abbildung 42* für die Verhältnisse in Hamburg vor Augen führt, kam es 1975 in der Freien und Hansestadt zu einem Gipfel, als erstmalig mehr als 6000 (nämlich exakt 6107) Ehescheidungen zu registrieren waren. Im Jahr darauf sank die Zahl wieder leicht, was aber noch in einem normalen Schwankungsbereich liegen könnte, um dann zahlenmäßig „einzubrechen“: 1978 wurde mit 1141 registrierten Scheidungen ein historischer Tiefpunkt erreicht. Unverkennbar ist hier die Auswirkung des Ersten Gesetzes zur Reform des Ehe- und Famili-

enrechts zum 01. Juli 1977 zu verspüren. Allerdings scheint dies wohl im Sinne eines vorübergehenden Rückgangs aufgenommenen Verfahren vor dem Hintergrund einer rechtlich neuen Situation zu verstehen sein. Sichtlich „erholte“ sich nämlich die Entwicklung ab den 1980er Jahren wieder ohne allerdings an das hohe Niveau von vor 1976 anzuknüpfen. Nachdem 1984 noch einmal mehr als 5000 Scheidungen in Hamburg zu verzeichnen waren (nämlich 5213), lag die Zahl unter sichtlichen Schwankungen bis auf das Jahr 1997 mit 5092 Ehescheidungen stets unter 5000. Im Übrigen muss dies nicht für eine Tendenz zu stabileren Ehen sprechen; in Rechnung ist zu stellen, dass die Zahl der Eheschließungen deutlich abgenommen hat (von 1970 insgesamt 13.991 auf 2003 nur noch 6959 Eheschließungen), was auf die Menge der in der Folge möglichen Scheidungen Einfluss hat [111]. Die hier nicht einbezogene Scheidungsrate - Verhältnis geschlossener zu geschiedener Ehen - ist also trotz absolut weniger Scheidungen gar nicht als gesunken anzunehmen, was den bekannten Allgemeinplatz über „immer mehr Scheidungen“ erklären mag. Für die hier interessierende Frage jedoch, wie oft Gelegenheit zu gutachterlicher Tätigkeit in Zusammenhang mit juristischen Entscheidungen bestand, ist die absolute Menge der Verfahren von Bedeutung.

Es sind nun an dieser absoluten Menge von Scheidungsverfahren sehr wohl Auswirkungen rechtlicher Veränderungen abzusehen. Augenfällig ist das am skizzierten „Einbruch“ der Zahlen in den 1970er Jahren. Auch in allgemeineren Kreisen ist die damalige Abkehr vom so genannten Schuldprinzip der Scheidung zum Zerrüttungsprinzip bekannt geworden, nach dem nun nicht mehr schuldhaftes Verhalten als Scheidungsgrund nachzuweisen, sondern lediglich das Scheitern der Ehegemeinschaft zu konstatieren ist. Auch ist ab den 1980er Jahren eine Art schwankende Konstanz statt der stetigen Zunahmetendenz von vor Mitte der 1970er Jahre zu erkennen. Dennoch kam es aber nicht dazu, dass die Zahl der Scheidungsverfahren so drastisch abgenommen hat, wie die Zahl der gerichtsärztlichen Arbeitsfähigkeitsprüfungen. Selbst wenn einmal hypothetisch veranschlagt wird, dass in der heutigen veränderten Berufssituation mit oft zwei verdienenden Partnern die Regelung des Trennungs- und des nachherigen Scheidungsunterhaltes anders akzentuiert ist als bis in die 1970er Jahre, so lässt sich darin nicht zwanglos ein mögliches Argument erkennen, warum gerichtsärztliche Untersuchungen auf Arbeitsfähigkeit in familienrechtlichen Zusammenhängen zumindest in Hamburg kaum mehr eine Rolle spielen. Zudem korreliert der Verlauf des zahlenmäßigen Sinkens solcher Untersuchungen über die Zeit auch nicht mit der zeitlichen Verortung von Veränderungen der rechtlichen Situation beziehungsweise mit der zahlenmäßigen Entwicklung der Scheidungsverfahren. Die Zahl der Anfragen nach Untersuchungen beim Gerichtsärztlichen Dienst war schon bis Mitte der 1970er Jahre auffallend stark gesunken, als die Zahl der Scheidungen noch kontinuierlich unter der alten rechtlichen Situation im Steigen begriffen war. Auch die weiteren zahlenmäßigen Entwicklungen der Scheidungen spiegeln sich nicht im Verlauf von durchzuführenden gerichtsärztlichen Arbeitsfähigkeitsprüfungen, die seit etwa 1980 in Hamburg stetig bis auf wortwörtlich eine Handvoll Fälle gesunken ist, während doch noch immer jährlich oft sogar deutlich mehr als 4000 Scheidungsverfahren durchzuführen sind. - Und, wie die Zusammenschau der Kurvenverläufe in der **Abbildung 38** zeigt, sind ohnehin nicht nur die Arbeitsfähigkeitsuntersuchungen des Gerichtsärztlichen Dienstes vom zahlenmäßigen Schwund betroffen. Die Haftfähigkeitsprüfungen haben zum Beispiel in den 1970er Jahren zahlenmäßig sogar annähernd das glei-

che Schicksal wie die Arbeitsfähigkeitsuntersuchungen erlitten, was gegen eine Ursache spricht, die im Gebiet der rechtlichen Regelungen von Unterhalts- beziehungsweise Scheidungsfragen liegt. Veränderungen im Bereich der Scheidungsverfahren mögen allenfalls ein modulierendes, zusätzlich die Nachfrage nach Arbeitsfähigkeitsuntersuchungen verringerndes Moment darstellen und so vielleicht ein Grund sein, warum diese gerichtsärztlichen Untersuchungen zahlenmäßig so besonders stark abgenommen haben. Als Ursache der Häufigkeitsabnahme gerichtsärztlicher Begutachtungen prinzipiell werden sie wohl schwerlich zu bezeichnen sein.

Insgesamt dürften die statistischen Reflexionen an dieser Stelle wohl auch ohne große methodologische Strenge vermittelt haben, dass die Abnahme der gerichtsärztlichen Untersuchungen auf Haft-, Termin- und Arbeitsfähigkeit nicht daraus resultieren kann, dass weniger entsprechende Verfahren stattfinden beziehungsweise weniger Haftstrafen verhängt werden. Die entsprechenden Zahlen sprechen dagegen. Die Ursache wird also nicht in quantitativen Veränderungen der Auslastung von Gerichten und Strafvollstreckungsbehörden zu suchen sein, was sie der hier beabsichtigten empirischen Analyse unmittelbar zugänglich gemacht hätte. – Welche Momente der Rechtspflege indessen dazu geführt haben könnten, dass seit Jahren deutlich weniger gerichtsärztliche Untersuchungen angefordert werden, muss im Rahmen der hier unternommenen empirischen Analyse der Haft-, Termin- und Arbeitsfähigkeitsprüfungen durch den Hamburger Gerichtsärztlichen Dienst offen bleiben.

IV.9.4 Beharrlichkeiten in der Durchdringung von Recht und Medizin

Wird somit die bilanzierende Betrachtung von dem Phänomen dominiert, dass die hier thematisierten gerichtsärztlichen Untersuchungen in sinkendem Maße angefragt werden, so werden doch daneben auch andere interessante Momente erkennbar. Nur formal auf sinkende Häufigkeitskurven geblickt, könnte der Anschein entstehen, das Zusammenspiel von Juristen und Medizinern sei kontingent und könne als nicht wesensnotwendig auch gänzlich entfallen. Übersehen würde dabei, mit welcher Beharrlichkeit Recht und Medizin, auf bestimmtem Terrain sich bleibend durchdringend, Schnittbereiche bilden. Abschließend sei zumindest cursorisch darauf eingegangen, wo in der hier dargestellten gerichtsärztlichen Praxis besonders spürbar wurde, wie medizinische und juristisch-kriminologische Sichtweisen bisweilen nur verschiedene Aspekte der „Abarbeitung“ am selben Problemfall darstellen.

So wie der Hausarzt beim Hausbesuch in die Lebenswelt seines Patienten gerät, so tritt auch der Gerichtsarzt, der mit der Beurteilung von bestimmten Probanden hinsichtlich ihrer gesundheitlichen Situation beschäftigt ist, aus dem Bannkreis seines medizinischen Institutes heraus um dem Betroffenen in seinem eigenen Umfeld gegenüberzutreten. Wie in einem eigenen Kapitel (vgl. IV.7) beschrieben, stellen externe, nicht in den Räumlichkeiten des Gerichtsärztlichen Dienstes durchgeführte Untersuchungen einen speziellen Aspekt dar und zwar vordringlich die als Hausbesuch daheim bei Probanden durchgeführten *Verhandlungsfähigkeitsprüfungen* (sie machen über 96 Prozent der externen Untersuchungsfälle aus). Diese Untersuchungen finden oft ohne zeitlichen Vorlauf statt, häufig sogar am Tag der Hauptverhandlung, zu der ein Betroffener meint, aus gesundheitlichen Gründen nicht erscheinen zu können. Als so genannte Sofortuntersuchungen

werden sie dann im Sekretariat des Gerichtsärztlichen Dienstes angefordert, und es ergeht keine Ladung an den Probanden, zur Untersuchung vorstellig zu werden, sondern der Gerichtsarzt wird zum Probanden beordert, – bisweilen auch in die laufende Verhandlung an Gerichtsstelle hinein, wenn ein Prozessbeteiligter akut gesundheitliche Beschwerden geltend macht (vgl. IV.7.2).

Wie die Recherchen zu dieser Arbeit im Gespräch mit Beteiligten zeigten, wird die Möglichkeit einer solchen unmittelbar möglichen ärztlichen Überprüfung der von Angeklagten aber auch von anderen Prozessbeteiligten behaupteten gesundheitlichen Einschränkungen sehr geschätzt (vgl. IV.7.3). Die „Rettung“ von Verhandlungsterminen, deren Absage wegen ausbleibender Beteiligter drohte, durch eine stante pede Widerlegung der vorgeschobenen Erkrankung, stellt keinen Einzelfall dar. Dies demonstriert, dass die Möglichkeit einer sofortigen gerichtsärztlichen Überprüfung ein Mittel ist, einer leichtfertigen Prozessverschleppung einen Riegel vorzuschieben. Wäre nur die Untersuchung von Probanden nach Ladung in die gerichtsärztliche Dienststelle möglich, träte zeitlicher Verzug ein, der in den häufigen Fällen akuter, rasch vorübergehender Erkrankungen (vgl. IV.5.3.a) eine Beurteilung unmöglich machte. Die Behauptung, vor einigen Tagen zum Verhandlungstermin sei eine inzwischen gebesserte Infektion derart heftig gewesen, dass Terminunfähigkeit vorgelegen habe – was, wie gesehen, von vielen Probanden ja auch zu Recht geltend gemacht wird! (vgl. IV.7.6) –, ist rückblickend in der Regel kaum widerlegbar.

Wie in der Betrachtung der Ergebnisse externer Terminfähigkeitsprüfungen sich zeigte (vgl. IV.7.6), ergab eine ärztliche Untersuchung in einem guten Drittel der Fälle, dass die jeweiligen Probanden ohne Einschränkung terminfähig waren. Hinzu kommen jene beschriebenen Fälle, in denen auch ohne Untersuchung die Behauptung einer Terminunfähigkeit sicher widerlegbar war, sowie die zum Teil recht prägnanten „Verweigerungsfälle“, in denen die Probanden sozusagen durch ihr Verhalten Anlass gaben, dass man ihr Fehlen nicht als aus gesundheitlichen Gründen entschuldigt hinnehmen musste... Insgesamt war so im Rahmen einer gerichtsärztlichen Intervention in rund 61,6 Prozent der Fälle die im Raume stehende Terminunfähigkeit *nicht* objektivierbar. Betrachtet man in dieser Hinsicht lediglich die Angeklagten unter den extern zu untersuchenden Probanden, waren sogar in fast 70 Prozent der Fälle keine relevanten gesundheitlichen Einschränkungen zu objektivieren, die eine Terminunfähigkeit hätten bedingen können (vgl. IV.7.6).

Es wurde in der Tatsache, dass die im Sekretariat des Gerichtsärztlichen Dienstes eingehenden Anfragen bezüglich externer Untersuchungen fast stets in eine entsprechende gerichtsärztliche Tätigkeit mündeten (vgl. *Abbildung 30*), ein Beleg dafür gesehen, dass die Möglichkeit, einen Gerichtsarzt auf diese Weise einsetzen zu können, gewissermaßen gezielt und planvoll von unter „Entscheidungsdruck“ stehenden Richtern genutzt wird (vgl. IV.7.5). Ein vergleichender Blick erweist, wie sonst bezüglich gerichtsärztlicher Terminfähigkeitsuntersuchungen allgemein die Zahlen von angefragten und eingeleiteten Vorgängen auseinander klaffen. Im hier detaillierter ausgewerteten Zeitraum von 1995 bis 2004 standen so den 751 Anfragen im Zusammenhang mit einer Terminfähigkeitsproblematik nur 458 schließlich durchgeführte Untersuchungen gegenüber (vgl. *Abbildung 3*).

Das Diagramm in der *Abbildung 28* verdeutlicht für den Zeitraum von 1975 bis 2004 den Anteil als extern durchzuführender Untersuchungen an den insgesamt angefragten Haft-, Termin- und Arbeitsfähigkeitsuntersuchungen. Auch die externen Untersuchungen sind von der im vorigen Abschnitt beschriebenen Tendenz eines zahlenmäßigen Rückgangs betroffen, wie zur deutlicheren Herausstellung in der *Abbildung 29* die eigens aufgeführte Verlaufskurve zeigt. Mit indessen absolut 271 externen Terminfähigkeitsprüfungen bei insgesamt nur noch 458 Terminfähigkeitsprüfungen im Jahrzehnt von 1995 bis 2004 (vgl. die Daten in *Abbildung 3* und *Abbildung 32*) haben sie jedoch einen unverkennbar hohen Stellenwert unter den gerichtsärztlichen Aktivitäten. Bei einem Anteil von leicht über 59 Prozent war in diesem Jahrzehnt mehr als die Hälfte der Terminfähigkeitsuntersuchungen ein externer Vorgang! Trotz des auffälligen Rückgangs der Untersuchungszahlen insgesamt, darf nicht übersehen werden, dass die Möglichkeit für behördliche Stellen, auch ohne zeitlichen Vorlauf einen gerichtsärztlichen Gutachter in Fällen fraglicher gesundheitlicher Problematiken hinzuziehen zu können, ein nicht zu unterschätzendes Moment für die Rechtspflege darstellt. Die exemplarischen Schilderungen von Hausbesuchen (vgl. *IV.7.2*) haben markante Fälle illustriert, in denen Richter und Gerichtsarzt – bisweilen im laufenden telephonischen Kontakt während der Abläufe stehend – gewissermaßen Hand in Hand zusammenarbeiten. Wie bezüglich der Problematik der Verhandlungsfähigkeit in der engen Interaktion die juristische und die medizinische Perspektive als Blick auf denselben Fall in einander übergehen, zeigt insbesondere die enge kommunikative Verzahnung, bei der – wie dargestellt (vgl. *II.3.1*) – sprachlich oft nicht mehr zwischen juristischer Entscheidungsbegrifflichkeit und ärztlicher Diagnosestellung unterschieden wird. Die Trennung von entscheidungstragender gerichtlicher Instanz und fachliche Informationen lieferndem Sachverständigen (vgl. *II.1.2*) besteht allenfalls noch formal, de facto bewohnen Jurist und Mediziner sozusagen denselben Sprach- und Handlungsraum in Auseinandersetzung mit der von einem Probanden vorgebrachten gesundheitlichen, juristisch zu berücksichtigenden Problematik.

Ob angeklagte und nichtangeklagte Prozessbeteiligte überhaupt eine gesundheitliche Problematik als juristisch zu berücksichtigen geltend machen oder nicht, hängt, wie das Umgehen von Arbeitnehmern mit ihren Erkrankungen vor dem Hintergrund möglicher Arbeitsunfähigkeit, im Einzelfall von der Persönlichkeit des Betroffenen ab. Die detailliertere Auswertung der vom Hamburger Gerichtsärztlichen Dienst 1995 bis 2004 durchgeführten Haft-, Termin- und Arbeitsfähigkeitsprüfungen sollte vor allem die Bedeutung dieser Gutachten für die Rechtspflege herausstellen. Es war daher zunächst nach Aspekten wie der Menge der Anforderungen und der durchgeführten Untersuchungen zu fragen, es war abzuschätzen, in wieweit die Gutachten für Juristen ein Entscheidungskriterium zu liefern vermochten. Es war aufzuzeigen, mit welchem Spektrum gesundheitlicher Störungen ein Gerichtsarzt sich gutachterlich auseinander zu setzen hat und in welchem Umfang forensisch versierte Anschlussgutachter aus klinischen Disziplinen benötigt werden.

Die auf personelle Eigenheiten der angeklagten Probanden bezogene Betrachtung gewährte dabei im Zusammenhang von Terminfähigkeitsuntersuchungen neben der Erfassung etwa von Alter und Geschlecht jedoch auch einen Einblick in die Sphäre der Delikte, deren die Betroffenen angeklagt waren. Wie skizziert (vgl. *IV.8.1*), sprechen gerichtsärztlich Tätige bei Schilderungen der von ihnen zu leistenden Untersuchungen an-

geklagter Probanden nicht nur über die ihnen dabei begegnenden medizinischen Problematiken, sondern auffallend häufig auch über die Delikte der Betroffenen. Ohne Bruch überwechselnd, bezieht das ärztliche Interesse offenbar nicht nur im engeren Sinne Medizinisches wie die vorliegenden Krankheiten in die Betrachtung ein, – es rundet sich in der Gesamtschau das Bild auch durch Einbeziehen juristischer beziehungsweise kriminologischer Aspekte. Dies verwundert nicht; an sich gehört zur professionellen Beschäftigung des Arztes mit seiner Klientel immer auch neben der medizinischen Befunderhebung die so genannte soziale Anamnese, die Erhebung der lebensweltlichen Situation des Patienten, in der er und das Phänomen seiner Erkrankung verortet sind.

Das Einbeziehen der Persönlichkeit des gerichtsärztlich zu untersuchenden Probanden auch mit Blick auf seine Delinquenz und ihre jeweilige Ausprägung ist also keine anmaßende Grenzüberschreitung, wenngleich es in der gutachterlichen Stellungnahme des Gerichtsarztes über die Relevanz vorliegender gesundheitlicher Störungen natürlich keine Rolle spielt, unter welcher Anklage der zum Beispiel durch einen fieberhaften Infekt verhandlungsunfähige Angeklagte steht. – Wie dargestellt (vgl. **IV.8.1**), besteht in Kreisen von Gerichtsärzten und anderen, etwa im Strafvollzug tätigen Medizinern eine Art von Grundüberzeugung, man habe es besonders häufig mit Betrügern zu tun, wenn es darum geht, dass Termin- oder Haftfähigkeitsfragen ins Spiel gebracht werden. Im Sinne sozialmedizinischer oder medizinpsychologischer Erwägungen ist dabei, wie kurz umrissen, weniger an die Simulation als „Krankheitsbetrug“ zu denken, sondern an eine besondere Affirmität zur Instrumentalisierung vorliegender persönlicher Eigenheiten wie einer Erkrankung. In Kapitel **IV.8** wurde dies unter der Perspektive des primären und sekundären Krankheitsgewinnes dargestellt, einführend wurde daneben auf die kriminologisch-soziologische Diskussion bezüglich der Problematik von Typologisierungsversuchen delinquenter Persönlichkeiten verwiesen (vgl. **IV.8.2**). Das vorliegende Datenmaterial des Hamburger Gerichtsärztlichen Dienstes, das zumindest bezüglich der extern auf Terminfähigkeit zu untersuchenden Angeklagten auch eine Dokumentation der Delikte der Probanden bietet, sollte an dieser Stelle zur Prüfung nutzbar gemacht werden, ob sich die subjektive Einschätzung bestätigen lasse, man habe es besonders häufig mit Betrügern zu tun. Rein pragmatisch wurde dabei eine Einteilung der Delikte nach verschiedenen Gruppen vorgenommen, die nicht auf kriminologische oder forensisch-psychologische Erkenntnisse zurückgreift, sondern heuristisch die Delikte in der Hinsicht gruppiert, inwieweit ihnen eine betrügerische Komponente zuzuschreiben ist oder nicht. In die im Ergebnis sechs großen Gruppen wurden die Delikte der im Zeitraum von 1995 bis 2004 zu untersuchenden angeklagten Probanden eingeordnet, soweit sich in den archivierten Unterlagen entsprechende Vermerke dazu fanden (vgl. **IV.8.3**). Um die Transparenz für den Leser zu erhalten, bietet ein Anhang alle im Sekretariat des Gerichtsärztlichen Dienstes bei der Annahme externer Untersuchungsaufträge in jenem Jahrzehnt dokumentierten Bezeichnungen in einer Klarliste (vgl. **VI.2.2**). In Rechnung ist zu stellen, dass allerdings nicht alle Deliktarten hier in dem Maße vertreten sind, wie sie in der Kriminalstatistik als begangen erfasst werden, indem nämlich schwere Verbrechen wie Tötungsdelikte bis auf rare Ausnahmen unter gerichtsärztlichen Probanden praktisch nicht auftauchen, weil entsprechende Verdächtige in Untersuchungshaft genommen werden und somit im Falle von Terminfähigkeitsproblematiken nicht unter die gerichtsärztliche, sondern unter die anstaltsärztliche Befugnis fallen (vgl. **IV.8.3**). In diesem Sinne ist die Probandenpopulati-

on mithin vorsortiert und der Anteil von Gewalttätern von vornherein unter den nicht in Untersuchungshaft Genommenen geringer.

Vor diesem Hintergrund zeigte sich, dass in den Jahren von 1995 bis 2004 extern auf Verhandlungsfähigkeit durch den Gerichtsärztlichen Dienst in Hamburg zu untersuchende Angeklagte, konservativ gemäß der Einteilung in Kapitel IV.8 abgeschätzt, zu gut zwei Fünfteln ein Delikt mit betrügerischem Hintergrund aufzuweisen hatten (vgl. IV.8.4). Weit mehr als ein Drittel der Probanden gehörte mithin zu dieser mit Abstand umfangreichsten der hier skizzierten Deliktgruppen (keine andere erreicht in ihrer Stärke auch nur den halben Umfang), was bedeutet, dass „Betrüger“ zwar nicht zahlenmäßig die Mehrheit der Probanden ausmachen, dass sie aber als einzelne Gruppierung gegenüber anderen sich auffallend abheben. Somit konnte sehr wohl belegt werden, warum im gerichtsärztlichen Alltag Delinquenten mit betrügerischer Komponente als besonders häufig auf ihre gesundheitliche Situation zu prüfende Angeklagte empfunden werden.

Wie schon weiter oben angemerkt, sollte das gerichtsärztliche Datenmaterial der Jahre 1995 bis 2004 einer empirischen Analyse unterworfen werden, ohne Deutungen von außen heranzutragen. Bewusst wurden daher diese Erwägungen im Kapitel IV.8 über Krankheit und ihre Instrumentalisierung durch bestimmte „Delinquenten-Typen“ als ein *Exkurs* gewertet, da sie ein deutendes, in ihren Bezügen über das, was das Datenmaterial selbst hergibt, hinaus verweisendes Moment ihr Eigen nennen. – In der Darstellung der externen Untersuchungen fiel nun bei der Recherche zu dieser Arbeit neben der Thematisierung der Delikte auch auf, dass ebenso die Verortung der Wohnstätten der Probanden im Hamburger Stadtgebiet von den Beteiligten durchgängig eine besondere Beachtung erfuhr. Auch dies eine personelle Eigenheit der jeweiligen Probanden, die bezüglich der Einschätzung, ob eine gravierende, juristisch zu berücksichtigende gesundheitliche Beeinträchtigung vorliege oder nicht, keine Rolle spielt. Dennoch erweist sich auch hier, wie der rein medizinische Aspekt in der Gesamtschau auf die Situation eines Probanden sich mit soziologischen und kriminologischen Gedanken verknüpft. Gerichtsärztlich Tätige halten dafür, dass in der verschiedenen Häufigkeit, mit der sie bestimmte Viertel der Stadt zur Untersuchung von dort wohnenden Probanden aufsuchen müssen, ein Spiegel der unterschiedlichen sozialen Situation erblickt werden könnte.

War nun die Betrachtung der Delikte von angeklagten Probanden im Rahmen der Darstellung an dieser Stelle schon als ein Exkurs zu sehen, so überschreitet eine lokalspezifische Untersuchung bezüglich der Wohnstätten gerichtsärztlicher Probanden im Hamburger Stadtgebiet den gesteckten Rahmen. Dieses dennoch interessante Neben- beziehungsweise Anschluss-thema soll daher vollends einem Anhang vorbehalten bleiben (vgl. Teil V). Auch dabei wird sich zeigen, wie medizinische Belange nie im „luftleeren“ Raum verortet sind, sondern in ihrem Innersten mit der gesamten Lebenswirklichkeit in Verbindung stehen. In diesem Fall wird vor den Augen des Lesers richtiggehend eine Stadtgeographie aus gerichtsärztlicher Sicht entstehen.

TEIL V - Anhang:

Zur Verteilung der Wohnstätten extern untersuchter Probanden im Hamburger Stadtgebiet

Stadtgeographie aus gerichtsärztlicher Sicht: Bei externen Prüfungen zum Hausbesuch von 1995 bis 2004 an ihrer Wohnstätte aufgesuchte Probanden. Unterschiede in der Frequentierung einzelner Stadtteile, mögliche Zusammenhänge mit der sozialen Situation

„Bei allen kritischen Anmerkungen (...) bleibt das Buch eine Sympathieerklärung an eine der schönsten Städte Deutschlands.“

Werner Skrentny

V.0 Einführung in den Teil V

Der große deutsche Schriftsteller Johann Paul Friedrich Richter, der sich als Autor Jean Paul nannte, ist nicht zuletzt bekannt – oder bei manchen berüchtigt – wegen seiner mit großer Lust verfassten Vorreden, Nachschriften und Beifügungen zu seinen Werken. Selbstironisch nimmt er dies auch aufs literarische Korn und lässt bisweilen durchblicken, er nehme es eigentlich nur auf sich, ein Buch zu verfassen, um gemäß seiner Leidenschaft entsprechende Anmerkungen dazu schreiben zu dürfen. Und wenn er sich in einer Art Feier- und Festrausch wieder einmal der Abfassung einer Vorrede hingibt, so weiß er auch um die Gefahren: „Aber mitten im Feste erwägt er wohl, dass ein Autor wie er auf diese Weise am Ende mehr Vorreden als Bücher macht (...)“ [1] – Ganz so ist es mit dieser Arbeit über gerichtsärztliche Untersuchungen in Hamburg nicht; dennoch soll sich hier ein mit Akribie in seinem Umfang ausgebauter Anhang anschließen, der von der erklärten Hauptthematik wegführt (vgl. 0.3).

Bereits mehrfach wurde an verschiedenen Stellen, wenn es galt, die Prüfung der Haft-, Verhandlungs- oder Reisefähigkeit durch Ärzte des Hamburger Gerichtsärztlichen Dienstes darzustellen, auf das besondere Moment der externen gerichtsärztlichen Untersuchungen hingewiesen. Insbesondere die so genannten *Hausbesuche* bei Probanden an ihrer Wohnstätte fanden dabei Beachtung, und es ist kein Zufall, dass die sozusagen „buntesten“ und einprägsamsten der zur Illustration gewählten Beispiele gerichtsärztlicher Untersuchungen der Reihe gerade dieser Hausbesuche entstammen. – Auch in Gesprächen mit Gerichtsärzten selbst fließen wie automatisch immer wieder Schilderungen bemerkenswerter Umstände und Ereignisse bezüglich solcher Hausbesuche ein, sobald nur die Rede auf Typisches und Charakteristisches ihrer Arbeit kommt.

Dass diese Thematik derart Aufmerksamkeit auf sich zieht, verwundert nicht. An sich schon sind externe Untersuchungen als Einzelfälle stets „Abweichungen“ vom routinieren Gang des Alltages in den Räumen der Dienststelle. Bei den Hausbesuchen im Besonderen sucht der Gerichtsarzt den Probanden sogar daheim an dessen eigener Wohnstätte auf. Damit kommt eine changierende lebensweltliche Dimension durch die verschiedenen individuellen Situationen der Probanden in seine gerichtsärztliche Tätigkeit hinein, die so nicht spürbar wird, wenn die Geschehnisse in Gerichtssälen, Krankenhäusern oder auch – seltener – in anderen behördlichen Einrichtungen wie auf einem Polizeikommissariat ablaufen (diese verschiedenen Möglichkeiten wurden in Abschnitt IV.7.5 umrissen). Denn auch dort noch befindet sich der Proband auf einem ihm fremden Terrain und der Gerichtsarzt sich auf einem ihm vertrauten Boden, so wie bei den behördlich geplanten Untersuchungen in der gerichtsärztlichen Dienststelle, wohin der Betroffene geladen wird. Bei Hausbesuchen indessen verkehrt sich das Verhältnis, und der behördliche Vertreter muss das zu prüfende Individuum auf dessen eigenem Boden aufsuchen. – Gerichtsärzte erleben auf diese Weise wie Hausärzte auf Patientenbesuch im Gegensatz zum stationären Klinikarzt gewissermaßen die Verortung ihrer Probanden in deren lebensweltlichem Umfeld.

Von daher ergab sich schon im Vorfeld der Gedanke, abgesehen von Aspekten wie den Ergebnissen und der Probandenzusammensetzung externer Untersuchungen (vgl. IV.7.6) auch dem sozusagen räumlichen Aspekt der Verortung der Wohnstätten in Hamburg bei der Auswertung der von 1995 bis 2004 dokumentierten Untersuchungen Aufmerksamkeit zu widmen. – Dies lief jedoch zum einen der erklärten Absicht entgegen, in erster Linie *keinen* originär auf Hamburg lokal bezogenen Beitrag zu liefern, sondern anhand des Hamburger Materiales eine empirische Darstellung der Haft-, Termin- und Arbeitsfähigkeitsuntersuchungen für inhaltlich an derlei Untersuchungen an sich Interessierte zu bieten. Das Hamburger Datenmaterial soll dabei stellvertretend für die Situation in einem urbanen Raum einer deutschen Großstadt stehen. Warum in Hamburg dieses umfangreiche Datenmaterial so existiert und sonst solche Datensammlungen offensichtlich nicht derart geschlossen vorliegen, wurde bereits mit Hinsicht auf die besondere historische Entwicklung eines gerichtsärztlichen Dienstes in Hamburg neben den heutigen Gesundheitsämtern dargestellt (vgl. I.3.4).

Zum anderen erwies sich im Laufe der Auswertung der dokumentierten Hausbesuche jedoch auch, dass man sie rein vom mengenmäßigen Aspekt her keinesfalls als so „charakteristisch“ oder „typisch“ für die gerichtsärztliche Arbeit bezeichnen darf, wie man zunächst annehmen könnte, wenn man die oben erwähnten narrativ ausgelegten Schilderungen der Beteiligten vor Augen hat, die ihnen einen großen Anteil einräumen. Es sind einprägsame Begebenheiten, aber sie sind doch in der Minderzahl gegenüber der Normalität der Untersuchungen in den Räumen des gerichtsärztlichen Dienstes. Weiterhin erscheint ihre absolute Anzahl vor allem auch deshalb gering, da man sie vor dem Hintergrund betrachten muss, dass es sich gewissermaßen um einen Teilaspekt der Kriminalität beziehungsweise der juristischen Gegebenheiten einer Millionenstadt handelt. Eingerechnet, dass es sich um ein ganzes Jahrzehnt dreht in einer Stadt mit über 1,75 Millionen Einwohnern, die ihre entsprechenden Statistiken in der Größenordnung von Tausenden führt (vgl. IV.9.3), erscheinen doch die Mengen an gerichtsärztlichen Hausbesuchen mit

oft kaum einer Handvoll von Fällen im jeweiligen Stadtteil eher in einer zu vernachlässigenden Größenordnung zu liegen (vgl. V.2.1 und V.2.2). Eine sich auf diesen marginalen Aspekt der sozial- beziehungsweise kriminalistischen Gesamtsituation beziehende Studie muss sich durchaus die Frage gefallen lassen, ob die Relevanz ihres Gegenstandes überhaupt dem gebotenen Aufwand einer Analyse von Einkommensdaten, Wohndichte und anderen demographischen Parametern gerecht wird. Andererseits gibt der Historiker *Ernst Schubert* in seiner neueren großen Studie über Verbrechen und Strafe im Mittelalter [2] zu bedenken, dass neben dem Zählen der quantifizierenden Kriminalitätsforschung auch der zwischenzeitlich in Misskredit geratene Ansatz einer „impressionistischen“ Forschung sein Recht behaupten darf [3]. Die Beschäftigung mit dem Sonderfall erhellt zu einem Teil auch die konkrete Situation der Wirklichkeit, wenn man nur im Auge behält, dass es sich lediglich um eben einen kleinen Teil handelt, der hier ausgeleuchtet wird. Mit den trefflich aufspießenden Formulierungen des Kriminalitätsgeschichtlers *Gerd Schwerhoff* legt Schubert dar, dass die quantifizierenden „Klimetriker“ keinen Grund haben, die „Sinnhuber“ und ihre deutende Beschäftigung mit dokumentierten Einzelfällen des wissenschaftlichen Feldes zu verweisen [4]. Beide Ansätze sind aufeinander angewiesen, die Betrachtung des anekdotischen Detailmaterials ist zu integrieren in das große Zählen, solange nur der Aspekt des inhaltlichen Wägens nicht außer Acht gerät. Denn zu wägen ist, damit nicht individuelle Einzelfälle „nach Gutdünken zum Exemplarischen aufgeblasen werden können“ [5], – aber einer Betrachtung wert sind auch Einzelfälle allemal.

Von daher wurde diese Stadtgeographie aus gerichtsärztlicher Sicht, die Untersuchung der Verteilung der Wohnstätten gerichtsärztlicher Probanden im Hamburger Stadtgebiet, unternommen, freilich verbannt in einen Anhang, wo sie sich jedoch sichtlich wohl befindet. Sind – wie es im Alltag den Anschein hat – in Hamburg bestimmte Gegenden der Stadt häufiger vom Gerichtsarzt aufzusuchen als andere, um Probanden vor allem auf ihre Terminfähigkeit zu untersuchen? Gesetzt, dies wäre der Fall, könnte es damit einhergehen, dass in verschiedenen Stadtteilen die Kriminalitätsrate verschieden hoch ist? In einem Stadtteil mit mehr Delikten wäre demgemäß auch gegen mehr Straftäter zu verhandeln beziehungsweise wären mehr Zeugen zu vernehmen, die dann erkranken könnten, so dass hier wahrscheinlich auch häufiger entsprechende ärztliche Begutachtungen nötig würden. Oder geht eine mögliche ungleiche Verteilung im Stadtgebiet auch einher mit noch anderen demographischen Verschiedenheiten wie Einkommenshöhe oder Wohnsituation der jeweiligen Bevölkerungen vor Ort in den unterschiedlichen Vierteln? – Die Darstellung wendet sich an jene Leser, die einem Eintauchen in Hamburger Lokalgegebenheiten nicht abgeneigt sind.

Kapitel V.1 Einbezogenes Datenmaterial

V.1.1 Zum zahlenmäßigen Umfang des Datenmaterials

Wie in Teil IV im Abschnitt IV.7.5 über die externen gerichtsärztlichen Untersuchungen ausgeführt, konnten für den Zeitraum der Jahre von 1995 bis 2004 für die Auswertung 280 dieser externen Untersuchungen erfasst werden. Dabei hat es sich in 207 Fällen um die externe Untersuchung von Angeklagten gehandelt, in den restlichen 73 Fällen waren

andere Prozessbeteiligte zu untersuchen. Vordringlich waren dies Zeugen, aber auch drei Schöffinnen, der Rechtsanwalt eines Angeklagten, ein Kläger und eine Klägerin in ziviljuristischen Verfahren, sowie ebenso in nichtstrafrechtlichen Zusammenhängen zweimal ein auf Haftfähigkeit zu untersuchender Schuldner.

Wie aus *Abbildung 31* zu ersehen war, wurden insgesamt 31 dieser externen Untersuchungen an einem anderen Ort als der Wohnstätte des Probanden durchgeführt; diese Untersuchungen an Gerichtsstelle, im Krankenhaus und dergleichen fallen für die Betrachtung der Hausbesuche bei Probanden daheim an dieser Stelle fort. Von den restlichen 249 als Hausbesuch angelegten gerichtsärztlichen Tätigkeiten sind sodann vier gewissermaßen als Doppelnennungen der Wohnstätte anzusehen. Einmal 1996, zweimal 2000 und einmal 2001 waren dieselben Probanden je zweimal gerichtsärztlich aufzusuchen (vgl. **VI.2**). Es hatte sich dabei jeweils um zwei verschiedene Untersuchungstermine mit jeweiliger richterlicher Beauftragung gehandelt, so dass sie in der Zählung in **Teil IV** als je zwei Untersuchungen zu werten waren. In der wohnstättenbezogenen Betrachtung an dieser Stelle wird jedoch die jeweilige Wohnstätte der Probanden nur einmal als eine Verortung gerichtsärztlicher externer Tätigkeit im Stadtgebiet gezählt. Jeweils für sich wurden dagegen Fälle gezählt, wenn zwar im Rahmen desselben Prozessgeschehens jedoch verschiedene Probanden mit verschiedener Wohnstätte gerichtsärztlich aufzusuchen waren, auch wenn diese im selben Stadtteil lagen (so einmal 1999 zwei befreundete Angeklagte aus Neugraben-Fischbek). Insgesamt ergaben sich so 245 verschiedene Wohnstätten, die für die Auswertung in Frage kamen.

In sechs Fällen davon waren allerdings die Anschriften nicht mehr zu ermitteln, insofern die entsprechenden Unterlagen im Archiv des Gerichtsärztlichen Dienstes nicht mehr vollständig vorhanden sind. Diese Untersuchungen sind an sich durch schriftliche Gutachten zum Teil sehr detailliert nachzuvollziehen (in einem Fall aus dem Jahre 2003 wurde sogar ein kardiologisches Anschlussgutachten erstellt), aber die am Anfang des Untersuchungsauftrages stehenden „Telephonzettel“ aus dem Sekretariat mit der konkreten Anschrift des Probanden finden sich nicht unter dem archivierten Material, während die erhaltenen späteren gerichtsärztlichen Dokumente diese Anschriften nicht mehr nennen (vgl. auch die entsprechende Bemerkung in Abschnitt **IV.1.3**).

Die bereits in **Teil IV** näher vorgestellten so genannten „Telephonzettel“ liefern den Schlüssel zu einer Bestimmung der Wohnstätten im Hamburger Stadtgebiet. Da ja die Gerichtsärzte die Probanden jeweils für den Hausbesuch auch finden mussten, sind die aufgenommenen Angaben zu den Wohnstätten – etwa im Vergleich zu den bisweilen fehlenden Angaben der Delikte (vgl. **IV.8.4**) – stets recht sorgfältig erfasst worden. Nur für eine Untersuchung im Jahr 2002 fehlt die genauere Angabe einer Wohnstätte auf dem archivierten „Telephonzettel“: Hier sollte der Gerichtsarzt in Polizeibegleitung den Probanden aufsuchen, so dass auf dem entsprechenden Formular das zuständige Polizeikommissariat 38 in Hamburg-Rahlstedt als „Treffpunkt“ anstatt der Anschrift des Probanden eingetragen wurde. Dennoch waren die erhaltenen Angaben ausreichend, um die Verortung dieser Wohnstätte im Stadtgebiet für die Erfassung an dieser Stelle hinreichend zu ermöglichen. Bis auf die oben genannten sechs Fälle nicht archivierter „Telephonzettel“ war daher ansonsten lückenlos für alle übrigen 239 dokumentierten externen Untersuchungen der Jahre 1995 bis 2004 die Wohnstätte der Probanden feststellbar. Aufgenommen wurden auch Wohnangaben, die sich nicht auf eigene Wohnstätten, sondern Hotels oder Senioreneinrichtungen bezogen, wenn der Proband dort seinen Wohnsitz im

Sinne des zum fraglichen Zeitpunkt gemeldeten festen Aufenthaltes hatte. Immerhin ist auch die Tatsache, dass jemand ein „Kiezhotel“ auf St. Georg oder ein Frauenaufnahmehaus (wie 2003 im Fall einer Obdachlosen) bezieht anstatt über eine eigene Wohnung zu verfügen, eine aussagekräftige räumliche Diversifikation des Lebensortes.

V.1.2 Orientierende Bemerkungen zur Hamburger Stadtgeographie

Um zu zeigen, wie sich die Verteilung der dokumentierten Wohnstätten im urbanen Gebiet gliedert und mögliche Beziehungen zur sozialen Situation zu erkennen, musste eine eindeutige Einteilung des Hamburger Stadtgebietes gewählt werden, die auch im entsprechenden demographischen Datenmaterial der jeweiligen amtlichen Veröffentlichungen zu Grunde gelegt wird. – Vorab sollen hier einige orientierende Bemerkungen zur Hamburger Stadtgeographie stehen.

Die stadtgeographische Ausprägung der Großstadt Hamburg ist strukturell recht inhomogen. Hamburg besitzt nicht eine – neudeutsch gesprochen – „City“ mit sich darum lagernden, kontinuierlich sich ins Umland „entdichtenden“ Stadtrandgebieten. Die von ihrer Ausdehnung her nach Berlin zweitgrößte Stadt Deutschlands (und in Europa größte Stadt, die nicht Hauptstadt eines Staates ist) erstreckt sich mit mehr als 755 Hektar über eine siebenmal größere Fläche als Paris [6]. Über lange Zeit schon zu einem urbanen Großraum zusammengewachsen, entstand die heutige Großstadt erst 1937 in der NS-Zeit durch das „Groß-Hamburg-Gesetz“ unter der damaligen preußischen Ministerpräsidentschaft Hermann Görings, als die bis da noch eigenständigen angrenzenden Groß(!)städte Altona und Harburg-Wilhelmsburg, sowie die Stadt Wandsbek und andere Gemeinden vom Land Preußen an Hamburg abgetreten wurden [7]. Alleine Altona, das durch seine urbanen zentripetalen Kräfte zuvor selbst schon kleinere Ortschaften eingegliedert hatte, war von seinen Dimensionen her immerhin mit einer Stadt wie Aachen vergleichbar [8]. So ist Hamburg ein sehr unterschiedlich strukturiertes Gebilde, das sich mitten in der heutigen Stadt mit der 18 Hektar großen Binnenalster und der seeartig auf 164 Hektar aufgestauten Außenalster insgesamt, wie der lokalpatriotische Stolz gerne betont [9], eine Wasserfläche gönnt, die eine Grundfläche beansprucht wie woanders, nämlich in Monaco, ein ganzes Fürstentum... So groß, dass hier mitten in einer Stadt die Seestraßenordnung für den Schiffsverkehr gilt.

Eine weitere stadtgeographische Eigenheit mit Auswirkung auf die entsprechenden bevölkerungsbezogen erhobenen Daten ist zum Beispiel auch der Ohlsdorfer Friedhof im gleichnamigen Stadtteil, der von der Grundfläche her ein eigener Stadtteil sein könnte – er wird von Straßen erschlossen, auf denen neben Privat-PKW auch zwei Buslinien verkehren [10]. Mit 405 Hektar ist der Ohlsdorfer Friedhof der größte Parkfriedhof weltweit und nach dem Friedhof auf Long Island in New York sogar der flächenmäßig zweitgrößte Friedhof an sich in der Welt. Damit stellt er eine ins Gewicht fallende Fläche in der Stadt ohne – lebende – Wohnbevölkerung dar, wie auch der weiter unten geschilderte zweite Hamburger Großfriedhof Öjendorf. Ähnlich beachtenswert ist in dieser Hinsicht auch der 148 Hektar große Stadtpark, dessen insbesondere im Sommer sehr belebten Anlagen keineswegs straftatfrei bleiben, während dort zugleich keine Wohnbevölkerung vorhanden ist, auf die bei Erfassung der Kriminalitätsrate herkömmlich die Straftatmenge rechnerisch bezogen wird (vgl. V.2.4). Diese früher am Rande vor der Stadt liegenden Flächen sind durch das städtische Wachstum längst in das heutige Kernstadtgebiet gerückt und schlagen sich so in den demographischen Daten jener Stadtteile nieder, denen

sie zugezählt werden. (Insofern nämlich diese, wo bebaut, relativ dicht besiedelten Stadtteile von der statistischen Bevölkerungsdichte insgesamt her dünner besiedelt erscheinen, weil in der Relation der Einwohner auf die Grundfläche der Stadtteile die weiten wohnungsfreien Flächen in ihnen gleichsam statistisch „verdünnend“ wirken).

Neben solchen, aus dem speziellen Gewachsensein des heutigen „Gesamt-Hamburgs“ resultierenden Eigenheiten lassen gerade die Innenstadtbereiche zudem eine für Großstädte überall typische erhebliche Unterschiedlichkeit zwischen der so genannten Tages- und der Nachtbevölkerung erkennen [11]. Tagsüber in dichtester Weise bevölkert, nicht zuletzt auch durch touristische Besucher, sind diese Viertel mit ihren Geschäften, Großkaufhäusern und ausgedehnten Einkaufspassagen sowie anderen gewerblichen Liegenschaften nachts nicht mehr von Leben erfüllt, weil es hier nahezu kaum noch Wohnbevölkerung nach den städtebaulichen Entwicklungen seit dem Zweiten Weltkrieg gibt. Die Kriminalitätsrate kann hier recht hoch sein, insbesondere die der so genannten Kleinkriminalität mit Diebstählen, die aber von Straftätern begangen werden, die wie ihre Opfer diese Viertel nur zeitweilig aufsuchen, ohne hier beheimatet zu sein. So wäre im Sinne der oben schon skizzierten Arbeitshypothese gerade *nicht* zu erwarten, dass eine hohe Kriminalitätsrate mit einer hohen Menge gerichtsärztlich zu untersuchender, in diesen Vierteln wohnender Probanden korrespondiere.

V.1.3 Zu Grunde gelegte Einteilung des Hamburger Stadtgebietes

Bei der Untersuchung, wo in Hamburg besonders häufig Probanden gerichtsärztlich an ihrer Wohnstätte aufzusuchen sind, wurde die gegebene verwaltungstechnische Einteilung der Freien und Hansestadt Hamburg zu Grunde gelegt, um eine eindeutige Zuordnung zu ermöglichen, insofern sich auch andere statistische Darstellungen wie etwa die polizeiliche Erhebung der Kriminalitätsrate dieser Einteilung bedienen. Demnach gliedert sich das Gebiet der Stadt Hamburg, die zugleich ein Bundesland darstellt, in sieben Bezirke [12], nämlich Hamburg-Mitte, Altona, Eimsbüttel, Hamburg-Nord, Wandsbek, Bergedorf und Harburg. Diese sieben Bezirke sind allerdings viel zu inhomogen, was die von ihnen zusammengefassten Gebiete betrifft, um sie hier zur Grundlage einer Betrachtung zu machen. So fasst der Bezirk Hamburg Mitte nicht nur die Hamburger Altstadt, St. Georg und St. Pauli sowie andere innerstädtische Gebiete mit ihren sozialen Brennpunkten unter sich, sondern auch das Gebiet des südlich der Elbe gelegenen, zum Teil recht ländlich geprägten Finkenwerders (und als Kuriosität am Rande die in der Deutschen Bucht gelegene, zu Hamburg gehörige Nordseeinsel Neuwerk).

Daher wurde hier die unterhalb der großen Bezirke angesiedelte Einteilung der Freien und Hansestadt Hamburg in so genannte Stadtteile zu Grunde gelegt, von denen im hier thematisierten Zeitraum (1995 bis 2004) insgesamt 104 existierten (deren Name wie im Falle Bergedorf, Eimsbüttel, Harburg und Wandsbek im übrigen zugleich auch der Name des übergeordneten Bezirkes sein kann!). Diese Einteilung ist hinreichend kleinräumig, wird aber dennoch in den entsprechenden Aufgliederungen der Statistischen Jahrbücher bezüglich etwa Kriminalität, Sozialniveau, Arbeitslosigkeit und dergleichen im einzelnen ausgewiesen. Eine weitere Untergliederung stellt die kommunale Einteilung in so genannte Ortsteile unterhalb der Stadtteilebene dar, die im einzelnen unbenannt, mit dreiteiligen Ortsteilnummern durchgezählt werden. Soweit ermittelbar, wurden diese Ortsteile durch Angabe ihrer Nummer in der Auflistung im Datenspiegel in **Teil VI** mit aufgeführt (vgl. **VI.2**), ohne in der Auswertung weiter berücksichtigt zu

werden, falls ein Stadtteil in mehrere solche Ortsteile zerfällt (etwa St. Pauli, das die Ortsteile 108 bis 112 umfasst). Indirekt kommt diese urbane „Mikroebene“ jedoch ins Spiel, wenn etwa der auffällige Stadtteil Billstedt (vgl. V.3) zwar mit seinem Ortsamt auch andere, angrenzende Stadtteile verwaltungstechnisch mitbetreut, aber als stadtheographische Einheit selbst nur aus einem einzigen Ortsteil (nämlich Nummer 131) besteht.

Diese auf zum Teil sehr alte verwaltungspolitische Eigenheiten zurückgehende Gliederung trägt indes nicht immer den soziologisch-demographischen Eigenheiten Rechnung, die hier eigentlich betrachtet werden sollen. Es gibt unter den Stadtteilen einerseits im wahren Wortsinn weltberühmte wie St. Pauli und andere wie Gut Moor im Süden oder Lemsahl-Mellingstedt im Norden der Stadt, die selbst länger in Hamburg Lebenden zum Teil unbekannt geblieben sein können. Der Kenner der bevölkerungspolitischen Situation in der Stadt wird andererseits unter den tradierten „offiziellen“ Stadtteilen etwa das Schanzenviertel und das Karolinenviertel vermissen, die beide seit langen unter dieser Bezeichnung den Hamburgern als Stadtteile vertraut sind. Auch entsprechende Reise- und Städteführer belegen diese Wahrnehmung als eigene Stadtteile [13], und zum Teil tauchen sie selbst in der überregionalen Presse in der Berichterstattung als fester Begriff auf (zum Beispiel über soziale Konflikte „in der Schanze“ anlässlich von Krawallen und Hausbesetzungen). Diese Viertel rund um den namensgebenden Sternschanzenpark mit der Schanzenstraße beziehungsweise an der Karolinenstraße und dem längst anderen Zwecken dienenden Kohlekraftwerk „Karoline“ traten seit ihrer Entstehung verwaltungstechnisch nie als eigene Einheiten auf, – trotz ihrer auf die Gründerzeit zurückgehenden, im Stadtbild sich abgrenzenden einheitlichen Bebauung und ihrer soziologisch deutlichen Differenzierung als „eigener“, sich selbst so definierender Stadtteil. Das zum Jahresbeginn 2004 neu geschaffene Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein – das so genannte Statistische Amt Nord, in dem das vormalige Hamburger Statistische Landesamt aufgegangen ist – trägt dem in soweit Rechnung, als dass es in der Ausweisung der statistischen Daten nun neben den „echten“ administrativen Stadtteilen auch so genannte Quartiere berücksichtigt, zu denen stadt-soziologisch in sich geschlossene Siedlungsgebiete wie das Schanzen- und Karolinenviertel, aber auch die Großsiedlungen Mümmelmannsberg (vgl. V.3.2) oder Osdorfer Born gerechnet werden. – Zumindest für das Schanzenviertel hat sich diese Zuordnung freilich geändert; im Zuge der Mitte 2006 gesetzlich festgelegten administrativen Neuordnung, die durch das momentane Entstehen des völlig neuen Stadtteiles „Hafen-City“ im Bereich ehemaliger industrieller Freihafenflächen nötig wurde, ist das Schanzenviertel 2008 zu einem eigenen Stadtteil (mit dem Ortsteil 207) geworden [14].

Im Zusammenhang der Betrachtungen an dieser Stelle wäre die Ausweisung von Quartieren mit ihren Daten nicht uninteressant, sind doch Siedlungen wie Mümmelmannsberg soziokulturelle Brennpunkte auch in der kriminalpolizeilichen Realität. Berücksichtigt dies, wie zuvor erwähnt, das neue Statistische Amt Nord, so finden sich jedoch die Ausführungen für den hier untersuchten Zeitraum von 1995 bis 2004, wie sie das damalige Statistische Landesamt in seinen statistischen Jahrbüchern herausgab, prinzipiell nur bezogen auf die oben beschriebene Einteilung in 104 verwaltungstechnische Stadtteile. Diese nicht jedes Jahr ermittelten und herausgegebenen Daten liegen für den an dieser Stelle betrachten Zehnjahreszeitraum am zureichendsten im „Hamburger Statistischen Jahrbuch 2000/2001“ vor, so dass hier hauptsächlich diese Quelle herangezogen wird.

V.1.4 Dokumentierte Wohnstätten von Probanden in den Stadtteilen

Legt man daher die in diesen statistischen Erfassungen gebrauchte Einteilung nach den 104 Hamburger Stadtteilen zu Grunde, so ist es möglich, anhand der archivierten Unterlagen bezüglich von 239 externen Untersuchungen des Gerichtsärztlichen Dienstes auszuweisen, ob und in welchem Umfang im untersuchten Zeitraum von 1995 bis 2004 ein Stadtteil Wohnstätten zu untersuchender Probanden aufzuweisen hatte. Im Übrigen wurden dabei 172 Angeklagte und 67 andere Prozessbeteiligte gerichtsärztlich aufgesucht, wobei es dreimal um eine daheim bei entsprechend eingeschränkten Probanden durchzuführende Haftfähigkeitsprüfung ging (eine weitere, vierte externe Haftfähigkeitsprüfungen als Hausbesuch gehört dagegen zu den oben geschilderten Fällen mit verloren gegangener Dokumentation der Probandenanschrift). Die eine dieser drei mit Adresse dokumentierten Haftfähigkeitsprüfungen, die im Rahmen *strafrechtlicher* Zusammenhänge auftrat, wurde der entsprechenden Probandengruppe der Angeklagten zugerechnet, auch wenn es sich streng genommen bei dem schon Verurteilten ja nicht (mehr) um einen Angeklagten gehandelt hat (zu diesem pragmatischen Vorgehen vgl. auch das Verfahren in Abschnitt IV.7.5). Die zwei übrigen Haftfähigkeitsprüfungen als Hausbesuch betrafen Schuldner im Sinne nichtangeklagter Prozessbeteiligter in nicht-strafrechtlichen Verfahren. Ein weiterer Fall betraf sodann eine Zeugenuntersuchung, bei der als Hausbesuch die alleinige Reisefähigkeit zu überprüfen war, während die restliche große Menge an Fällen aus Terminfähigkeitsprüfungen im Sinne der in Abschnitt IV.0 gegebenen Definition bestand.

Der im **Teil VI** als tabellarische Aufzählung beigefügte Datenspiegel (vgl. VI.2) listet für den interessierten Leser die Straßennamen aller dieser Wohnstätten mit der aktuell gültigen fünfstelligen Postleitzahl samt der Angabe des Stadtteils beziehungsweise der dreistelligen Ortsteilnummer (falls zuzuordnen) auf. Hamburgs Straßen erstrecken sich bisweilen sehr weit und berühren zum Teil mehrere Stadtteile oder Bezirke, die hier wiedergegebene Zuordnung jeweils zu einem Stadtteil ist bei fehlender Angabe einer Hausnummer für den Leser daher nicht mehr nachvollziehbar. Aus Gründen des Datenschutzes werden die näheren Angaben zu den Wohnstätten wie die Hausnummern oder weitere den Anwohner spezifizierende Hinweise hier allerdings nicht wiedergegeben (vgl. auch die Bemerkung zum Datenschutz in Abschnitt IV.1.5).

In der Darstellung tauchen an dieser Stelle unter den 239 Fällen im Übrigen auch drei externe Untersuchungen als Hausbesuche auf, die jenseits der politischen Grenzen der Freien und Hansestadt stattgefunden haben. Sind doch gewissermaßen stadtgeographisch beziehungsweise vom wohnungssoziologischen Aspekt her diese Wohnorte in etwa wie „ausgelagerte“ Hamburger Stadtteile zu werten: 2001 war in Reinbek ein Angeklagter, gegen den vor dem Amtsgericht Hamburg verhandelt wurde, und 2004 ein im nahebeiliegenden Dassendorf wohnender Angeklagter, gegen den vor dem Landgericht Hamburg verhandelt wurde, zu untersuchen. Beide hatten ihren Wirkungskreis unter anderem auch beruflich in Hamburg; dass ihr gehobener Wohnsitz vor den Toren der Stadt nicht mehr auf Hamburger Grund liegt, ist eher den bisweilen zufällig historisch entstandenen Verläufen der jeweiligen Grenzziehungen zuzuschreiben – manche Stadtteile Hamburgs im Westen liegen beinahe „weiter ab“ als diese nicht eingemeindeten Gebiete, die sogar teilweise von Hamburger Stadtplänen mit erfasst werden. 2002 war zudem einmal ein Angeklagter in Norderstedt in Amtshilfe für das dortige Amtsgericht zu

untersuchen. Damit wurde pragmatisch vorgegangen, insofern die kurzfristig nötig gewordene Hausuntersuchung vom nur wenig entfernt im nördlichen Hamburg in Eppendorf verorteten Gerichtsärztlichen Dienst rasch zu bewerkstelligen war, so dass nicht umständlicher ein Arzt vom formal zuständigen Gesundheitsamt des schleswig-holsteinischen Kreises Segeberg, das in Norderstedt eine Untersuchungsstelle betreibt, hinzugezogen werden musste.

Kapitel V.2 Konkrete Verteilung der Wohnstätten auf Stadtteile

V.2.1 Auflistung – Wohnstätten angeklagter Probanden

Mit Blick auf *Angeklagte* ergibt sich, dass im Rahmen der 172 dokumentierten Fälle neben den drei oben genannten Probanden aus Dassendorf, Norderstedt und Reinbek außerhalb Hamburgs folgende 19 Hamburger Stadtteile im untersuchten Zeitraum je *eine* Wohnstätte eines Probanden aufzuweisen hatten:

Altona-Altstadt, Altona-Nord, Alsterdorf, Blankenese, Bramfeld, Curslack, Groß Borstel, Hamburg-Altstadt, Hammerbrook, Hausbruch, Hoheluft-Ost, Hohenfelde, Osdorf, Klostertor, Rissen, Sasel, Uhlenhorst, Wellingsbüttel, Wohlsdorf-Ohlstedt.

Bezüglich der weiteren gerichtsärztlichen Hausbesuche sollen hier die anderen Hamburger Stadtteile nach ansteigender Häufigkeiten der in ihnen liegenden Wohnstätten von angeklagten Probanden in aufgelisteter Form wiedergegeben werden:

Je zwei Wohnstätten hatten diese elf Stadtteile aufzuweisen:

Bergedorf, Eilbek, Eppendorf, Hamm-Mitte, Hamm-Nord, Harvestehude, Jenfeld, Nienstedten, Ottensen, St. Georg, Wilstorf.

Je drei Wohnstätten hatten diese neun Stadtteile aufzuweisen:

Barmbek-Nord, Eidelstedt, Farmsen-Berne, Horn, Langenhorn, Lurup, Neugraben-Fischbek, Othmarschen, Veddel.

Je vier Wohnstätten hatten diese drei Stadtteile aufzuweisen:

Bahrenfeld, Dulsberg, Harburg.

Je fünf Wohnstätten hatten diese sieben Stadtteile aufzuweisen:

Barmbek-Süd, Eimsbüttel, Lokstedt, Niendorf, St. Pauli, Stellingen, Wilhelmsburg.

Je sechs Wohnstätten hatten diese drei Stadtteile aufzuweisen:

Lohbrügge, Schnelsen, Winterhude.

Je sieben Wohnstätten hatten diese drei Stadtteile aufzuweisen:

Rahlstedt, Steilshoop, Wandsbek.

Fünfzehn Wohnstätten hatte schließlich noch ein einziger Stadtteil alleine aufzuweisen, nämlich Billstedt.

V.2.2 Auflistung – Wohnstätten nichtangeklagter Probanden

Was neben Angeklagten aufzusuchende *Zeugen* beziehungsweise *andere nichtangeklagte*

Prozessbeteiligte betrifft, so lag im Rahmen der 67 dokumentierten Fälle je *eine* Probandenwohnstätte in den folgenden 16 Stadtteilen:

Bergstedt, Eidelstedt, Hamm-Mitte, Hammerbrook, Harvestehude, Hoheluft-Ost, Iserbrook, Lohbrügge, Lokstedt, Lurup, Ottensen, Rissen, Tonndorf, Uhlenhorst, Volksdorf, Winterhude.

Die Stadtteile mit entsprechend mehr als einer Wohnstätte von nichtangeklagten Probanden in ihrem Bereich bilden im Weiteren diese Liste:

Je zwei Wohnstätten hatten diese zehn Stadtteile aufzuweisen:

Altona-Altstadt, Fuhlsbüttel, Eppendorf, Groß Borstel, Hummelsbüttel, Niendorf, Poppenbüttel, Rahlstedt, St. Pauli, Wilhelmsburg.

Je drei Wohnstätten hatten diese sieben Stadtteile aufzuweisen:

Eilbek, Eimsbüttel, Osdorf, Rothenburgsort, Rotherbaum, St. Georg, Wandsbek.

Vier Wohnstätten hatte darüberhinaus ein Stadtteil aufzuweisen, nämlich Bergedorf.

Sechs Wohnstätten hatte wiederum als Spitze Billstedt aufzuweisen.

V.2.3 Zahlenmäßige Charakteristika der Verteilung der Wohnstätten

In den Diagrammen von *Abbildung 43* und *44* ist für Stadtteile mit mehr als je zwei Wohnstätten von Angeklagten beziehungsweise von anderen Prozessbeteiligten in den Jahren von 1995 bis 2004 die Mächtigkeit der absoluten Anzahlen im Vergleich als Balken illustriert. Zunächst die angeklagten Probanden betrachtet (vgl. *Abbildung 43*), ist zu sehen, dass es größere Gruppen (mit sieben bzw. neun Stadtteilen) und kleinere Gruppen mit je drei Stadtteilen gibt, die Wohnstätten gerichtsärztlicher Probanden jeweils in der Anzahl von drei bis sieben aufzuweisen hatten. Der Umfang der Besetzung dieser Gruppen ist wie zu erwarten bei den Stadtteilen mit den wenigeren Wohnstätten größer (vgl. die Auflistung unter V.2.1), nimmt aber jenseits von mehr als drei Fällen im Stadtteil nicht kontinuierlich mit der Menge der Wohnstätten ab. Bei den insgesamt nicht sehr hohen Fallzahlen mag dabei wohl das Zufallsmoment mehr eine Rolle spielen als dass eine stringente Regelmäßigkeit anzusetzen wäre. Auffällig ist jedoch, dass jenseits von sieben Verortungen von Wohnstätten angeklagter Probanden zwischen den genannten Stadtteilgruppen eine Lücke bis zu einem einzigen Stadtteil klafft, der gleich mehr als doppelt so oft wie die ansonsten meistbesuchten Stadtteile aufzusuchen war: *Billstedt* am östlichen Randbezirk Hamburgs wies im fraglichen Zeitraum insgesamt fünfzehn Wohnstätten Angeklagter auf, die das Ziel eines Gerichtsarztes zur externen Untersuchung waren.

Was die Hausbesuche bei nichtangeklagten Prozessbeteiligten betrifft, ergibt sich – allerdings auf dem Niveau geringerer Gesamtzahlen – ein ähnliches Bild. Wie bei den Angeklagten weisen zunächst die beiden Gruppen der Stadtteile, die gemäß der Auflistung unter V.2.2 ein oder zwei Wohnstätten von Probanden aufzuweisen hatten, mit sechzehn beziehungsweise zehn Vertretern im Vergleich zu neunzehn beziehungsweise elf bei den Angeklagten (vgl. V.2.1) in etwa eine zahlenmäßig vergleichbare Besetzung auf. Es existiert sodann noch eine Gruppe von sieben Stadtteilen, die jeweils drei Wohnstätten nichtangeklagter gerichtsärztlicher Probanden im untersuchten Zeitraum vorzuweisen hatten, wie das Balkendiagramm in *Abbildung 44* illustriert. Eine höhere Anzahl von Wohnstätt-

ten im Stadtteil ist bei nichtangeklagten Probanden offensichtlich nicht die Regel, sondern ein Ausnahmefall. Über das Maß von drei derartigen Wohnstätten hinaus wartet auf dem nächsten Rang nur ein Stadtteil – Bergedorf – mit vier derartigen Verortungen auf. Wiederum allerdings übertreibt Billstedt alle Stadtteile mit einem, wenn hier auch kleinerem Abstand, indem nämlich insgesamt sechs nichtangeklagte Prozessbeteiligte, die gerichtsärztlich zu untersuchen waren, ihre Wohnstätte in diesem Stadtteil besaßen.

V.2.4 Das Hamburger Stadtgebiet und die Kriminalitätsrate

Insofern das bloße Aufzählen der Stadtteilnamen allenfalls einem sehr mit der detaillierten Geographie Hamburgs Vertrauten eine Vorstellung von der *räumlichen* Verteilung geben kann, illustrieren die *Karten 1.a* und *1.b* beziehungsweise *2.a* und *2.b* die Verteilung der Probandenwohnstätten im Stadtgebiet. In der hier zu Grunde gelegten schematischen Darstellung der Stadtteile der Freien und Hansestadt Hamburg sind einige Bereiche dunkler unterlegt. Sie stellen jene Stadtteile dar, in denen gemäß der polizeilichen Kriminalitätsstatistik aus dem Jahre 1999 die Rate der Straftaten über dem Hamburger Durchschnitt lag. In Hamburg gesamt kamen 1999 durchschnittlich 166 Straftaten auf je 1000 der Bevölkerung; in diesen Stadtteilen dagegen kamen aber mindestens 170 Straftaten auf je 1000 der dortigen Einwohner [15]. (Wobei im Übrigen die Kriminalitätsrate sich im Sinken befand bzw. befindet; nach Abschluss des hier untersuchten Zehnjahreszeitraumes lag sie im Jahre 2005 nur noch bei 142 Straftaten je 1000 der Bevölkerung [16].)

Bezüglich der polizeilichen Statistik von Straftaten sind jedoch bestimmte Eigenheiten zu beachten [17]. Zunächst einmal handelt es sich um eine *Erfassungstatistik*, gezählt werden nur jene Straftaten, die polizeilich auffällig geworden und daher erfasst worden sind. Mit Blick auf die inhomogene demographische Strukturierung Hamburgs ist nach polizeilicher Erfahrung mit einem durchaus relevant unterschiedlichen Anzeigeverhalten verschiedener Bevölkerungsgruppen zu rechnen, die in bestimmten Gebieten schwerpunktmäßig dominieren. Nicht überall werden Delikte damit in gleicher Weise häufig zur Anzeige gebracht [18]. Es stellt sich das Problem eines so genannten Dunkelfeldes beziehungsweise der Abschätzung von Dunkelziffern; in der hier herangezogenen Statistik erfasster Straftaten findet dieser die gesicherte Exaktheit überschreitende Aspekt allerdings ausdrücklich *keine* Berücksichtigung.

Die neigungsgemäß in einem Stadtteil mehr oder weniger zur Anzeige gebrachten Delikte werden sodann auf die dort gemeldete *Wohnbevölkerung* zahlenmäßig bezogen (so genannte bevölkerungsbezogene Häufigkeitsziffer „je 1000 der Bevölkerung“), so dass bevölkerungsschwache Gebiete bei absolut gleicher Deliktzahl eine höhere Kriminalitätsrate erhalten als bevölkerungsreiche. Dies ist zunächst plausibel, denn in einem dünn besiedelten ländlichen Gebiet wären zwanzig Straftaten auffallend viel, während in einem entsprechend großen Gebiet mit dichter, ballungsraumartiger Bevölkerung zwanzig Straftaten eher eine erstaunlich geringe Menge darstellten. Betrachtet man wie im Fall Hamburgs jedoch Gebiete mit typischer Ausprägung großstädtischer Innenstadtbereiche, ist diese Erfassungsart der Kriminalitätsrate kritisch im Auge zu behalten. Auf die Eigenheiten solcher innenstädtischer Bezirke wurde bereits verwiesen (vgl. V.1.2). Hier ist die Zahl der Delikte nämlich nur auf eine geringe ansässige Wohnbevölkerung zu beziehen, wodurch die errechnete Kriminalitätsrate hoch wird. Anders als in einem menschenarmen ländlichen Bereich jedoch pendeln viele Personen ein und bevölkern das Gebiet

zeitweilig sogar ausgesprochen dicht, so dass bei einem hohen Maß an „Tatgelegenheiten“ [19], wie sie zum Beispiel für Einkaufszentren typisch sind, die *absolute* Zahl der Straftaten vor diesem Hintergrund gar nicht weiter erstaunlich groß sein muss, auch wenn sich für die Kriminalitätsrate hohe Werte errechnen (vgl. das Beispiel Fuhlsbüttel in Abschnitt V.2.5). – Im Überblick über die Verteilung der Wohnstätten gerichtsärztlich zu untersuchender Probanden wird dennoch diese gängige Angabe der Kriminalitätsrate zu Grunde gelegt, um die Stadtteile hinsichtlich der in ihnen auftretenden Kriminalität in einen Vergleich bringen zu können.

V.2.5 Räumliche Charakteristika der Verteilung der Wohnstätten

In die vier Karten des Hamburger Stadtgebietes wurden die Wohnstätten der in den Jahren 1995 bis 2004 gerichtsärztlich daheim aufgesuchten Probanden eingetragen. Jede in den Plan eingetragene Markierung steht dabei für jeweils eine Wohnstätte eines Probanden in diesem Stadtteil. Die Darstellung gibt mit den Markierungen also keine exakte Verortung der Wohnstätten *innerhalb* der Stadtteile wieder, sondern demonstriert im Gesamtgrundriss Hamburgs die lokale Verteilung hinsichtlich der einzelnen Stadtteile.

Betrachtet man die *Karte 1.a* mit den Markierungen aller 172 zu ermittelnden Wohnstätten von Angeklagten, eingeschlossen der oben erwähnten drei außerhalb der Stadtgrenzen gelegenen, so scheint zunächst eine gewisse Gleichverteilung zu herrschen. Abgesehen von erklärlicherweise ausgesparten Gebieten wie den großen industriellen Hafengebieten ohne Wohnbebauung südlich der Innenstadt und den ländlichen, nur mit dörflichen Siedlungen versehenen Randbezirken wie den Vierlanden südöstlich oder dem in Europa zu den größten Obstanbaugebieten zählenden Alten Land südwestlich, scheinen die markierten Wohnstätten auf den ersten Blick relativ gleich verteilt zu sein. Sie gehen offenbar mit den dichteren, städtischen Siedlungsbezirken einher, nämlich nördlich der Elbe mit den um die Hamburger Innenstadt und Altona sich fächerförmig, an entsprechenden größeren Verkehrswegen aufgliedernden Siedlungsgürteln; südlich der Elbe mit den alten industriellen Ballungsräumen von Harburg und Wilhelmsburg.

Zugleich fällt aber auch ins Auge, dass innerhalb dieser Verteilung bestimmte der hier dunkler grau unterlegten Stadtteile, die also eine erhöhte Kriminalitätsrate aufweisen, gerade *keine* Markierungen zeigen. Im Norden ist dies Fuhlsbüttel. Hier muss die hohe Kriminalitätsrate jedoch vor dem Hintergrund gesehen werden, dass in diesem Stadtteil der internationale Flughafen der Metropole liegt. Ein ähnlicher Effekt, durch den die Hafengebiete mit ihrer hohen Kriminalitätsrate frei von Wohnstättenmarkierungen Angeklagter bleiben, darf durchaus auch hier zur Erklärung herangezogen werden. Die Delikte werden weniger von der Wohnbevölkerung, als von einer Transitpopulation verübt (wobei spezifische Delikte, wie sie die Zoll- und Einreisituation des Flughafens mit sich bringt, auftreten). In absoluten Zahlen wurden 1999 in Fuhlsbüttel 3544 Straftaten registriert, worunter lediglich 25 Gewaltdelikte waren [20]. Damit ist die Gesamtzahl vergleichbar mit den 3539 im selben Jahr erfassten Straftaten im Stadtteil Lohbrügge, – wobei freilich Lohbrügge mit 169 Gewaltdelikten, mithin mehr als sechsmal so vielen wie in Fuhlsbüttel, bezüglich der Einschätzung der so genannten inneren Sicherheit ein anderes Bild bieten mag... Dennoch errechnet sich gemäß des oben genannten Prinzips der bevölkerungsbezogenen Häufigkeitsziffer für Fuhlsbüttel mit 299 Straftaten je 1000 der Bevölkerung eine überdurchschnittlich hohe Kriminalitätsrate (zur Erinnerung: Gesamt-Hamburg weist durchschnittlich 166 je 1000 der Bevölkerung auf). Lohbrügge hingegen

ist mit einer errechneten Rate von 98 Straftaten je 1000 der Bevölkerung fast zu den Stadtteilen mit einer besonders niedrigen Kriminalitätsrate zu zählen (nach Kategorisierung im Statistischen Jahrbuch [21] sind dies Gebiete mit nicht mehr als 90 Straftaten je 1000 der Bevölkerung).

Ist so plausibel, warum in Fuhlsbüttel trotz hoher Kriminalitätsrate hier wohnende gerichtsärztlich zu untersuchende Probanden eher nicht zu erwarten sind, so könnte man dagegen als auffällig werten, dass in „Wohn-Stadtteilen“ mit hoher Kriminalitätsrate wie in Billbrook und Rothenburgsort oder südöstlich vom Harburg-Wilhelmsburger Bereich ebenfalls keine Hausbesuche bei Angeklagten stattgefunden haben. Im auch recht „kriminalitätsreichen“ Wandsbek geht dagegen die erhöhte Deliktrate mit relativ vielen hier wohnenden, zu untersuchenden Angeklagten einher.

Bei insgesamt 172 Wohnstätten in 59 verschiedenen Stadtteilen (die drei außerhalb der administrativen Grenzen gelegenen Ortschaften dazugezählt) entfallen auf diese von gerichtsärztlichen externen Untersuchungen betroffenen Gebiete im fraglichen Zeitraum damit durchschnittlich 2,9 Verortungen einer Probandenwohnstätte (nimmt man den „Ausreißer“ Billstedt heraus, so entfallen bei 157 Wohnstätten in 58 Stadtteilen durchschnittlich etwa 2,7 auf jeden). Es erweist sich dabei, dass vierzehn der Hamburger Stadtteile fünf oder mehr Wohnstätten von Angeklagten aufzuweisen haben, also fast oder mehr als doppelt soviel wie durchschnittlich. In diesen vierzehn Stadtteilen liegen von den insgesamt 172 registrierten Adressen alleine 89, so dass etwa 51,7 Prozent, also praktisch etwas mehr als die Hälfte der Hausbesuche einer kleineren Gruppe von Stadtteilen zuzuordnen ist (vierzehn im Vergleich zu über hundert insgesamt vorhandenen Stadtteilen). – Um diese Schwerpunkte herauszuarbeiten, wurden in der *Karte 1.b* „optisch“ die mit wenig bis mäßig vielen Markierungen aufwartenden Stadtteile abgezogen, und lediglich Stadtteile mit auffällig vielen Hausbesuchen, nämlich mit mehr als doppelt so vielen wie durchschnittlich, das heißt mit mindestens sechs Besuchen herausgestellt.

Es fällt auf, dass die sieben davon betroffenen Stadtteile nicht sämtlich eine hohe Kriminalitätsrate aufzuweisen haben. – Vielmehr weist nur Wandsbek (sieben Hausbesuche) eine erhöhte Kriminalitätsrate von 193 je 1000 der Bevölkerung auf, während Billstedt (fünfzehn Besuche), Lohbrügge (sechs Besuche), Rahlstedt (sieben Besuche), Steilshoop (sieben Besuche) und Winterhude (sechs Besuche) zu der Kategorie der Stadtteile mit mäßig bis durchschnittlich hoher Kriminalitätsrate zu zählen sind (zwischen 90 und 170 Straftaten je 1000 der Bevölkerung). Ein betroffener Stadtteil, nämlich Schnelsen mit sechs Besuchen zählt bei einer Rate von 68 Delikten je 1000 der Bevölkerung in der Kategorisierung des Statistischen Jahrbuches sogar zu den Stadtteilen mit auffällig unterdurchschnittlicher Kriminalitätsrate.

Wie oben schon erwähnt, stellen die *Karten 2.a* und *2.b* die räumliche Verteilung der Wohnstätten nichtangeklagter Prozessteilnehmer im Hamburger Stadtgebiet dar, die gerichtsärztlicherseits in den Jahren 1995 bis 2004 daheim zu untersuchen waren. In der *Karte 2.a* zeigt sich die Verteilung aller 67 Wohnstätten, die sich in der Auflistung im Abschnitt **V.2.2** finden. Auch hier wird cum grano salis das aus der entsprechenden *Karte 1.a* mit den Wohnstätten zu untersuchender Angeklagter vertraute Muster erkennbar: Unter Aussparung der südlich der Elbe gelegenen ländlichen Gebiete sowie der unbesiedelten Hafengebiete südlich der Innenstadt zeigt sich die um die Innenstadtbereiche auf-

gefächerte Verteilung mit Markierungen ebenfalls in Wilhelmsburg sowie im südöstlichen Raum.

Bei allerdings ohnehin geringer Gesamtzahl der Fälle wird in der *Karte 2.b* wiederum eine optische „Herauspräparierung“ der häufiger betroffenen Stadtteile unternommen. Ergeben sich bei 67 Verortungen in 35 Stadtteilen rechnerisch für diese betroffenen Stadtteile durchschnittlich etwa 1,9 Wohnstätten nichtangeklagter Probanden, so werden in der Karte nun nur jene Stadtteile mit Markierungen ausgezeichnet, die mindestens drei Verortungen einer solchen Wohnstätte im fraglichen Zeitraum aufzuweisen hatten. Dermaßen sind neun Stadtteile mit mindestens drei Wohnstätten herauszustellen, wobei Billstedt und Wandsbek sowohl in den entsprechenden Aufstellungen der Wohnstätten Angeklagter wie der nichtangeklagter Prozessteilnehmer auftauchen. Bis auf das im Südosten in der *Karte 2.b* markierte Bergedorf (während es bei den Angeklagten das benachbarte Lohbrügge ist, das sich in *Karte 1.b* markiert findet) und das im Westen gelegene Osdorf, auf dessen Grund sich zum Teil die erwähnte Großsiedlung Osdorfer Born erstreckt, liegen die häufiger zu besuchenden Stadtteile mit Blick auf nichtangeklagte Probanden nun eher im Bereich um die innenstädtischen Gebiete: Eimsbüttel, St. Georg, Rothenburgsort und Rotherbaum sind dabei zugleich Stadtteile mit überdurchschnittlich hoher Kriminalitätsrate, während dagegen Eilbek – wiewohl gleichsam im Aufriss Bindeglied zwischen St. Georg und Wandsbek – sogar eine unterdurchschnittliche Kriminalitätsrate von nur 87 Straftaten je 1000 der Bevölkerung vorweist (mit absolut 1736 Straftaten, wobei 1102 Diebstahlsdelikte waren [22]). – Vor dem Hintergrund der niedrigen Gesamtzahlen soll an dieser Stelle keine ausführlichere Interpretation dieser Verhältnisse erfolgen, es soll aber festgehalten werden, dass Billstedt im fraglichen Zeitraum gerade in Anbetracht, dass derartige Hausbesuche bei Nichtangeklagten an sich weniger oft erfolgen, mit sechs auffällig viele dort wohnende gerichtsärztliche Probanden aufzuweisen hatte.

V.2.6 Eigenheiten gerichtsärztlich oft frequentierter Stadtteile

Da die Gruppierung der Stadtteile hinsichtlich der Kriminalitätsrate vor dem Hintergrund bestimmter Eigenheiten der Ermittlung dieser meldebevölkerungsbezogenen Rate erfolgen muss (vgl. V.2.4), sollen die hinsichtlich aufzusuchender *Angeklagter* oben besonders auffällig gewordenen sieben Stadtteile an dieser Stelle über die bloße Angabe der Kriminalitätsrate hinaus näher betrachtet werden. Es könnte in dieser Perspektive nämlich argumentiert werden, dass die Höhe der Zahl gerichtsärztlich zu untersuchender Probanden mit der *absoluten* Anzahl geschehener Straftaten in Zusammenhang stehe. – Vorausgesetzt die Delikte werden nicht von in den Stadtteil „eingependelten“ Personen begangen (wie bezüglich der unten skizzierten „kriminellen Extrembezirke“ wie Hamburg-Altstadt zu mutmaßen), so steigt natürlich die Anzahl möglicherweise erkrankter Angeklagter mit der Zahl der Straftäter im Stadtteil, gleichgültig welche Rate diese absolute Zahl in Bezug auf die Meldebevölkerung ergibt.

Was macht Lohbrügge, Rahlstedt, Schnelsen, Steilshoop, Winterhude aber vor allem Billstedt, das auch bei den Untersuchungen nichtangeklagter Probanden sichtlich auffällt, hinsichtlich der Zahl der Straftaten aus [23]? – Die Tabelle in *Abbildung 45* gibt dazu einen Überblick: Auch was die absoluten Anzahlen der Delikte betrifft, so zeigt sich das Feld der sieben Stadtteile wie in Hinsicht auf die Kriminalitätsrate „durchwachsen“. Wa-

ren im Berichtsjahr 1999 insgesamt in Hamburg 281.214 Straftaten auffällig geworden, so entfielen bei 104 Stadtteilen durchschnittlich etwa 2704 auf jeden Stadtteil. Tatsächlich verteilt sich die Kriminalität natürlich nicht gleich über das Stadtgebiet – es gibt hier den Spitzenreiter Hamburg-Altstadt mit 25.816 Straftaten gefolgt von St. Georg (18.312 Straftaten) und St. Pauli (14.217 Straftaten). Andererseits gibt es als anderes Extrem das im Westen gelegene ländliche Cranz mit ganzen 17 Straftaten (wovon sieben Diebstähle waren und kein Delikt mit einer Gewalttat zusammenhing).

Die sieben hier zu betrachtenden gerichtsärztlich oft frequentierten Stadtteile gehören (vielleicht bis auf Billstedt und Rahlstedt) weder zu solchen Stadtteilen mit absolut extrem vielen noch mit absolut extrem wenigen Straftaten, sie sind aber durchaus nicht alle auf gleichem Niveau. Es gibt hier Schnelsen (1865 Straftaten), das unterdurchschnittlich viele Straftaten aufweist, Steilshoop (2474 Straftaten), das etwa den Durchschnitt erreicht, sowie Lohbrügge (3539 Straftaten) und Winterhude (4879 Straftaten) mit überdurchschnittlich vielen Straftaten. Wandsbek (6225 Straftaten) liegt sodann deutlich über dem Durchschnitt und Rahlstedt (8096 Straftaten) sowie Billstedt (8929 Straftaten) schließen bereits sichtlich zu den Spitzengruppen auf (nur insgesamt sieben aller Hamburger Stadtteile haben mehr als 7000 Straftaten im Jahr 1999 aufzuweisen!). Zwischen Billstedt und den oben genannten Innenstadtbereichen mit extrem vielen Delikten liegt in der Rangfolge nur noch ein Stadtteil mit mehr Straftaten, nämlich Eimsbüttel mit 12.887 Straftaten.

Betrachtet man die unterschiedliche Art der Delikte, so zeigt sich, dass in Billstedt mit 373 und in Rahlstedt mit 353 auffallend viele Gewaltdelikte vorliegen. In Hamburg gibt es nur noch auf St. Pauli (963) und St. Georg (848) mehr Gewaltdelikte, während in Wilhelmsburg mit 362 Gewalttaten die Anzahl ähnlich hoch ist; ansonsten erreichen abgesehen von Altona-Altstadt (300 Gewaltdelikte) nur noch sechs andere Stadtteile überhaupt mehr als 200 Gewalttaten im fraglichen Jahreszeitraum.

Bei den Diebstahlsdelikten schließt Billstedt mit 5302 durchaus zu den oben erwähnten „kriminellen Spitzengebieten“ in der Stadt auf: Nur auf St. Pauli (7183) und in Hamburg-Altstadt (6046) gibt es überhaupt noch mehr Diebstähle, auf St. Georg sind es mit 5149 sogar etwas weniger, so wie auch sonst kein Stadtteil mehr als Billstedt an diesen Delikten aufzuweisen hat. Auch Rahlstedt allerdings stellt mit 4931 Diebstählen unter den sieben gerichtsärztlich häufig besuchten Stadtteilen ein Gebiet mit sichtlich vielen Diebstählen dar.

Festzuhalten bleibt also, dass die sieben betrachteten Stadtteile durchaus sich nicht alle auf gleichem Niveau bei den Straftatzahlen befinden. Auffällig ist für das sehr häufig besuchte Billstedt einerseits eine absolut hohe Zahl an Straftaten bei überdurchschnittlich hoher Kriminalitätsrate, wobei hier sowohl absolut viele Gewaltdelikte wie auch Diebstähle (also so genannte Kleinkriminalität) auftreten. Auch wenn dies in der bevölkerungsbezogenen Kriminalstatistik nicht zu besonders hohen Raten führt, wie in der Tabelle in *Abbildung 45* der Vergleich mit Wandsbek oder Steilshoop vor Augen führt, so gibt es doch hier viele Straftäter, die im Zusammenhang mit ihren Vorladungen zu Gericht möglicherweise gerichtsärztlich untersucht werden müssen, wenn sie Erkrankungen geltend machen.

Abgerundet werden soll die Betrachtung durch einen Blick auf die sozialen Verhältnisse in den sieben Stadtteilen mit relativ vielen dort wohnenden angeklagten Pro-

banden. Wie in der Tabelle in *Abbildung 46* zu sehen, zeigen sich diese Stadtteile auch in dieser Hinsicht recht inhomogen. Keiner der Stadtteile zählt erwartungsgemäß zu den besonders dünn besiedelten Gebieten Hamburgs wie in der ersten Spalte der Tabelle erkennbar, doch unterscheiden sie sich hinsichtlich ihrer Sozialstruktur. Liegen Winterhude und Schnelsen mit den durchschnittlichen Einkünften über dem allgemeinen Hamburger Niveau, so gehören die Bewohner der anderen Stadtteile eher zu den weniger Verdienenden. Die zum Teil fehlenden Angaben in der zweiten Spalte der Tabelle beruhen darauf, dass für diese Stadtteile vom methodischen Ansatz her keine entsprechenden Angaben zu errechnen gewesen waren, wie überhaupt auf die Anfertigung einer solchen Einkommensstatistik in neueren Datenwerken inzwischen verzichtet wird [24]. Vollständig liegen dagegen die Angaben zu den Arbeitslosen vor. Im März 1999 gehörte keiner der sieben Stadtteile zu einem Gebiet mit besonders niedriger Arbeitslosenquote (dies wären nach damaligen Verhältnissen weniger als 5,5 Prozent der Bevölkerung von 15 bis unter 65 Jahren gewesen). Billstedt und Steilshoop liegen dabei mit jeweils über acht Prozent deutlich über dem damaligen Hamburger Durchschnitt. Ebenso ist das Bild beim Anteil der Sozialhilfeempfänger in den Stadtteilen, auch hier liegen Billstedt und Steilshoop deutlich über dem Durchschnitt.

Kapitel V.3 Billstedt – gerichtsärztlich häufiger aufzusuchen

V.3.1 Soziale Spannungssituation

Auch wenn, wie eingangs betont, vor dem Hintergrund von tausenden auffällig gewordener Delikte die gerichtsärztlichen Hausbesuche mit ihrer absoluten Anzahl einen allenfalls marginalen Aspekt in der sozialpolitischen Betrachtung darstellen, so fällt doch auf diesem niedrigen Niveau auf, dass im Vergleich der Stadtteil Billstedt sich eindeutig von anderen Stadtteilen abhebt. Was diesen besonders auffällig oft von den Gerichtsärzten aufgesuchten Stadtteil betrifft, so zeichnet er sich – während insgesamt die zuvor betrachtete Gruppe von sieben häufiger frequentierten Stadtteilen sich eher uneinheitlich gibt – durch eine soziale Spannungssituation aus [25]. Es geschieht hier absolut eine hohe Zahl von Straftaten mit einerseits vielen Gewaltdelikten aber auch mit vielen Diebstahlsdelikten. Es gibt in Billstedt viele Arbeitslose, wobei die hier nicht in den Tabellen wiedergegebene detaillierte Aufgliederung zeigt, dass im Hamburger Vergleich ein überdurchschnittlich hoher Anteil von Arbeitslosen unter der jüngeren Bevölkerung zwischen 15 und 25 Jahren vorliegt. Auch an sich ist in Billstedt der Anteil der Jugendlichen deutlich höher als im Hamburger Durchschnitt, während der Anteil der über 65-Jährigen dagegen niedriger als im Gesamtdurchschnitt ausfällt. Billstedt weist einen hohen Ausländeranteil auf. Die durchschnittliche Wohnungsgröße fällt zwar nur etwa zwei Quadratmeter geringer als allgemein im Hamburger Durchschnitt aus, womit sie noch deutlich über dem Durchschnitt im Bezirk Hamburg-Mitte liegt, es teilen sich jedoch hier sichtlich mehr Einwohner dieselbe Wohnfläche als im Hamburger Vergleich.

V.3.2 Historisch gewachsene Inhomogenität – Brüche im Stadtbild

Dabei gilt speziell für Billstedt stadtgeographisch einiges von dem, was oben bereits bezüglich der „Inhomogenität“ des Hamburger Siedlungsgebietes an sich umrissen wurde [26]. Billstedt, nördlich des namengebenden Flusses Bille gelegen, war mit etwas über 13.600 Einwohnern eine der (damals) kleineren preußischen Ortschaften in Schleswig-

Holstein, die – wie oben erwähnt – in Zusammenhang des Groß Hamburg Gesetzes in den 1930er Jahren nach Hamburg eingemeindet wurden. Knapp ein Jahrzehnt zuvor war es selbst erst aus dem Zusammenschluss alter, bis dahin selbständiger kleiner Dörfer entstanden. Diese „nicht gewachsene“ Entstehung wirkt bis heute nach: Die im hier untersuchten Zehnjahreszeitraum auf knapp 68.500 Einwohner gestiegene Bevölkerung Billstedts verteilt sich nicht gleichmäßig über die Stadtteilfläche. Im ehemals selbständigen Kirchsteinbek zum Beispiel findet man noch heute Nachklänge der dörflichen Strukturen.

Obwohl in der Folge der Zuwachs der Bevölkerung auf Personen aus der Arbeiterschicht beruhte, entstand in Billstedt praktisch nie umfangreiches arbeitgebendes Gewerbe – die Bevölkerung fand ihre Arbeit in anderen Stadtteilen, solange dort wie auch im innenstadtnahem Hafen Arbeitskräfte gebraucht wurden. Billstedt weist mit dem 93 Hektar großen Öjendorfer Friedhof, der der zweitgrößte nach Ohlsdorf in Hamburg ist und so wie dieser auch von Straßen und Buslinien erschlossen wird, und dem Öjendorfer See mit dem gleichnamigen Park, der auf Ablagerungsflächen der enormen Trümmernmassen des zerbombten Hamburg entstand, große Flächen vollkommen ohne Wohnbevölkerung auf. Neben diesen zusammen fast 320 Hektar umfassenden naturnahen und parkartigen Arealen entstand aber seit den 1970er Jahren am östlichen Rand Billstedts die schon erwähnte, so genannte Großwohnsiedlung Mümmelmansberg (zumindest im damaligen Szenejargon bald als „Bunny-Hill“ in der Hansestadt verschrienen). Rechnen sich statistisch die unbebauten und die ballungsmäßig dicht bewohnten Areale gegeneinander bei der Bestimmung der gesamten Einwohnerdichte auf, so finden sich in Billstedt realiter Großstadtquartiere mit Zügen dessen, was in den Medien unter dem Stichwort der „Ghettoisierung“ beklagt wird.

Was das Quartier Mümmelmansberg betrifft, so weisen die für das Jahr 2005 vom neuen Statistikamt Nord nun einzeln ausgewiesenen Daten [27] aus, dass hier auf etwa 2,5 Quadratkilometern 18.505 gemeldete Personen leben. Die Bevölkerungsdichte beträgt genau 7710 Einwohner pro Quadratkilometer, was über dreieinhalbmal mehr ist als der Durchschnitt im an sich dicht besiedelten Bezirk Hamburg-Mitte (zum Vergleich: für Billstedt als Stadtteil insgesamt beträgt der Wert „nur“ 4045 Einwohner pro Quadratkilometer, was auf den oben skizzierten statistisch „verdünnenden“ Effekt weiter unbesiedelter Flächen zurückzuführen ist). 21,8 Prozent der Einwohner sind unter 18 Jahre alt (Hamburg gesamt weist durchschnittlich 15,8 Prozent unterachtzehnjährige Einwohner auf); 23 Prozent der hier Lebenden sind Ausländer (Hamburg gesamt: 15 Prozent durchschnittlich). Schon erwähnt wurde die hohe Arbeitslosenrate mit vielen jugendlichen Arbeitslosen in Billstedt gesamt, was sich spürbar im Quartier Mümmelmansberg manifestiert. In dieser Siedlung liegt mit 6306 Sozialwohnungen knapp die Hälfte aller Sozialwohnungen Billstedts wie sich knapp ein Viertel aller Sozialwohnungen des ganzen Bezirkes Hamburg-Mitte überhaupt in Mümmelmansberg befinden.

V.3.3 Gerichtsärztliche Stadtgeographie – Randphänomene als Schlaglichter

Es zeigt sich, dass das Phänomen der gerichtsärztlichen Hausbesuche zur Untersuchung angeklagter wie nichtangeklagter Probanden neben anderen Aspekten wie etwa der Häufigkeit polizeilicher Einsätze oder der aktenkundig gewordenen Delikte von der Zahl her nur ein Randphänomen im Bereich von Kriminalistik und gesellschaftspolitischer Betrachtung darstellt. Dennoch führt die gerichtsärztliche Stadtgeographie, die Aufgliederung der Hamburger Stadtteile gemäß der Sicht des Gerichtsarztes, der im gerichtlichen

Auftrag Probanden aufzusuchen und ärztlich zu untersuchen hat, zu Einsichten in den Kosmos der Großstadt, die mit anders fundierten Analysen in ihrem Gehalt einhergehen.

Das Randphänomen wirft Schlaglichter auch auf die Situation an sich. Mag es zufällig sein, wenn ein Stadtteil mit der Wohnstätte eines einzigen Probanden in der Auflistung auftaucht und ein daneben gelegener nicht. Hätte der Betroffene seine Wohnung wenige Straßenzüge weiter genommen, wäre es vielleicht umgekehrt. Was jedoch eine aus der gerichtsärztlichen Sicht tatsächlich auffallend häufiger zu besuchende Gegend betrifft, so zeichnet sich sehr wohl ab, dass sich darin die sozialen und sozusagen kriminalistischen Gegebenheiten spiegeln. Wenn auch die Zahl gerichtsärztlicher Hausbesuche in einem bestimmten Gebiet wohl schwerlich zum Parameter der Wahl in entsprechenden Studien taugen mag, so lohnt sich doch im Sinne der erwähnten „impressionistischen“ Angehensweise (vgl. V.1.2) eine Auseinandersetzung mit diesem Phänomen. Die Schilderung gerichtsärztlicher Tätigkeit in einer eher anekdotisch orientierten Betrachtung bezieht ohnehin aus solchen Einsätzen vor Ort ein gehörig Teil ihrer Lebensnähe.

TEIL VI QUELLENGRUNDLAGEN

VI.0 Einführender Hinweis

Bemerkungen zu den Quellen, aus denen sich das im **Teil IV** und **Teil V** in den empirischen Darstellungen jeweils herangezogene Datenmaterial speist, finden sich an entsprechender Stelle im Text beigelegt. Hier sollen dem interessierten Leser noch einige ergänzende Hinweise zu diesem Material aus dem Archiv des Hamburger Gerichtsärztlichen Dienstes geboten werden, die über das jeweils im Text Thematisierte hinausgehen.

Dies bezieht sich einerseits auf die Gestalt der in Abschnitt **IV.1.1** vorgestellten Sekretariatsbücher als Schlüssel zum Archivmaterial. Zudem wurde in den **Teilen IV** und **V** auf eine umständliche Wiedergabe der zu Grunde gelegten Daten verzichtet, wenn, anders als etwa bei der Auflistung der gerichtsärztlich zu begutachtenden Gesundheitsstörungen im Kapitel **IV.5**, eine aufzählende Wiedergabe von detaillierten Einzelheiten keine wesentliche, die an entsprechender Stelle gegebenen Einsichten übersteigernde Erweiterung darstellt. Um dem interessierten Leser jedoch die Entstehung der gebotenen Informationen transparent zu machen, werden in diesem Teil in Form von Auflistungen entsprechende *Datenspiegel* beigelegt.

Dies betrifft zum einen die im Exkurs im Kapitel **IV.8** thematisierten Deliktbezeichnungen in den Aufzeichnungen des gerichtsärztlichen Sekretariates, auf die sich die im dortigen Kapitel gebotene statistische Erfassung der angeklagten Probanden nach Deliktgruppen gründet. In Klarlisten finden sich hier die entsprechenden bei externen Terminfähigkeitsprüfungen in den Jahren 1995 bis 2004 dokumentierten Delikte (angeordnet jahrgangsweise mit Angabe der Einordnung in die Kategorien aus Abschnitt **IV.8.3**).

Ebenso findet sich bezüglich der im **Teil V** als Anhang gebotenen Darstellung der Verteilung der Wohnstätten gerichtsärztlicher Probanden im Hamburger Stadtgebiet an dieser Stelle der entsprechende Datenspiegel bezüglich der zu Grunde gelegten Probandenanschriften. Geboten wird unter Berücksichtigung des Datenschutzes (vgl. **IV.1.5**) dabei die anonymisierte jahrgangsweise Auflistung der Angaben von Postleitzahl, Straße, Stadtteil und (soweit zuzuordnen) Hamburger Ortsteilnummer.

VI.1 Ergänzendes zu den Sekretariatsbüchern als Quellengrundlage

Wie in Abschnitt **IV.1.1** geschildert, sind der Schlüssel zu den im Archiv des gerichtsärztlichen Dienstes aufbewahrten Untersuchungsunterlagen die im Sekretariat bis Mitte 2004 geführten Eingangsbücher für jegliche gerichtsärztliche Aufträge. Wie beschrieben, sind nach der behördlichen Umorganisation bezüglich des Gerichtsärztlichen Dienstes dessen Archivbestände inzwischen im Archiv des Institutes für Rechtsmedizin am Universitäts-

linikum Hamburg-Eppendorf eingeordnet worden. Hier finden sich komplett die Sekretariatsbücher des Gerichtsärztlichen Dienstes vom am 16. Oktober 1959 begonnenen Exemplar bis zum am 11. Juni 2004 bei Umstellung auf elektronische Speichermedien geschlossenen letzten Buch (vgl. **IV.1.2**). Es handelt sich dabei um feste Kladden beziehungsweise gebundene großformatige Notizbücher im DIN-A4-Format.

Die Seiten der Bücher über die Jahresgrenzen hinaus vollständig ausnutzend, wurden hier, wie in Abschnitt **IV.1.4** dargestellt, alle im Sekretariat eingegangenen Aufträge fortlaufend notiert, wobei die Nummerierung innerhalb eines Kalenderjahres von „1“ für die erste Anfrage im Januar bis zum letzten im Dezember des jeweiligen Jahres erteilten Auftrag erfolgte. Von dieser Zählweise wurde nur in einem Buch abgewichen, als im Jahr 1975 eine dickere Art von gebundenem Blankobuch neu eingeführt wurde, in das nun die Niederschriften der Anfragen bis zum Jahresende 1977 passten, wobei über beide Jahreswechsel bis zum Ende des Bandes hin fortlaufend gezählt wurde. Ab 1978 wurden dann der besseren archivarischen Durchschaubarkeit wegen wieder Nummern für Aufträge jahrgangsweise jeweils von eins an vergeben.

Bis zum März 1965 tragen die Bücher auf dem Einband die Bezeichnung „Akteneingangsbuch“, was offensichtlich nicht vollkommen ihrer Bestimmung entspricht, da nicht jede zu verzeichnende Beauftragung zu einer gerichtsärztlichen Tätigkeit mit der Überstellung von Akten einhergehen muss. Danach wurde die Bezeichnung in „Tagebuch“ abgeändert, was zwar ohne Zweifel eine weitaus mehr unter sich fassende Bezeichnung darstellt, aber möglicherweise Anlass zu Verwechslungen mit dem vom universitären rechtsmedizinischen Institut geführten „Tagebuch“ geben konnte. Immerhin war ja zu dieser Zeit nicht nur dessen Sekretariat schon im selben Dienstgebäude auf dem Flur gegenüber untergebracht, beide Institutionen kooperierten auch in ihrer Arbeit miteinander (vergleiche die historische Darstellung im Abschnitt **I.3.3**). Seit dem im August 1969 begonnenen Buch steht auf den Titelschildern der Einbände „Posteingänge“ oder „Posteingang“, wobei offenbar auch die lediglich telephonisch eingegangenen Aufträge an den Gerichtsärztlichen Dienst als eine Form von Posteingang aufgefasst wurden (zuma zu Zeiten der damals für Brief wie Fernsprecher gleichermaßen zuständigen Bundespost). Wie auch immer – durchgesetzt hatte sich im alltäglichen Jargon keine der Bezeichnungen, es blieb eher unter dem Personal des Gerichtsärztlichen Dienstes unspezifisch deutlich bei der Rede von dem „Buch im Sekretariat“, und nicht unkonsequent tragen die Sekretariatsbücher ab dem Mai 2001 auf dem Einband neben der Angabe der in ihnen verzeichneten Auftragsnummern bis zur Abschaffung dieser Bücher gar keine weitere Bezeichnung mehr...

VI.2 Datenspiegel zu Kapitel IV.8

VI.2.1 In Kapitel IV.8 verwendete Einteilung von Deliktgruppen

Der Datenspiegel gibt jahrgangsweise die vom gerichtsärztlichen Sekretariat beim Eingang eines entsprechenden Untersuchungsauftrages festgehaltenen stichwortartigen Deliktbezeichnungen wieder unter Angabe, wie häufig im jeweiligen Kalenderjahr sich diese Eintragung fand. Der beigefügte Großbuchstabe gibt die Zuordnung zu einer der in Kapitel **IV.8** zu Grunde gelegten Deliktgruppe an, auf der die dortige statistische Aus-

wertung beruht. Wie erläutert, fand dabei folgende Einteilung Verwendung (Näheres zur Einordnung der Delikte in diese Gruppen in Abschnitt IV.8.3):

- 1.) „Gruppe Betrug (B)“; Delikte mit betrügerischer Komponente beziehungsweise Täuschungsabsicht.
- 2.) „Gruppe Eigentumsdelikte (E)“; Eigentumsdelikte im weitesten Sinne.
- 3.) „Gruppe Gewaltdelikte (G)“; Delikte mit Gewalt gegen Personen und Sachen.
- 4.) „Gruppe Verkehrsdelikte (V)“; Delikte im Zusammenhang mit Verkehr.
- 5.) „Gruppe Rauschgift (R)“; Rauschgiftkriminalität beziehungsweise BTM-Delikte im engeren Sinne.
- 6.) „Gruppe Sonstiges (S)“; Zusammenfassung sonstiger dokumentierter Fälle.

VI.2.2 Datenspiegel in tabellarischer Form

Klarliste der bei Annahme externer Untersuchungsaufträge in den Jahren von 1995 bis 2004 dokumentierten Delikte angeklagter Probanden.

| <u>1995</u> | <u>Anzahl</u> | <u>Deliktkategorie</u> |
|----------------------|---------------|------------------------|
| Betrug | 5 | B |
| Kreditkartenbetrug | 1 | B |
| Steuerhinterziehung | 1 | B |
| Körperverletzung | 3 | G |
| Raub | 2 | E |
| Diebstahl | 1 | E |
| BTM-Vergehen | 1 | R |
| Geldfälschung | 1 | B |
| Urkundenfälschung | 1 | B |
| Schmuggel (Beihilfe) | 1 | B |
| „Führerscheinsache“ | 1 | V |
| keine Angaben | 3 | |
| insgesamt | 21 | |

| <u>1996</u> | <u>Anzahl</u> | <u>Deliktkategorie</u> |
|----------------------------|---------------|------------------------|
| Raub | 1 | E |
| Diebstahl | 2 | E |
| Unterschlagung | 1 | B |
| Versandwaren nicht bezahlt | 1 | B |

| | | |
|------------------------|-----------|---|
| Steuerhinterziehung | 1 | B |
| Urkundenfälschung | 3 | B |
| BTM-Vergehen | 1 | R |
| Körperverletzung | 1 | G |
| räuberische Erpressung | 1 | E |
| Schuldner | 1 | B |
| Verkehrsdelikt | 2 | V |
| keine Angaben | 7 | |
| insgesamt | 22 | |

| 1997 | Anzahl | Deliktkategorie |
|------------------------------------|---------------|------------------------|
| Körperverletzung | 1 | G |
| Körperverletz. u. Sachbeschädigung | 1 | G |
| Diebstahl | 1 | E |
| räuberischer Diebstahl | 1 | E |
| Betrug | 1 | B |
| Steuerhinterziehung | 2 | B |
| Falschaussage | 1 | B |
| Vortäuschen einer Straftat | 1 | B |
| Unterhaltsentzug (strafrechtl.) | 1 | S |
| Vergewaltigung | 1 | G |
| keine Angaben | 8 | |
| insgesamt | 19 | |

| 1998 | Anzahl | Deliktkategorie |
|---------------------------------------|---------------|------------------------|
| Körperverletzung | 3 | G |
| Diebstahl | 2 | E |
| Warenerminbetrug | 1 | B |
| Betrug | 2 | B |
| Beihilfe zur Sachbeschädigung | 1 | G |
| unberechtigter Bezug Arbeitslosengeld | 1 | B |
| Beleidigung | 2 | S |
| Volksverhetzung | 1 | S |
| Asylverfahren | 1 | S |
| versuchter Totschlag * | 1 | G |
| keine Angaben | 6 | |
| insgesamt | 21 | |

* Angeklagter in U-Haft, aber Sofortuntersuchung an Gerichtsstelle!

| 1999 | Anzahl | Deliktkategorie |
|-----------------------|---------------|------------------------|
| Betrug | 5 | B |
| Betrug u. Untreue | 1 | B |
| Betrug u. Diebstahl | 1 | B |
| Hehlerei u. Diebstahl | 1 | E |
| Diebstahl | 1 | E |
| Körperverletzung | 1 | G |

| | | |
|------------------------------------|-----------|---|
| Unterschlagung | 1 | B |
| Hehlerei | 1 | E |
| Steuerhehlerei | 1 | B |
| Steuerhinterziehung | 1 | B |
| Fahren ohne Fahrerlaubnis | 2 | V |
| Ehefrau mit HIV infiziert | 1 | S |
| unerlaubt. Entfernen vom Unfallort | 1 | V |
| „Bußgeldsache“ | 1 | S |
| „Ordnungswidrigkeit“ | 1 | S |
| keine Angaben | 8 | |
| insgesamt | 28 | |

| 2000 | Anzahl | Deliktkategorie |
|--|---------------|------------------------|
| Betrug | 4 | B |
| Untreue | 2 | B |
| Diebstahl | 1 | E |
| BTM-Vergehen | 1 | R |
| Körperverletzung | 1 | G |
| Hehlerei | 1 | E |
| Fahrgeldhinterziehung | 1 | S |
| Trunkenheit im Verkehr | 1 | V |
| „Fahrverbot“ | 1 | V |
| sex. Missbrauch eines Kindes | 1 | G |
| Förderung der Prostitution | 1 | S |
| „Umweltschutzsache“ | 1 | S |
| Verstoß gg. Handwerksordnung und Schwarzarbeitsgesetz | 1 | B |
| keine Angaben | 5 | |
| insgesamt | 22 | |

| 2001 | Anzahl | Deliktkategorie |
|---------------------------------|---------------|------------------------|
| Betrug | 3 | B |
| Körperverletzung | 3 | G |
| Diebstahl | 1 | E |
| Verkehrsordnungswidrigkeit | 1 | V |
| Verstoß gg. das Ausländergesetz | 1 | S |
| sex. Missbrauch von Kindern | 3 | G |
| keine Angaben | 7 | |
| insgesamt | 19 | |

| 2002 | Anzahl | Deliktkategorie |
|-------------------------------------|---------------|------------------------|
| Körperverletzung | 4 | G |
| Diebstahl u. Nötigung | 1 | E |
| Diebstahl u. Betrug | 1 | B |
| Betrug | 1 | B |
| Sozialhilfebetrug | 2 | B |
| Zechprellerei | 1 | B |
| Urkundenfälschg. u. Steuerhinterzh. | 1 | B |

| | | |
|----------------------------|------------------|---|
| Brandstiftung | 1 | G |
| BTM-Vergehen | 1 | R |
| BTM-Vergehen u. Widerstand | 1 | R |
| Bedrohung | 1 | G |
| keine Angaben | 2 | |
| <u>insgesamt</u> | <u>17</u> | |

| 2003 | Anzahl | Deliktkategorie |
|-------------------------|------------------|------------------------|
| Betrug | 4 | B |
| Diebstahl | 2 | E |
| räuber. Diebstahl | 1 | E |
| BTM-Vergehen | 1 | R |
| Wohnungseinbruch | 1 | E |
| „Bußgeldsache“ | 1 | S |
| keine Angaben | 5 | |
| <u>insgesamt</u> | <u>15</u> | |

| 2004 | Anzahl | Deliktkategorie |
|---|------------------|------------------------|
| Betrug | 6 | B |
| Diebstahl | 3 | E |
| Falschaussage | 1 | B |
| falsche uneidliche Aussage | 1 | B |
| Trunkenheit im Verkehr | 1 | V |
| Unterhaltspflichtverletzung | 1 | S |
| „Vollrausch“ | 1 | S |
| BTM-Vergehen (Arzt, der mit BTM ge- handelt hat) | 1 | R |
| keine Angaben | 4 | |
| <u>insgesamt</u> | <u>19</u> | |

VI.2 Datenspiegel zum Anhang in Teil V

Klarliste der Wohnstätten der in den Jahren von 1995 bis 2004 gerichtsärztlich daheim extern zu untersuchender Probanden [1]

| 1995 | | |
|--|-----------------------|---------------------------------------|
| a) Angeklagte | | |
| <i>Postleitzahl und Straße</i> | <i>(Bemerkungen)</i> | <i>Stadtteil (mit Ortsteilnummer)</i> |
| 22769 Alsenpl. | | Altona-Nord (208) |
| 22049 Deimeweg | | Wandsbek (509) |
| 22419 Fibigerstr. | | Langenhorn (432) |
| 22457 Großer Ring | | Schnelsen (319) |
| 22083 Imstedt | | Barmbek-Süd (419) |
| 22115 Ittenstr. | | Billstedt (131) |
| 22117 Kaltenbergen | | Billstedt (131) |
| 22299 Leinpfad | | Winterhude (409) |
| 22115 Max-Pechstein-Str. | | Billstedt (131) |
| 22309 Meister-Francke-Str. | | Barmbek-Nord (429) |
| 22529 Rimbartweg | | Lokstedt (317) |
| 21079 Ritterbuschpl. | | Wilstorf (705) |
| 22457 Roman-Zeller-Pl. | | Schnelsen (319) |
| 22419 Róweland | (Seniorenheim) | Langenhorn (432) |
| 21073 Sand | | Harburg (702) |
| 22457 Scheelring | | Schnelsen (319) |
| 21147 Stubbenhof | | Hausbruch (717) |
| 22457 Süntelstr. | | Schnelsen (319) |
| 21077 Winsener Str. | | Wilstorf (705) |
| 22527 Wördemanns Weg | | Stellingen (321) |
| b) Zeugen u. a. Prozessbeteiligte | | |
| <i>Postleitzahl und Straße</i> | <i>(Bemerkungen)</i> | <i>Stadtteil (mit Ortsteilnummer)</i> |
| 20099 Böckmannstr. | | St. Georg (114) |
| 20144 Grindelberg | | Harvestehude (313) |
| 22089 Hammer Steindamm | (Schöffin) | Eilbek (504) |
| 22145 Meiendorfer Str. | | Rahlstedt (526) |
| 20257 Müggenkampstr. | | Eimsbüttel (301) |
| 22607 Osdorfer Landstr. (Schuldner /haftf.?) | | Osdorf (220) |
| 22763 Othmarscher Kirchweg | | Ottensen (211) |
| 20359 Talstr. | | St. Pauli (110) |

insgesamt 28 dokumentierte Wohnstätten

| 1996 | | |
|--|-------------------------|---------------------------------------|
| a) Angeklagte | | |
| <i>Postleitzahl und Straße</i> | <i>(Bemerkungen)</i> | <i>Stadtteil (mit Ortsteilnummer)</i> |
| 22767 Am Brunnenhof | | St. Pauli (110) |
| 22549 Bornheide | | Lurup (219) |
| 22089 Eilbeker Weg | | Eilbek (501) |
| 22763 Elbchaussee | | Ottensen (213) |
| 22041 Fenglerstr. | | Wandsbek (508) |
| 20357 Fettstr. | | Eimsbüttel (310) |
| 22527 Högenstr. | (Haftfähigkeit) | Stellingen (321) |
| 20144 Grindelberg | | Harvestehude (313) |
| 22045 Grunewaldstr. | | Jenfeld (512) |
| 22309 Illiesweg | | Steilshoop (516) |
| 21107 Julius-Ertel-Str. | | Wilhelmsburg (712) |
| 22159 Karstenskoppel | | Farmsen-Berne (514) |
| 22453 Kollaustr. | | Niendorf (318) |
| 22145 Lapplandring | | Rahlstedt (526) |
| 20259 Lindenallee | | Eimsbüttel (307) |
| 20257 Müggenkampstr. | | Eimsbüttel (301) |
| 22087 Mühlendamm | | Hohenfelde (416) |
| 22457 Radenwisch | (dieselbe Person 2 x) | Schnelsen (319) |
| 22119 Spliedtring | | Billstedt (131) |
| 22455 Warnenweg | | Niendorf (318) |
| 20249 Woldsenweg | | Eppendorf (404) |
| b) Zeugen u. a. Prozessbeteiligte | | |
| <i>Postleitzahl und Straße</i> | <i>(Bemerkungen)</i> | <i>Stadtteil (mit Ortsteilnummer)</i> |
| 22767 Buttstr. | | Altona-Altstadt (201) |
| 20251 Lehmweg | | Hoheluft-Ost (401) |
| 20099 Rautenbergstr. | | St. Georg (114) |
| 22547 Spreestr. | (nur Reisefähigkeit) | Lurup (219) |
| 22089 Wandsbeker Chaussee | | Eilbek (501) |
| 22041 Wandsbeker Marktstr. | | Wandsbek (507) |
| 22459 Wieddüp | (Schuldner /haftfähig?) | Niendorf (318) |

**insgesamt 28 dokumentierte Wohnstätten
(bei 29 externen Untersuchungen)**

| 1997 | | |
|--|-----------------------|---------------------------------------|
| a) Angeklagte | | |
| <i>Postleitzahl und Straße</i> | <i>(Bemerkungen)</i> | <i>Stadtteil (mit Ortsteilnummer)</i> |
| 22159 An der Berner Au | | Farmsen-Berne (514) |
| 20359 Antonistr. | | St. Pauli (112) |
| 21107 Georg-Wilhelm-Str. | | Wilhelmsburg (712) |
| 22309 Gropiusring | | Steilshoop (516) |
| 22765 Helmholtzstr. | | Ottensen (210) |
| 22303 Jarrestr. | | Winterhude (411) |
| 21033 Ladenbeker Furtweg | | Lohbrügge (601) |
| 21073 Lassallestr. | | Harburg (702) |
| 21109 Leipeltstr. | | Wilhelmsburg (713) |
| 22049 Nordschleswiger Str. | | Dulsberg (425) |
| 22111 Sandkampweg | | Horn (130) |
| 20251 Schedestr. | | Eppendorf (403) |
| 22309 Steilshooper Str. | | Steilshoop (516) |
| b) Zeugen u. a. Prozessbeteiligte | | |
| <i>Postleitzahl und Straße</i> | <i>(Bemerkungen)</i> | <i>Stadtteil (mit Ortsteilnummer)</i> |
| 20539 An der Hafенbahn | | Wilhelmsburg (712) |
| 20537 Eiffestr. | (Hotel) | Hamm-Mitte (125) |
| 20249 Eppendorfer Landstr. | | Eppendorf (403) |
| 21109 Erlerring | | Wilhelmsburg (713) |
| 22335 Hermann-Löns-Weg | | Fuhlsbüttel (431) |
| 22119 Ihlestr. | | Billstedt (131) |
| 22589 Isfeldstr. | | Iserbrook (224) |
| 22529 Nedderfeld | | Eppendorf (405) |
| 1.) 20146 Rentzelstr. | | Rotherbaum (311) |
| 2.) 20146 Rentzelstr. | (andere Person) | Rotherbaum (311) |
| 22041 Schlossstr. | (Rechtsanwalt) | Wandsbek (507) |
| 20146 Schlüterstr. | (Hotel; Klägerin) | Rotherbaum (312) |
| 1.) 20259 Tresckowstr. | | Eimsbüttel (308) |
| 2.) 20253 Tresckowstr. | (andere Person) | Eimsbüttel (308) |
| 22523 Wiebischen Kamp | | Eidelstedt (320) |

insgesamt 28 dokumentierte Wohnstätten

| 1998 | | |
|--|-----------------------|---------------------------------------|
| a) Angeklagte | | |
| <i>Postleitzahl und Straße</i> | <i>(Bemerkungen)</i> | <i>Stadtteil (mit Ortsteilnummer)</i> |
| 22049 Alter Teichweg | | Dulsberg (424) |
| 22299 Bebelallee | | Winterhude (408) |
| 22305 Bramfelder Str. | | Barmbek-Nord (426) |
| 20255 Eidelstedter Weg | | Eimsbüttel (302) |
| 22303 Geibelstr. | | Winterhude (412) |
| 22083 Hamburger Str. | | Barmbek-Süd (420) |
| 21031 Häußlerstr. | | Lohbrügge (601) |
| 22049 Hohensteiner Str. | | Dulsberg (424) |
| 22525 Holstenkamp | | Bahrenfeld (214) |
| 22119 Jenkelweg | | Billstedt (131) |
| 22089 Kiebitzstr. | | Eilbek (501) |
| 22041 Kramer-koppel | | Wandsbek (508) |
| 22117 Letternkamp | | Billstedt (131) |
| 22087 Sechslingspforte | | St. Georg (113) |
| 22335 Sportallee | | Groß Borstel (406) |
| 22523 Waldrebenweg | | Eidelstedt (320) |
| 20539 Wilhelmsburger Pl. | | Veddel (135) |
| b) Zeugen | | |
| <i>Postleitzahl und Straße</i> | <i>(Bemerkungen)</i> | <i>Stadtteil (mit Ortsteilnummer)</i> |
| 22301 Bellevue | | Winterhude (413) |
| 22117 Cottaweg | | Billstedt (131) |
| 22089 Fichtestr. | | Eilbek (502) |
| 20099 Lange Reihe | | St. Georg (113) |
| 22559 Wateweg | | Rissen (226) |
| c) keine Dokumentation der Wohnstätte | | |
| 1 x Terminfähigkeitsprüfung | | Zeugin |

**insgesamt 22 dokumentierte Wohnstätten
(bei 23 externen Untersuchungen)**

| 1999 | | |
|--|-----------------------|---------------------------------------|
| a) Angeklagte | | |
| <i>Postleitzahl und Straße</i> | <i>(Bemerkungen)</i> | <i>Stadtteil (mit Ortsteilnummer)</i> |
| 22559 Adebarweg | | Rissen (226) |
| 22605 Bernadottestr. | | Othmarschen (218) |
| 22175 Bramfelder Chaussee | | Bramfeld (515) |
| 21039 Curslacker Deich | | Curslack (604) |
| 20099 Ellmenreichstr. | (Hotel) | St. Georg (114) |
| 20251 Falkenried | | Hoheluft-Ost (401) |
| 22145 Finnmarkring | | Rahlstedt (526) |
| 20357 Grabenstr. | | St. Pauli (108) |
| 22309 Gründgensstr. | | Steilshoop (516) |
| 22417 Harnacksweg | | Langenhorn (432) |
| 22117 Honsbergenstr. | | Billstedt (131) |
| 21147 Im Neugrabener Dorf | | Neugraben-Fischbek (718) |
| 22149 Jasper-Pentz-Str. | | Rahlstedt (526) |
| 22041 Josephstr. | | Wandsbek (507) |
| 21073 Lassallestr. | | Harburg (702) |
| 22049 Lesserstr. | | Wandsbek (509) |
| 21147 Ostewinkel | | Neugraben-Fischbek (718) |
| 21031 Otto-Schumann-Weg | | Lohbrügge (601) |
| 22111 Reclamstr. | | Billstedt (131) |
| 22455 Thüreystr. | | Niendorf (318) |
| 22117 Tinnumer Weg | | Billstedt (131) |
| 20149 Werderstr. | | Harvestehude (313) |
| 22587 Wilhelms Allee | | Blankenese (223) |
| 22605 Wilhelmistr. | | Othmarschen (218) |
| b) Zeugen | | |
| <i>Postleitzahl und Straße</i> | <i>(Bemerkungen)</i> | <i>Stadtteil (mit Ortsteilnummer)</i> |
| 20539 Billstr. | | Rothenburgsort (133) |
| 22549 Immenbusch | | Osdorf (220) |
| 21029 Von-Anckeln-Str. | | Bergedorf (602) |
| c) keine Dokumentation der Wohnstätte | | |
| 1 x Terminfähigkeitsprüfung | | Angeklagter |
| 1 x Haftfähigkeitsprüfung | | strafrechtlich |

**insgesamt 27 dokumentierte Wohnstätten
(bei 29 externen Untersuchungen)**

| 2000 | | |
|--------------------------------|------------------------|---------------------------------------|
| a) Angeklagte | | |
| <i>Postleitzahl und Straße</i> | <i>(Bemerkungen)</i> | <i>Stadtteil (mit Ortsteilnummer)</i> |
| 22049 Augustenburger Ufer | | Dulsberg (425) |
| 20537 Dimpfelweg | | Hamm-Mitte (125) |
| 21033 Friedrich-Frank-Bogen | | Bergedorf (602) |
| 22525 Gutenbergstr. | | Stellingen (321) |
| 21033 Ladenbeker Furtweg | | Lohbrügge (601) |
| 22527 Leopardenstr. | | Stellingen (321) |
| 22119 Manshardtstr. | | Billstedt (131) |
| 22115 Max-Pechstein-Str. | | Billstedt (131) |
| 22145 Nordlandweg | | Rahlstedt (526) |
| 20537 Osterbrook | | Hamm-Süd (127) |
| 22767 Otzenstr. | | St.Pauli (110) |
| 22393 Reißweg | | Sasel (518) |
| 22309 Schreyerring | | Steilshoop (516) |
| 22529 Sottorfallee | | Lokstedt (317) |
| 22761 Theodorstr. | (Pflegeheim) | Bahrenfeld (215) |
| 22117 Tinnumer Weg | | Billstedt (131) |
| 22761 Valparaisostr. | (dieselbe Person 2 x) | Bahrenfeld (215) |
| 22761 Von-Sauer-Str. | | Bahrenfeld (215) |
| b) Zeugen | | |
| <i>Postleitzahl und Straße</i> | <i>(Bemerkungen)</i> | <i>Stadtteil (mit Ortsteilnummer)</i> |
| 22111 Billstedter Hauptstr. | (Hotel) | Billstedt (131) |
| 22335 Hornkamp | | Fuhlsbüttel (431) |
| 20539 Stresowstr. | | Rothenburgsort (134) |
| 22453 Wigandweg | | Groß Borstel (406) |
| 22529 Willinks Park | | Lokstedt (317) |

**insgesamt 23 dokumentierte Wohnstätten
(bei 25 externen Untersuchungen)**

| 2001 | | |
|--------------------------------|------------------------|---------------------------------------|
| a) Angeklagte | | |
| <i>Postleitzahl und Straße</i> | <i>(Bemerkungen)</i> | <i>Stadtteil (mit Ortsteilnummer)</i> |
| 22527 Basselweg | | Stellingen (321) |
| 22529 Feldhoopstücken | | Lokstedt (317) |
| 21031 Goerdelerstr. | | Lohbrügge (601) |
| 20537 Grevenweg | | Hamm-Mitte (125) |
| (21465 Krabbenhöhe) | (für AG Hamburg) | (Reinbek) |
| 21073 Lassallestr. | | Harburg (702) |
| 20097 Münzplatz | | Klostertor (115) |
| 22455 Nordalbingerweg | | Niendorf (318) |
| 20605 Parkstr. | | Othmarschen (218) |
| 22455 Paul-Sorge-Str. | | Niendorf (318) |
| 22523 Reemstückenkamp | | Eidelstedt (320) |
| 20257 Spengelweg | | Eimsbüttel (304) |
| 22119 Steinfeldtstr. | | Billstedt (131) |
| 20539 Veddel Stieg | | Veddel (135) |
| 22523 Wildacker | (dieselbe Person 2 x) | Eidelstedt (320) |
| 22085 Winterhuder Weg | | Barmbek-Süd (418) |
| b) Zeugen | | |
| <i>Postleitzahl und Straße</i> | <i>(Bemerkungen)</i> | <i>Stadtteil (mit Ortsteilnummer)</i> |
| 22041 Ahrensburger Str. | | Wandsbek (508) |
| 21033 An den Tannen | | Lohbrügge (601) |
| 22453 Borsteler Chaussee | | Groß Borstel (406) |
| 20539 Vierländer Damm | | Rothenburgsort (133) |

**insgesamt 20 dokumentierte Wohnstätten
(bei 21 externen Untersuchungen)**

| 2002 | | |
|---|----------------------|---------------------------------------|
| a) Angeklagte | | |
| <i>Postleitzahl und Straße</i> | <i>(Bemerkungen)</i> | <i>Stadtteil (mit Ortsteilnummer)</i> |
| 20535 Carl-Petersen-Str. | | Hamm-Nord (122) |
| 1.) 22309 Edwin-Scharff-Ring | | Steilshoop (516) |
| 2.) 22309 Edwin-Scharff-Ring (andere Person) | | Steilshoop (516) |
| 22299 Eppendorfer Stieg | | Winterhude (409) |
| 20457 Katharinenstr. | | Hamburg-Altstadt (102) |
| 22297 Kleingartenanlage in Alsterdorf | | Alsterdorf (ohne) |
| 21031 Ludwig-Rosenberg-Ring | | Lohbrügge (601) |
| 22547 Netzestr. | | Lurup (219) |
| 21149 Ohrnsweg | | Neugraben-Fischbek (718) |
| 22457 Schleswiger Damm | | Schnelsen (319) |
| 22083 Sentastr. | | Barmbek-Süd (421) |
| 22045 Steglitzer Str. | | Jenfeld (512) |
| 22147 Straße im Bereich Polizeikommiss. 38 | | Rahlstedt (-?-) |
| (22851 Travestr.) (AG Norderstedt; Amtshilfe) | | (Norderstedt) |
| 22529 Vogt-Wells-Str. | | Lokstedt (317) |
| b) Zeugen u. a. Prozessbeteiligte | | |
| <i>Postleitzahl und Straße</i> | <i>(Bemerkungen)</i> | <i>Stadtteil (mit Ortsteilnummer)</i> |
| 21029 Am Baum | | Bergedorf (526) |
| 22769 Lippmannstr. | (Kläger) | Altona-Altstadt (206) |
| 22143 Stellaustieg | | Rahlstedt (526) |

insgesamt 18 dokumentierte Wohnstätten

| 2003 | | |
|--|-----------------------|---------------------------------------|
| a) Angeklagte | | |
| <i>Postleitzahl und Straße</i> | <i>(Bemerkungen)</i> | <i>Stadtteil (mit Ortsteilnummer)</i> |
| 20539 Am Zollhafen | | Veddel (135) |
| 22609 Elbchaussee | | Nienstedten (221) |
| 22397 Ellerbrookswisch | | Wohlsdorf-Ohlstedt (523) |
| 22529 Grandweg | | Lokstedt (317) |
| 20535 Hammer Berg | | Hamm-Nord (124) |
| 22305 Hellbrookstieg | | Barmbek-Nord (426) |
| 22041 Hinterm Stern | | Wandsbek (505) |
| 22609 Julius-Brecht-Str. | | Osdorf (220) |
| 22047 Stephanstr. | | Wandsbek (508) |
| 22159 Weissenhof | | Farmsen-Berne (514) |
| 20537 Wendenstr. | | Hammerbrook (118) |
| 21035 Wiesnerring | | Bergedorf (602) |
| b) Zeugen | | |
| <i>Postleitzahl und Straße</i> | <i>(Bemerkungen)</i> | <i>Stadtteil (mit Ortsteilnummer)</i> |
| 22045 Ahrensburger Str. | | Tonndorf (513) |
| 21029 Am Baum | | Bergedorf (603) |
| 22339 Barkhausenweg | | Hummelsbüttel (520) |
| 22119 Dannerallee | | Billstedt (131) |
| 22081 Finkenau | (Frauenaufnahmehaus) | Uhlenhorst (415) |
| 22399 Tegelsbarg | | Hummelsbüttel (520) |
| 22767 Thadenstr. | | St. Pauli (110) |
| 22399 Vörstekoppel | | Poppenbüttel (519) |
| 20537 Wackerhagen | | Osdorf (220) |
| c) keine Dokumentation der Wohnstätte | | |
| 1 x Terminfähigkeitsprüfung | | Angeklagter |
| 1 x Terminfähigkeitsprüfung | | „Bußgeldsache“ |

**insgesamt 21 dokumentierte Wohnstätten
(bei 23 externen Untersuchungen)**

| 2004 | | |
|--|-----------------------|---------------------------------------|
| a) Angeklagte | | |
| <i>Postleitzahl und Straße</i> | <i>(Bemerkungen)</i> | <i>Stadtteil (mit Ortsteilnummer)</i> |
| 22147 Anklamer Ring | | Rahlstedt (526) |
| 22609 Baumschulenweg | | Nienstedten (221) |
| 22111 Bömelburgweg | | Horn (129) |
| 22391 Classenstieg | | Wellingsbüttel (517) |
| 22297 Dakarweg | | Winterhude (408) |
| 22119 Dringsheide | | Billstedt (131) |
| 21107 Fährstr. | | Wilhelmsburg (712) |
| 22081 Finkenau | | Uhlenhorst (415) |
| 20359 Hopfenstr. | | St. Pauli (112) |
| 22111 Horner Landstr. | | Horn (129) |
| (21521 Kreuzhornweg) | (für LG Hamburg) | (Dassendorf) |
| 20359 Lange Str. | | Altona-Altstadt (201) |
| 21109 Siedenfelder Weg | | Wilhelmsburg (713) |
| 22115 Münterweg | | Billstedt (131) |
| 22149 Schwarzenbeker Ring | | Rahlstedt (526) |
| 22547 Swatten Weg | | Lurup (219) |
| b) Zeugen u. a. Prozessbeteiligte | | |
| <i>Postleitzahl und Straße</i> | <i>(Bemerkungen)</i> | <i>Stadtteil (mit Ortsteilnummer)</i> |
| 22359 Am Eichenrehmen | | Volksdorf (525) |
| 20097 Amsinckstr. | | Hammerbrook (117) |
| 22453 Brandfurt | | Niendorf (318) |
| 21033 Friedrich-Frank-Bogen | (Schöffin) | Bergedorf (602) |
| 22359 Klabundeweg | | Bergstedt (524) |
| 22399 Müssenredder | | Poppenbüttel (519) |
| 22119 Spliedtring | (Schöffin) | Billstedt (131) |
| 22115 Steinbeker Hauptstr. | | Billstedt (131) |
| c) keine Dokumentation der Wohnstätte | | |
| 1 x Terminfähigkeitsprüfung | | Angeklagter |

**insgesamt 24 dokumentierte Wohnstätten
(bei 25 externen Untersuchungen)**

ABBILDUNGEN UND KARTEN

| Zeitraum | Untersuchungs- anfragen insgesamt | durchschnittlich pro Jahr (gerundet) |
|-------------|--------------------------------------|---|
| 1975 - 1984 | 2174 | 217 |
| 1985 - 1994 | 1513 | 153 |
| 1995 - 2004 | 1034 | 103 |

| Zeitraum | erstellte Gutachten insgesamt | durchschnittlich pro Jahr (gerundet) |
|-------------|---|---|
| 1963 - 1971 | 1896 (auf Zehnjahreszeit- raum hochgerechnet: 2106,7 ≈ 2107) | 211 |

Abbildung 1

Bedarf an gerichtsärztlicher Leistung gemäß der angefragten Untersuchungen auf Haft-, Termin- und Arbeitsfähigkeit in den Jahren von 1975 bis 2004. Im Vergleich dazu die Zahl erstellter Gutachten in den Jahren von 1963 bis 1971 gemäß der Studie von Naeve und Becker.

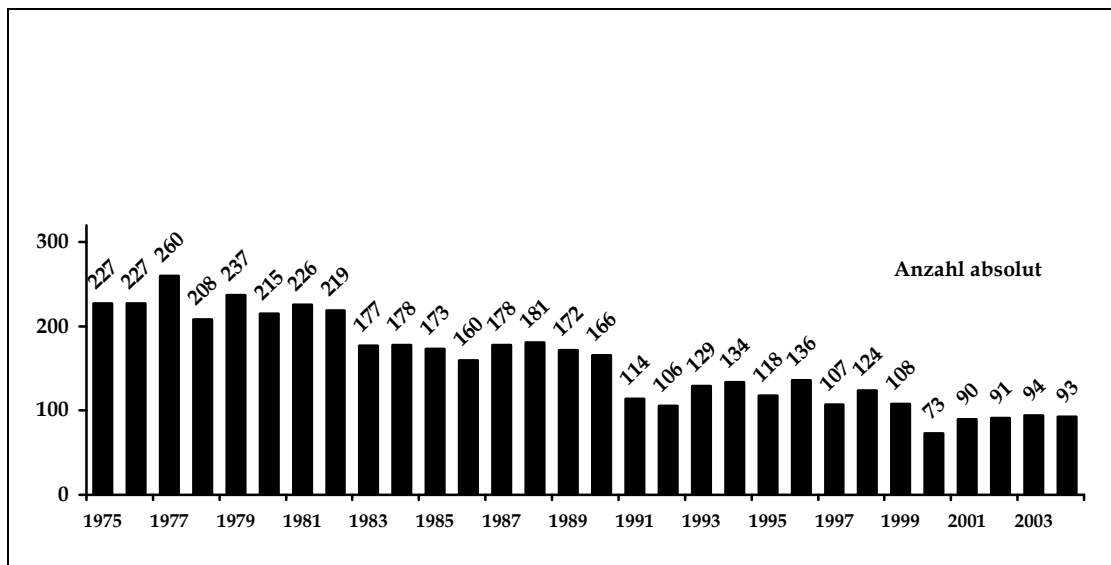


Abbildung 2

Bedarf an gerichtsärztlicher Leistung gemäß der angefragten Untersuchungen auf Haft-, Termin- und Arbeitsfähigkeit in den Jahren von 1975 bis 2004. Aufgeschlüsselt nach der absoluten Anzahl im Kalenderjahr.

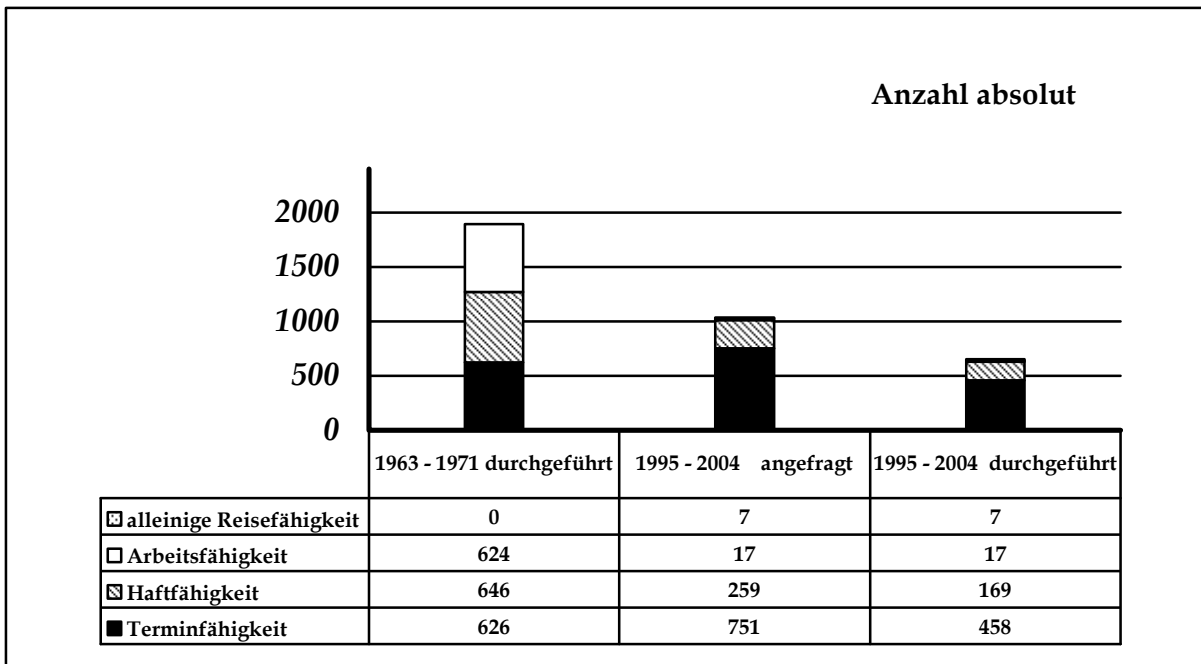


Abbildung 3

Bedarf an gerichtsärztlicher Leistung unterteilt nach den Untersuchungsarten Haft-, Termin- und Arbeitsfähigkeitsuntersuchung sowie der alleinigen Prüfung der Reisefähigkeit in den Jahren von 1963 bis 1971 im Vergleich zu den Jahren 1995 bis 2004.

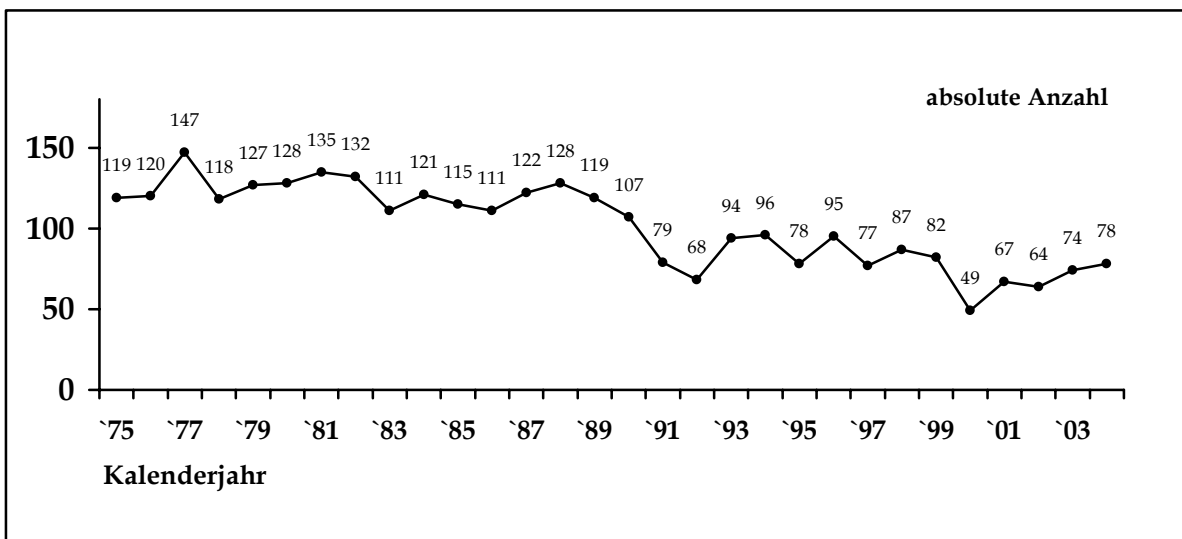


Abbildung 4

Bedarf an gerichtsärztlicher Leistung hinsichtlich angefragter Terminfähigkeitsuntersuchungen in den Jahren von 1975 bis 2004. Verlauf der Entwicklung.

| Jahr | Termin- fähigkeit gesamte Anfragen | davon zu prüfen als: | | daneben auch noch Haftfähigkeits- prüfung | zusätzliche Besonder- heiten |
|--------------------|---|------------------------------------|----------------------------------|--|---------------------------------|
| | | Verhandlungs- fähigkeit alleine | mit Aspekt der Reisefähigkeit | | |
| 1975 | 119 | 108 | 11 | 6 | |
| 1976 | 120 | 115 | 5 | - | 1x mit Arbeitsfähigkeit |
| 1977 | 147 | 135 | 12 | 1 | |
| 1978 | 118 | 115 | 3 | 2 | 1x mit Arbeitsfähigkeit |
| 1979 | 127 | 118 | 9 | 1 | |
| 1980 | 128 | 122 | 6 | 1 | 1x mit Arbeitsfähigkeit |
| 1981 | 135 | 131 | 4 | 2 | |
| 1982 | 132 | 129 | 3 | 2 | |
| 1983 | 111 | 108 | 3 | - | |
| 1984 | 121 | 112 | 9 | 3 | |
| 1985 | 115 | 109 | 6 | 2 | |
| 1986 | 111 | 108 | 3 | - | 1x mit Arbeitsfähigkeit |
| 1987 | 122 | 108 | 14 | - | |
| 1988 | 128 | 122 | 6 | 2 | |
| 1989 | 119 | 112 | 7 | 2 | |
| 1990 | 107 | 101 | 6 | 7 | |
| 1991 | 79 | 73 | 6 | 2 | |
| 1992 | 68 | 67 | 1 | 1 | |
| 1993 | 94 | 92 | 2 | - | |
| 1994 | 96 | 95 | 1 | 1 | |
| 1995 | 78 | 76 | 2 | 2 | |
| 1996 | 95 | 90 | 5 | 2 | |
| 1997 | 77 | 74 | 3 | - | |
| 1998 | 87 | 81 | 6 | 1 | |
| 1999 | 82 | 80 | 2 | 1 | |
| 2000 | 49 | 43 | 6 | - | |
| 2001 | 67 | 61 | 6 | 1 | |
| 2002 | 64 | 56 | 8 | - | |
| 2003 | 74 | 60 | 14 | - | |
| 2004 | 78 | 77 | 1 | - | |
| 1975 - 2004 | 3048 | 2878 | 170 | 42 | |

Abbildung 5

Bedarf an gerichtsärztlicher Leistung gemäß der angefragten Untersuchungen auf Terminfähigkeit in den Jahren von 1975 bis 2004. Aufgeschlüsselt nach der absoluten Zahl im Kalenderjahr, der einbezogenen Untersuchungsaspekte (Verhandlungs- beziehungsweise Reisefähigkeit) sowie etwaiger Kombination mit einer anderen Untersuchungsart.

| Jahr | angefragte Untersuchungen alleine auf Reisefähigkeit | Jahr | angefragte Untersuchungen alleine auf Reisefähigkeit |
|--------------|--|------|--|
| 1975 | - | 1990 | - |
| 1976 | - | 1991 | - |
| 1977 | - | 1992 | 1 |
| 1978 | - | 1993 | 3 |
| 1979 | 1 | 1994 | - |
| 1980 | - | 1995 | - |
| 1981 | 1 | 1996 | - |
| 1982 | - | 1997 | - |
| 1983 | 2 | 1998 | 2 |
| 1984 | 3 | 1999 | 2 |
| 1985 | 1 | 2000 | - |
| 1986 | - | 2001 | - |
| 1987 | 3 | 2002 | 1 |
| 1988 | - | 2003 | 2 |
| 1989 | 3 | 2004 | - |
| Summe | | | |
| 1975 -2004 | | 25 | |

Abbildung 6

Bedarf an gerichtsärztlicher Leistung gemäß der angefragten Untersuchungen auf alleinige Reisefähigkeit in den Jahren von 1975 bis 2004. Aufgeschlüsselt nach der absoluten Zahl im Kalenderjahr.

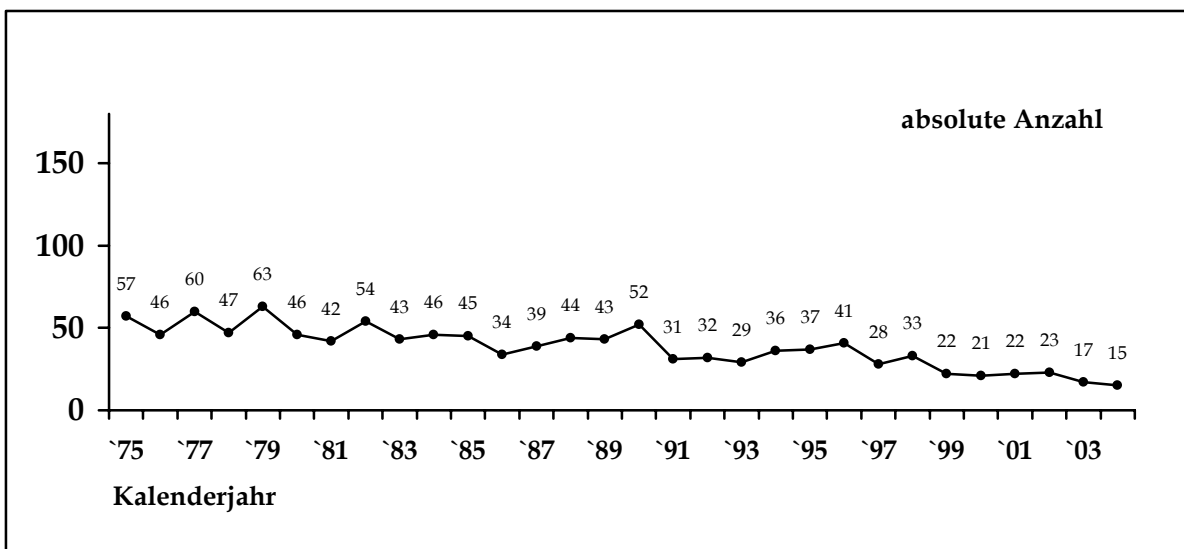


Abbildung 7

Bedarf an gerichtsärztlicher Leistung hinsichtlich angefragter Haftfähigkeitsuntersuchungen in den Jahren von 1975 bis 2004. Verlauf der Entwicklung.

| Jahr | angefragte Untersuchungen auf Haftfähigkeit | davon in Verbindung mit einer Prüfung auf Verhandlungsfähigkeit | Varia (Untersuchung auf Haftfähigkeit in Kombination mit anderer Prüfung) |
|--------------------|---|---|---|
| 1975 | 57 | 6 | |
| 1976 | 46 | - | |
| 1977 | 60 | 1 | 1x mit Reise- ; 2x mit Arbeitsfähigkeit |
| 1978 | 47 | 2 | |
| 1979 | 63 | 1 | 2x mit Arbeitsfähigkeit |
| 1980 | 46 | 1 | 3x mit Arbeitsfähigkeit |
| 1981 | 42 | 2 | |
| 1982 | 54 | 2 | |
| 1983 | 43 | - | 1x mit Arbeitsfähigkeit |
| 1984 | 46 | 3 | 2x mit Arbeitsfähigkeit |
| 1985 | 45 | 2 | 4x mit Arbeitsfähigkeit |
| 1986 | 34 | - | 1x mit Arbeitsfähigkeit |
| 1987 | 39 | - | 1x mit Arbeitsfähigkeit |
| 1988 | 44 | 2 | |
| 1989 | 43 | 2 | |
| 1990 | 52 | 7 | |
| 1991 | 31 | 2 | |
| 1992 | 32 | 1 | 1x mit Reisefähigkeit |
| 1993 | 29 | - | |
| 1994 | 36 | 1 | |
| 1995 | 37 | 2 | |
| 1996 | 41 | 2 | |
| 1997 | 28 | - | |
| 1998 | 33 | 1 | |
| 1999 | 22 | 1 | |
| 2000 | 21 | - | |
| 2001 | 22 | 1 | |
| 2002 | 23 | - | |
| 2003 | 17 | - | |
| 2004 | 15 | - | |
| 1975 - 2004 | 1148 | 42 | |

Abbildung 8

Bedarf an gerichtsärztlicher Leistung gemäß der angefragten Untersuchungen auf Haftfähigkeit in den Jahren 1975 bis 2004. Aufgeschlüsselt nach der absoluten Zahl im Kalenderjahr sowie etwaiger Kombination mit einer anderen Untersuchungsart.

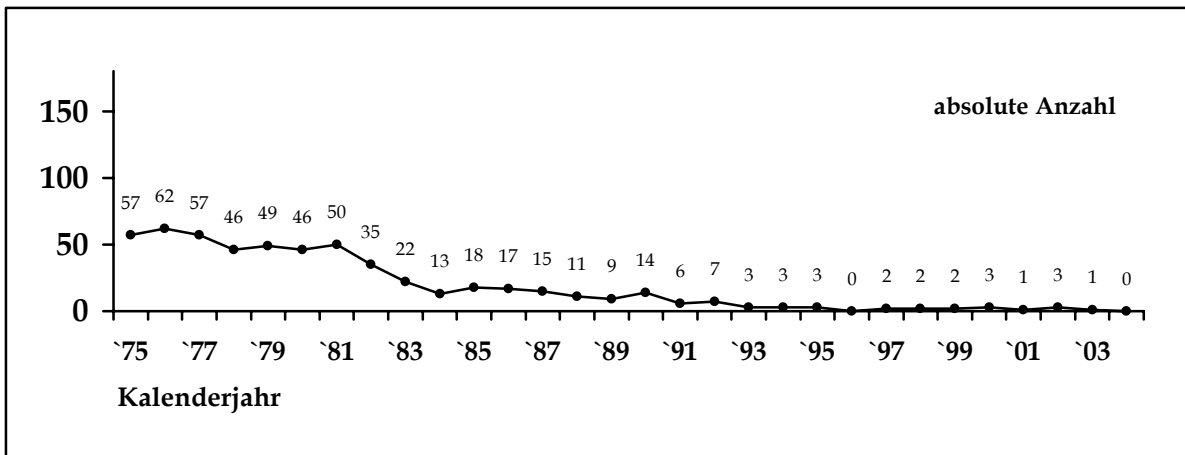


Abbildung 9

Bedarf an gerichtsärztlicher Leistung hinsichtlich angefragter Arbeitsfähigkeitsuntersuchungen in den Jahren von 1975 bis 2004. Verlauf der Entwicklung.

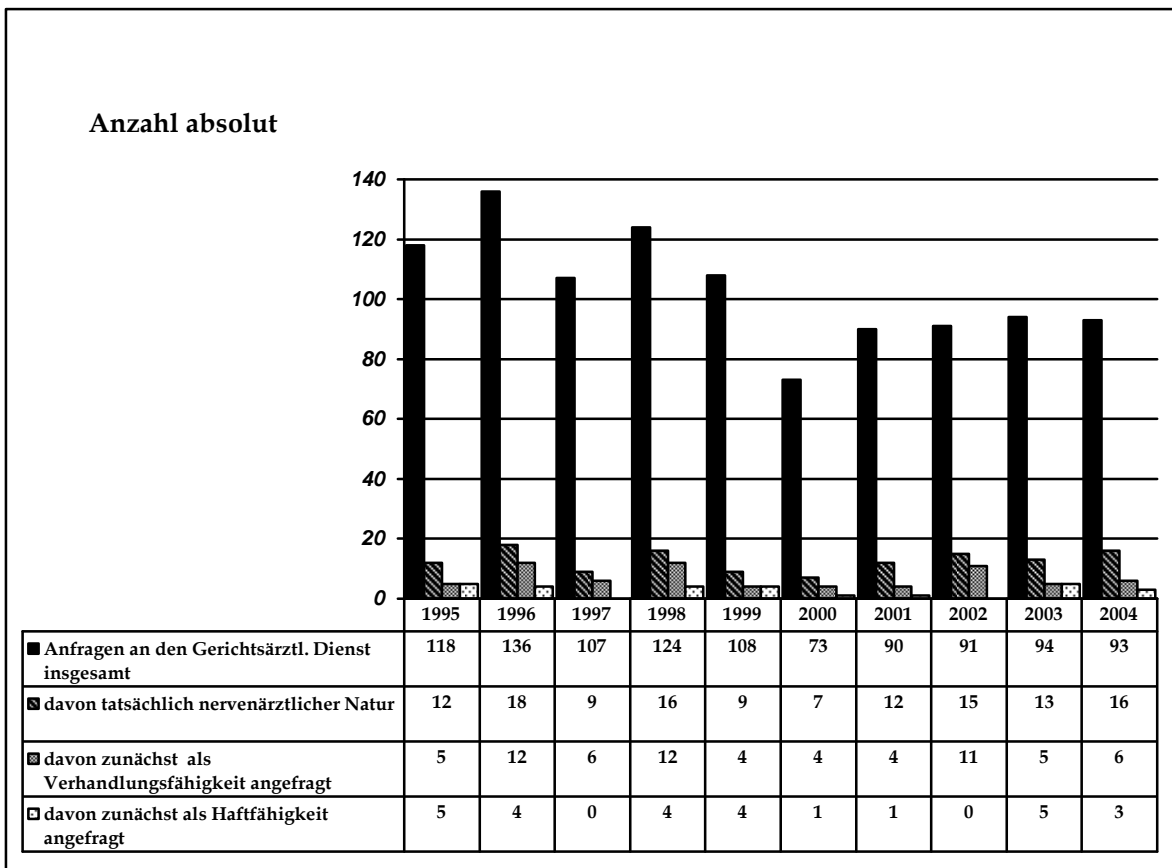


Abbildung 10

In den Jahren von 1995 bis 2004 beim Gerichtsärztlichen Dienst angefragte Untersuchungen, die jedoch tatsächlich in das nervenärztliche Gebiet fielen. Aufgeschlüsselt nach absoluter Anzahl im Kalenderjahr sowie der Fehleinordnung als Verhandlungs- beziehungsweise Haftfähigkeit.

| Jahr | insgesamt gesichtete Vorgänge | davon auszuscheidende offensichtlich andere Vorgänge | als forensisch-psychiatrischer Vorgang weitergereicht | auswärtiges Gesundheitsamt zuständig | Vorgang eingestellt, da Proband verstorben | geladener Proband nicht erschienen; davon anlässlich: | | | Verhandlungsfähigkeitsprüfung | Haftfähigkeitsprüfung | Vorgang aus sonstigen Gründen nicht durchführbar | Unterlagen nicht prüfbar, insofern nicht archiviert | insgesamt erstellte detaillierte Vorgangsdokumentationen |
|--------------|--------------------------------------|--|---|--------------------------------------|--|---|---|---|-------------------------------|-----------------------|--|---|---|
| 1995 | 118 | 21 | 12 | 2 | - | 4 | 2 | 2 | 3 | 2 | | | 74 |
| 1996 | 136 | 33 | 18 | 2 | 4 | 3 | 3 | - | 2 | 3 | | | 71 |
| 1997 | 107 | 11 | 9 | 5 | 1 | 4 | 4 | - | 4 | 6 | | | 67 |
| 1998 | 124 | 4 | 16 | 6 | 1 | 10 | 8 | 2 | 10 | 2 | | | 75 |
| 1999 | 108 | 6 | 9 | 3 | 1 | 7 | 5 | 2 | 3 | 3 | | | 76 |
| 2000 | 73 | 9 | 7 | 3 | - | 1 | - | 1 | - | 3 | | | 50 |
| 2001 | 90 | 7 | 12 | 1 | - | 5 | 4 | 1 | 8 | 1 | | | 56 |
| 2002 | 91 | 7 | 15 | 2 | 1 | 6 | 4 | 2 | 2 | 3 | | | 55 |
| 2003 | 94 | 9 | 13 | 2 | - | 7* | 3 | 2 | 3 | 2 | | | 58 |
| 2004 | 93 | 2 | 16 | 3 | - | 4 | 3 | 1 | 3 | 6 | | | 59 |
| Summe | 1034 | 109 | 127 | 29 | 8 | (36 + 13) 51* | | | 38 | 31 | | | 641 |

Abbildung 11

* 2003 war ein Proband nicht zur Arbeitsfähigkeitsprüfung sowie ein weiterer Proband nicht zur bloßen Reisefähigkeitsuntersuchung erschienen; diese beiden Fälle bilden jeweils den Rest zur Summe der rechts daneben in der selben Zeile aufgeführten Zahlen bezüglich ausgefallener Verhandlungs- und Haftfähigkeitsprüfungen!

Tabellarische Übersicht über die im Rahmen dieser Studie zu Haft-, Termin- und Arbeitsfähigkeitsprüfungen des Hamburger Gerichtsärztlichen Dienstes insgesamt gesichteten 1034 Vorgänge der Jahre 1995 bis 2004.

Aufgeschlüsselt nach den auszuwählenden Vorgängen und den insgesamt 641 erstellten detaillierten Vorgangsdokumentationen (jeweils für das einzelne Kalenderjahr).

| Alterskategorie | strafrechtliche Zusammenhänge | | nichtstrafrechtliche Zusammenhänge | | gesamt |
|-------------------|-------------------------------|--------|------------------------------------|--------|--------|
| | Männer | Frauen | Männer | Frauen | |
| unter 18 | 9 | 1 | - | - | 10 |
| 18 bis 29 | 43 | 20 | 3 | - | 66 |
| 30 bis 39 | 69 | 23 | 3 | - | 95 |
| 40 bis 49 | 55 | 21 | - | - | 76 |
| 50 bis 59 | 74 | 27 | 1 | 3 | 105 |
| 60 bis 69 | 41 | 7 | 4 | 2 | 54 |
| 70 und älter | 22 | 15 | 3 | 3 | 43 |
| nicht ermittelbar | 4 | 3 | 1 | 1 | 9 |
| gesamt: | 317 | 117 | 15 | 9 | 458 |
| | 434 | | 24 | | |

Abbildung 12

Im Zehnjahreszeitraum von 1995 bis 2004 durchgeführte Untersuchungen auf Terminfähigkeit. Aufgeschlüsselt nach Geschlecht und Alterskategorie der Probanden sowie nach strafrechtlichem beziehungsweise nichtstrafrechtlichem Zusammenhang.

| Alterskategorie | strafrechtliche Zusammenhänge | | nichtstrafrechtliche Zusammenhänge | | gesamt |
|-------------------|-------------------------------|--------|------------------------------------|--------|--------|
| | Männer | Frauen | Männer | Frauen | |
| unter 18 | - | - | - | - | - |
| 18 bis 29 | - | - | - | 1 | 1 |
| 30 bis 39 | 1 | - | - | - | 1 |
| 40 bis 49 | - | 1 | 1 | - | 2 |
| 50 bis 59 | 1 | - | - | - | 1 |
| 60 bis 69 | - | - | - | - | - |
| 70 und älter | 1 | - | - | - | 1 |
| nicht ermittelbar | 1 | - | - | - | 1 |
| gesamt: | 4 | 1 | 1 | 1 | 7 |
| | 5 | | 2 | | |

Abbildung 13

Im Zehnjahreszeitraum von 1995 bis 2004 durchgeführte Untersuchungen auf alleinige Reisefähigkeit. Aufgeschlüsselt nach Geschlecht und Alterskategorie der Probanden sowie nach strafrechtlichem beziehungsweise nichtstrafrechtlichem Zusammenhang.

| Alterskategorie | strafrechtliche Zusammenhänge | | nichtstrafrechtliche Zusammenhänge | | gesamt |
|-------------------|-------------------------------|--------|------------------------------------|--------|--------|
| | Männer | Frauen | Männer | Frauen | |
| unter 18 | - | - | - | - | - |
| 18 bis 29 | 5 | 3 | - | - | 8 |
| 30 bis 39 | 17 | 4 | 1 | - | 22 |
| 40 bis 49 | 30 | 5 | - | - | 35 |
| 50 bis 59 | 48 | - | 3 | 1 | 52 |
| 60 bis 69 | 20 | 2 | 5 | 1 | 28 |
| 70 und älter | 19 | - | - | 2 | 21 |
| nicht ermittelbar | 2 | 1 | - | - | 3 |
| gesamt: | 141 | 15 | 9 | 4 | 169 |
| | 156 | | 13 | | |

Abbildung 14

Im Zehnjahreszeitraum von 1995 bis 2004 durchgeführte Untersuchungen auf Haftfähigkeit. Aufgeschlüsselt nach Geschlecht und Alterskategorie der Probanden sowie nach strafrechtlichem beziehungsweise nichtstrafrechtlichem Zusammenhang.

| Alterskategorie | strafrechtliche Zusammenhänge | | nichtstrafrechtliche Zusammenhänge | | gesamt |
|-------------------|-------------------------------|--------|------------------------------------|--------|--------|
| | Männer | Frauen | Männer | Frauen | |
| unter 18 | - | - | - | - | - |
| 18 bis 29 | - | - | - | - | - |
| 30 bis 39 | 1 | - | 1 | 1 | 3 |
| 40 bis 49 | 6 | 1 | - | 2 | 9 |
| 50 bis 59 | 2 | - | 1 | - | 3 |
| 60 bis 69 | 1 | - | - | - | 1 |
| 70 und älter | - | - | - | - | - |
| nicht ermittelbar | - | - | 1 | - | 1 |
| gesamt: | 10 | 1 | 3 | 3 | 17 |
| | 11 | | 6 | | |

Abbildung 15

Im Zehnjahreszeitraum von 1995 bis 2004 durchgeführte Untersuchungen auf Arbeitsfähigkeit. Aufgeschlüsselt nach Geschlecht und Alterskategorie der Probanden sowie nach strafrechtlichem beziehungsweise nichtstrafrechtlichem Zusammenhang.

| Alterskategorie | strafrechtliche Zusammenhänge | | nichtstrafrechtliche Zusammenhänge | | gesamt |
|-------------------|-------------------------------|-----------|------------------------------------|----------|------------|
| | Männer | Frauen | Männer | Frauen | |
| bis 29 | 57 (124) | 24 (18) | 3 (16) | 1 (30) | 85 (188) |
| 30 bis 39 | 88 (261) | 27 (90) | 5 (43) | 1 (57) | 121 (451) |
| 40 bis 49 | 91 (266) | 28 (66) | 1 (53) | 2 (125) | 122 (510) |
| 50 bis 59 | 125 (280) | 27 (48) | 5 (65) | 4 (133) | 161 (526) |
| 60 bis 69 | 62 (59) | 9 (26) | 9 (38) | 3 (53) | 83 (176) |
| 70 und älter | 42 (21) | 15 (3) | 3 (12) | 5 (9) | 65 (45) |
| nicht ermittelbar | 7 (-) | 4 (-) | 2 (-) | 1 (-) | 14 (-) |
| gesamt: | 472 (1011) | 134 (251) | 28 (227) | 17 (407) | 651 (1896) |
| | 606 (1262) | | 45 (634) | | |

Abbildung 16

Im Zehnjahreszeitraum von 1995 bis 2004 durchgeführte Untersuchungen auf Termin- und alleinige Reisefähigkeit sowie Haft- und Arbeitsfähigkeit zusammengerechnet. Aufgeschlüsselt nach Geschlecht und Alterskategorie der Probanden sowie nach strafrechtlichem beziehungsweise nichtstrafrechtlichem Zusammenhang. (Zum Vergleich sind jeweils die Anzahlen entsprechend erstellter Gutachten der Jahre von 1963 bis 1971 in Klammern beigegefügt.)

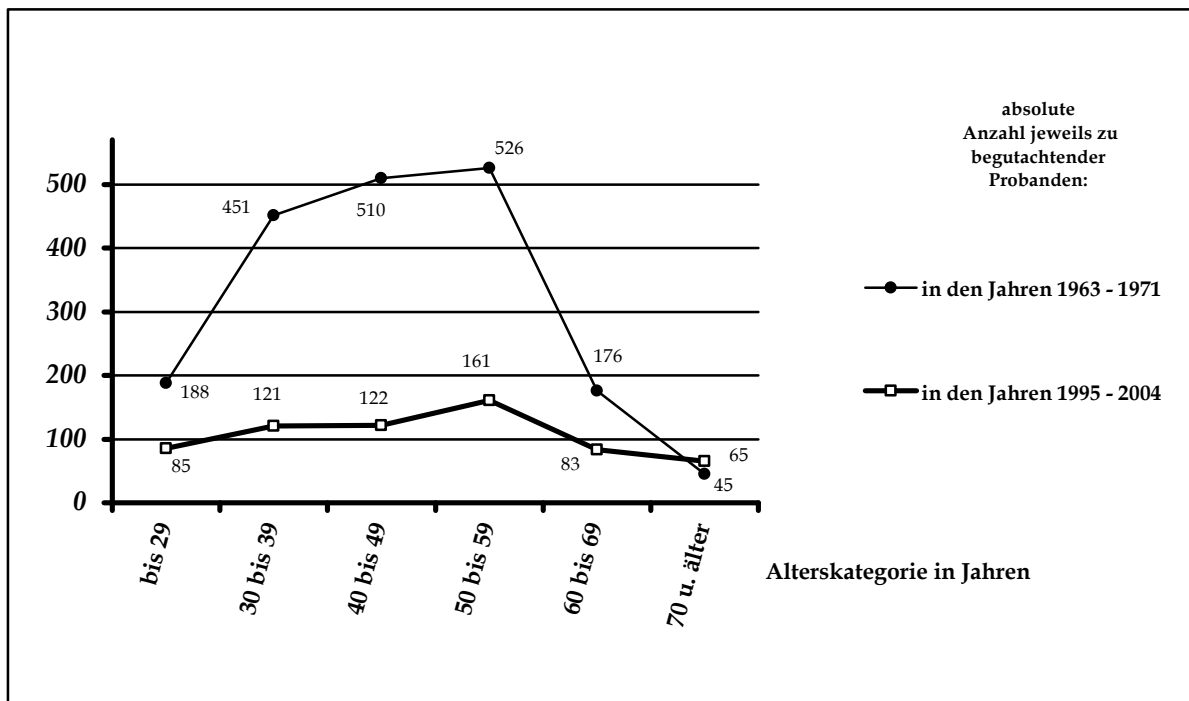


Abbildung 17

Verteilung der in den Jahren 1963 bis 1971 beziehungsweise 1995 bis 2004 insgesamt gerichtsärztlich begutachteten Probanden aufgeschlüsselt nach Alterskategorien aufgetragen als Kurve.

| Beurteilung (Stichwort) <i>terminfähig ?</i> | | | gesamt |
|--|-------------------|-------------------------------------|---------------|
| | Angeklagte | andere Prozessbeteiligte | |
| ohne Einschränkung | 114 | 14 | 128 |
| Erleichterung nötig | 51 | 20 | 71 |
| stärker eingeschränkt | 27 | 11 | 38 |
| kurzfristig nicht | 81 | 14 | 95 |
| langfristig nicht | 14 | 1 | 15 |
| dauerhaft nicht | 18 | 5 | 23 |
| Untersuchung nicht zuge- lassen | 33 | 14 | 47 |
| Behauptung ohne Unter- suchung zu widerlegen | 28 | - | 28 |
| Proband nicht auffindbar | 4 | 1 | 5 |
| fachärztliches Anschluss- gutachten; Ergebnis nicht dokumentiert | 6 | 1 | 7 |
| Beurteilung nicht doku- mentiert | 1 | - | 1 |
| gesamt: | 377 | 81 | 458 |
| | 458 | | |

darunter:

| | | | |
|---|----|---|----|
| ärztliche Überwachung während der Ver- handlung nötig | 23 | 6 | 29 |
|---|----|---|----|

Abbildung 18

Im Zehnjahreszeitraum von 1995 bis 2004 durchgeführte Untersuchungen auf Terminfähigkeit. Aufgeschlüsselt nach dem Ergebnis sowie dem Status der Probanden als Angeklagte oder nichtangeklagte Prozessbeteiligte.

| Beurteilung (Stichwort) <i>reisefähig ?</i> | |
|--|----------|
| ohne Einschränkung | 3 |
| Erleichterung nötig | 1 |
| kurzfristig nicht | 1 |
| dauerhaft nicht | 2 |
| gesamt | 7 |

Abbildung 19

Im Zehnjahreszeitraum von 1995 bis 2004 durchgeführte Untersuchungen auf alleinige Reisefähigkeit aufgeschlüsselt nach dem Ergebnis.

| Beurteilung (Stichwort) <i>haftfähig ?</i> | |
|--|------------|
| ohne Einschränkung | 23 |
| bei ärztlicher Behandlung in der Haft | 21 |
| zunächst nur unter Krankenhausbedingungen | 22 |
| dauerhaft nur unter Krankenhausbedingungen | 35 |
| kurzfristig nicht | 22 |
| langfristig nicht | 21 |
| dauerhaft nicht | 10 |
| Ergebnis eines fachärztlichen Anschlussgutachtens nicht do- kumentiert | 14 |
| Begutachtung wurde nicht abgeschlossen | 1 |
| gesamt | 169 |

Abbildung 20

Im Zehnjahreszeitraum von 1995 bis 2004 durchgeführte Untersuchungen auf Haftfähigkeit aufgeschlüsselt nach dem Ergebnis.

| | |
|--|---|
| Beurteilung (Stichwort) <i>arbeitsfähig ?</i> | |
| ohne Einschränkung | 2 |
| zur Zeit beschränkt | 1 |
| dauernd beschränkt | 7 |
| kurzfristig nicht | 0 |
| langfristig nicht | 2 |
| dauerhaft nicht | 2 |

| | |
|--|----|
| Zwischensumme (untersuchte Probanden) | 14 |
|--|----|

| | |
|---|---|
| <i>andere gutachtliche Stellungnahmen:</i> | |
| rückblickend ist eine Arbeits- unfähigkeit nicht ausschließbar | 1 |
| hausärztliche Arbeitsun- fähigkeitsbescheinigung ist in sich nicht unrichtig abgefasst | 1 |
| eine beobachtete Tätigkeit ist rückblickend nicht mit Arbeits- unfähigkeit zu vereinbaren | 1 |

| | |
|-------------------------|----|
| gesamte Vorgänge | 17 |
|-------------------------|----|

Abbildung 21

Im Zehnjahreszeitraum von 1995 bis 2004 durchgeführte Beurteilungen hinsichtlich Arbeitsfähigkeit (Untersuchungen und andere gutachtliche Stellungnahmen) aufgeschlüsselt nach dem Ergebnis.

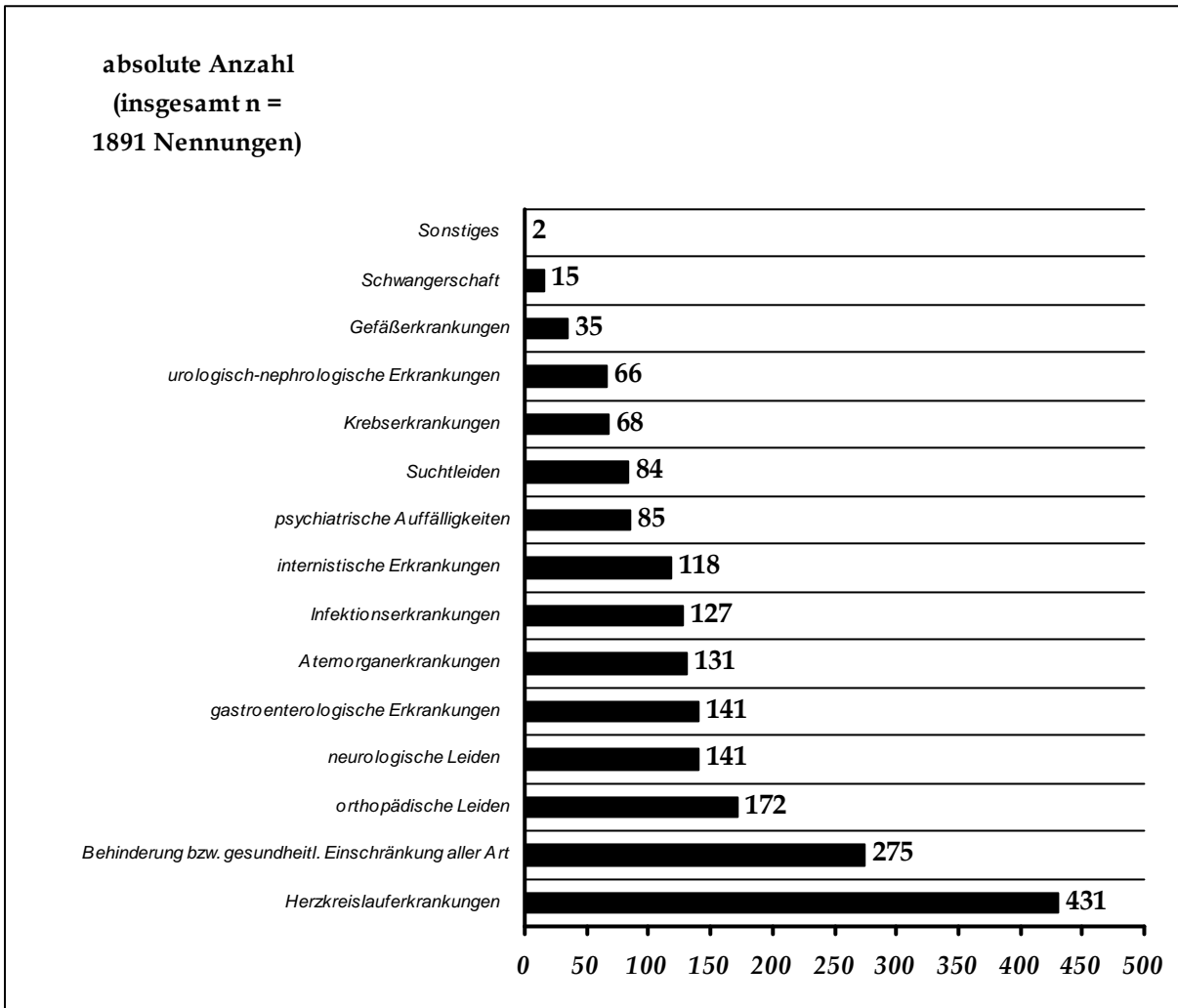


Abbildung 22

Bei Untersuchungen auf Haft-, Termin- und Arbeitsfähigkeit in den Jahren 1995 bis 2004 gerichtsärztlich zu thematisierende medizinische Problemfelder. Absolute Anzahl bei insgesamt 1891 Nennungen.

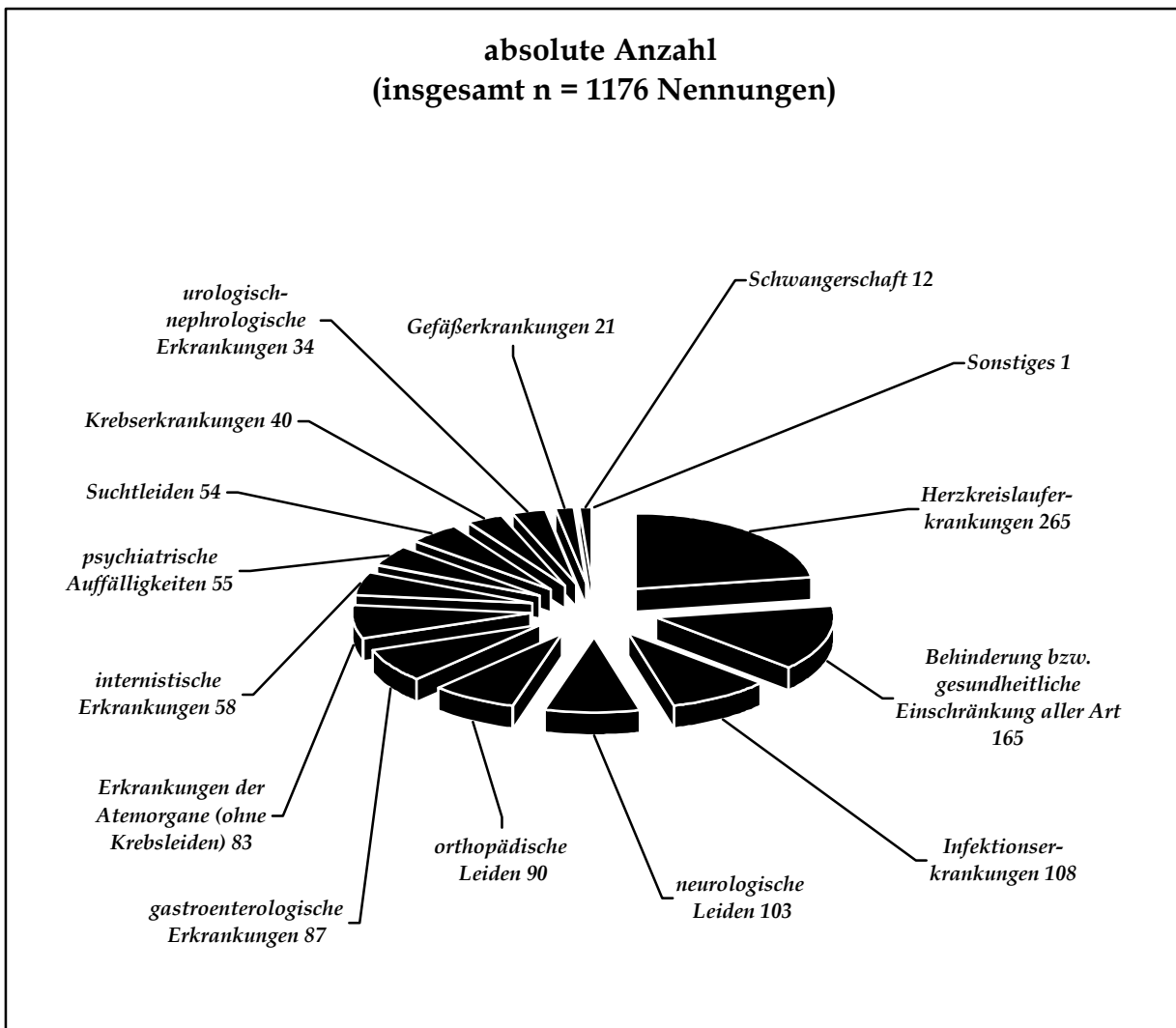


Abbildung 23

Bei Untersuchungen auf Terminfähigkeit (eingeschlossen die Prüfungen alleiniger Reisefähigkeit) in den Jahren 1995 bis 2004 zu thematisierende medizinische Problemfelder. Absolute Anzahl bei insgesamt 1176 Nennungen visualisiert als Scheibensegmente.

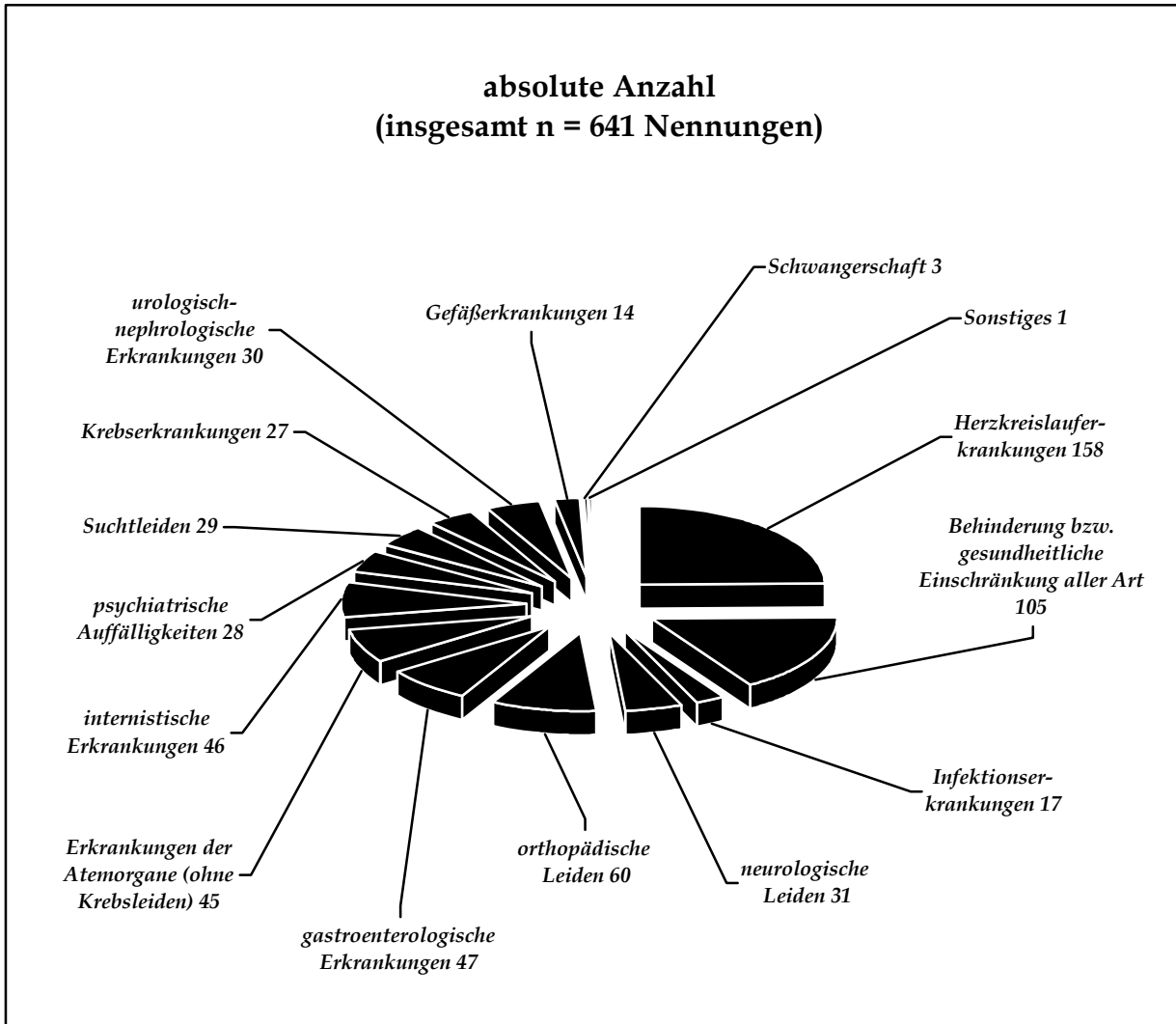


Abbildung 24

Bei Untersuchungen auf Haftfähigkeit in den Jahren 1995 bis 2004 zu thematisierende medizinische Problemfelder. Absolute Anzahl bei insgesamt 641 Nennungen visualisiert als Scheibensegmente.

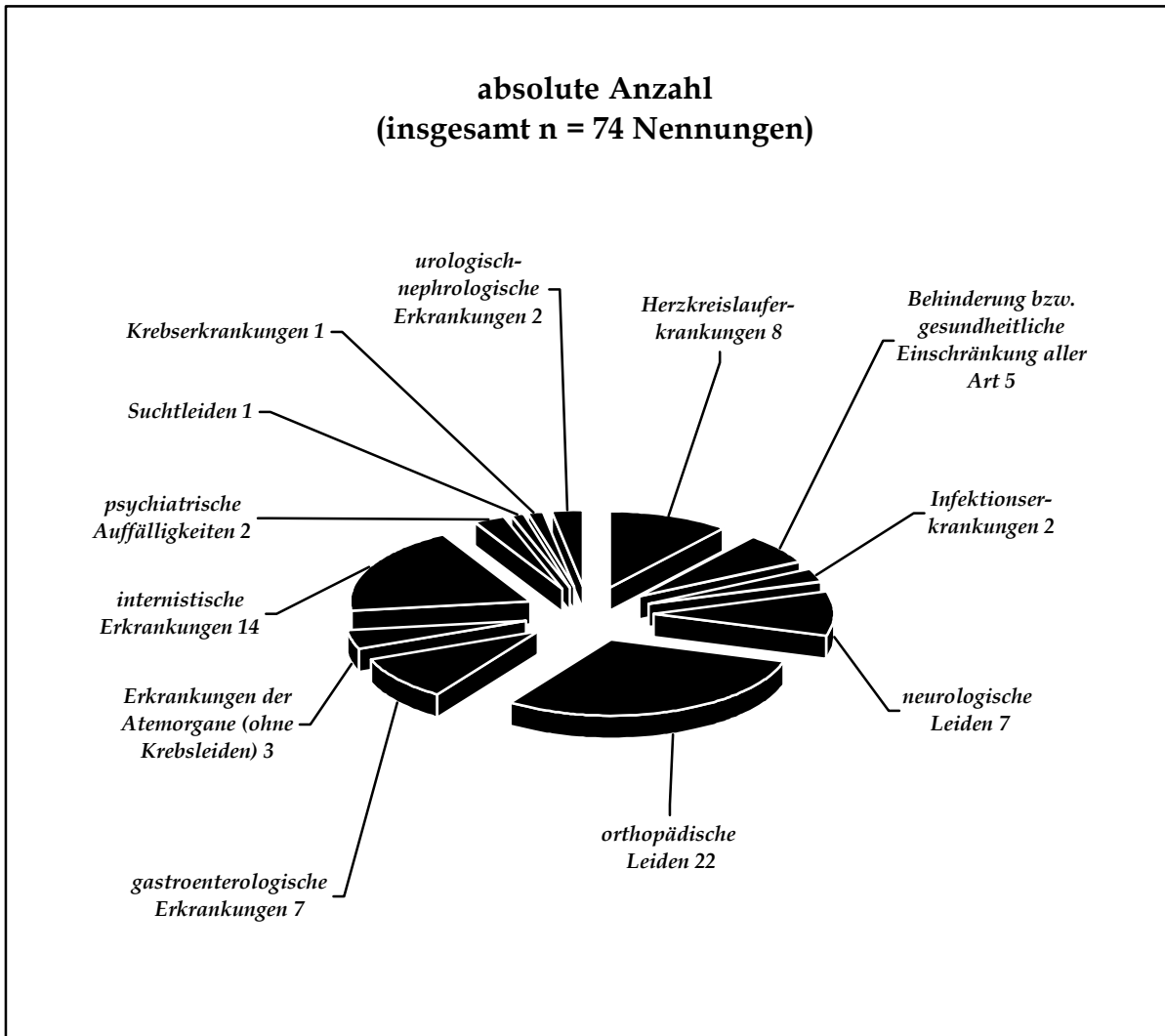


Abbildung 25

Bei Untersuchungen auf Arbeitsfähigkeit in den Jahren 1995 bis 2004 zu thematisierende medizinische Problemfelder. Absolute Anzahl bei insgesamt 74 Nennungen visualisiert als Scheibensegmente.

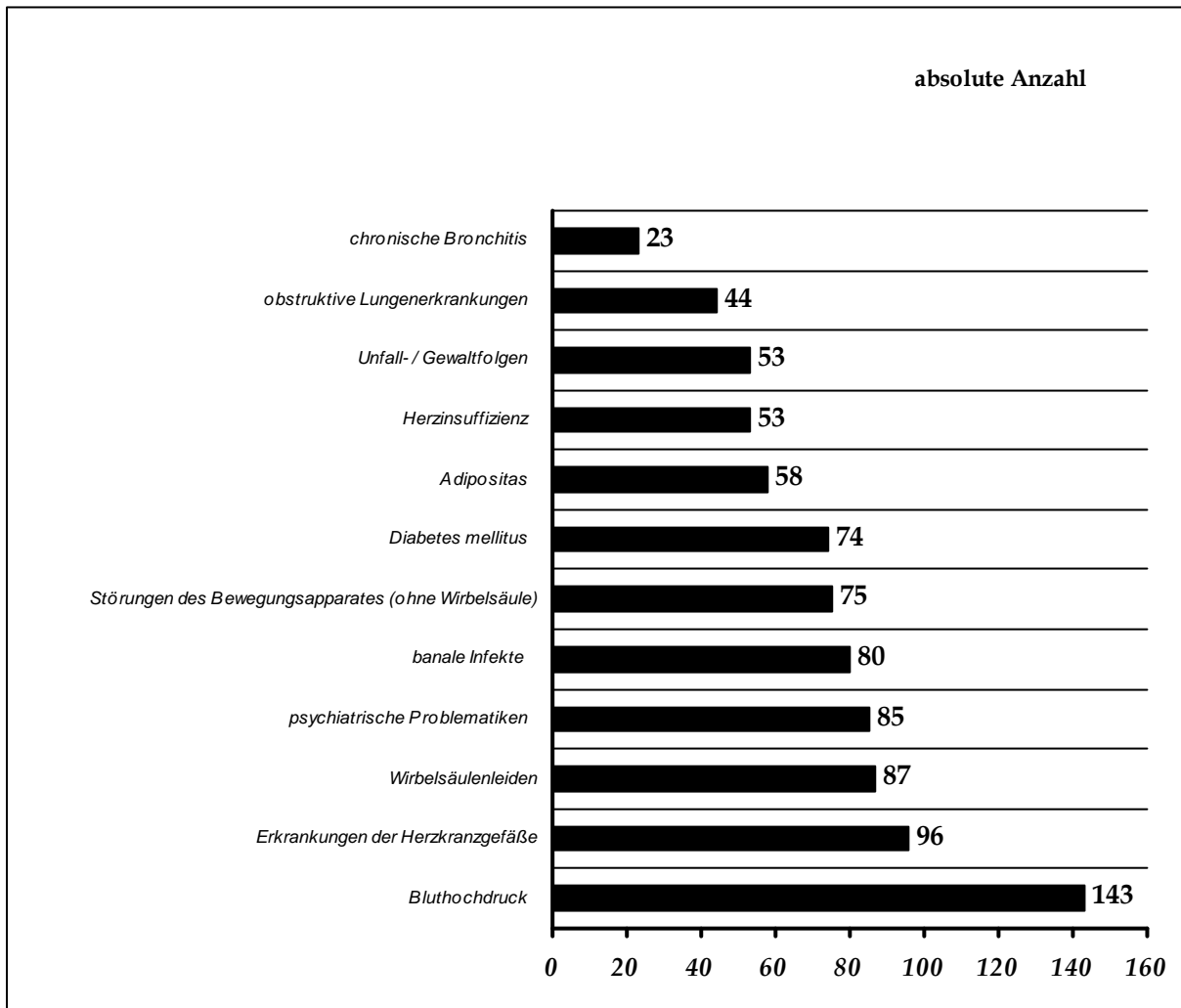


Abbildung 26

Einzelne gesundheitliche Störungen, die bei Untersuchungen auf Haft-, Termin- und Arbeitsfähigkeit in den Jahren 1995 bis 2004 häufiger zu beurteilen waren.

| <i>Art der Begutachtung</i> | <u>Terminfähigkeit</u> (Verhandlungs- und /oder Reisefähigkeit) | <u>Haftfähigkeit</u> | <u>Arbeitsfähigkeit</u> | <i>Gutachten gesamt</i> |
|---|--|---------------------------------|-------------------------|-------------------------|
| <i>Kardiologie</i> | 40 | 30 | - | 70 |
| <i>andere internistische Fachrichtung</i> | 5 | 3 | - | 8 |
| <i>Orthopädie</i> | 3 | 10 | 3 | 16 |
| <i>Neurologie</i> | 7 | 3 | - | 10 |
| <i>sonstige</i> | 2 | - | - | 2 |
| <i>Gutachten gesamt</i> | 57 (bei 50 Probanden) | 46 (bei 45 Probanden) | 3 | 106 |

Abbildung 27

In den Jahren von 1995 bis 2004 bei Untersuchungen auf Haft-, Termin- und Arbeitsfähigkeit von gerichtsärztlichen Gutachtern als notwendig erachtete zusätzliche fachärztliche Gutachten. Aufgeschlüsselt nach fachärztlicher Ausrichtung und gerichtsärztlicher Untersuchungsart.

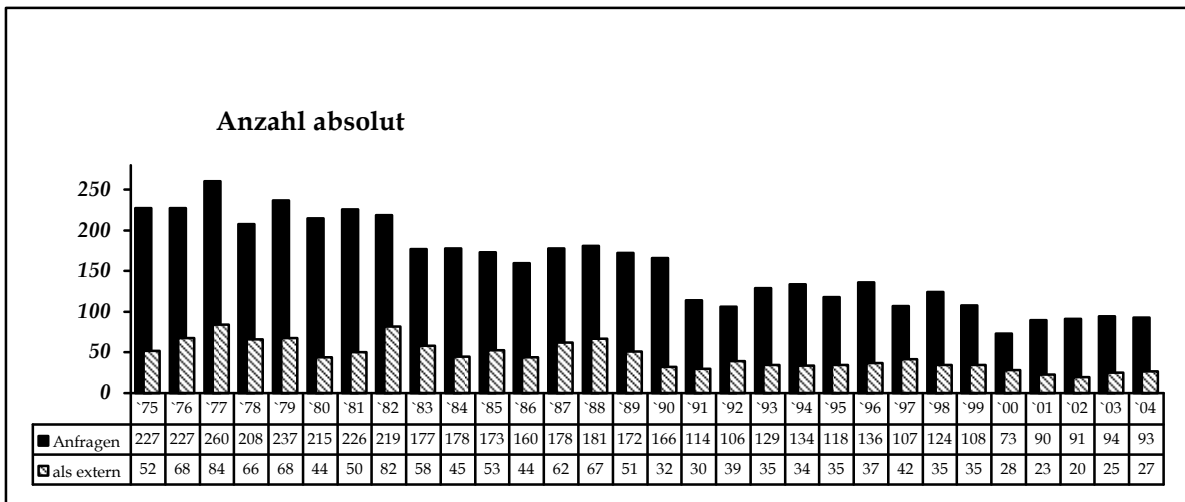


Abbildung 28

Bedarf an gerichtsärztlicher Leistung gemäß der angefragten Untersuchungen auf Haft-, Termin- und Arbeitsfähigkeit in den Jahren von 1975 bis 2004. Aufgeschlüsselt nach der absoluten Anzahl im Kalenderjahr und dem jeweiligen Anteil der als extern durchzuführenden Untersuchungen.

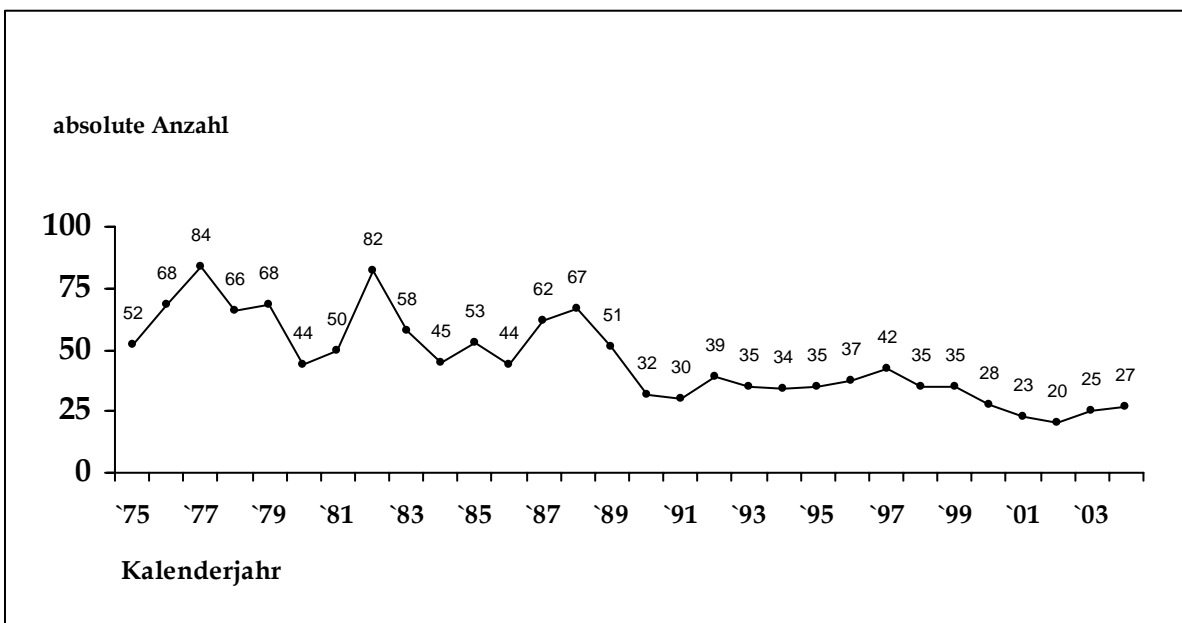


Abbildung 29

Bedarf an gerichtsärztlicher Leistung hinsichtlich angefragter als extern durchzuführender Untersuchungen in den Jahren von 1975 bis 2004. Verlauf der Entwicklung.

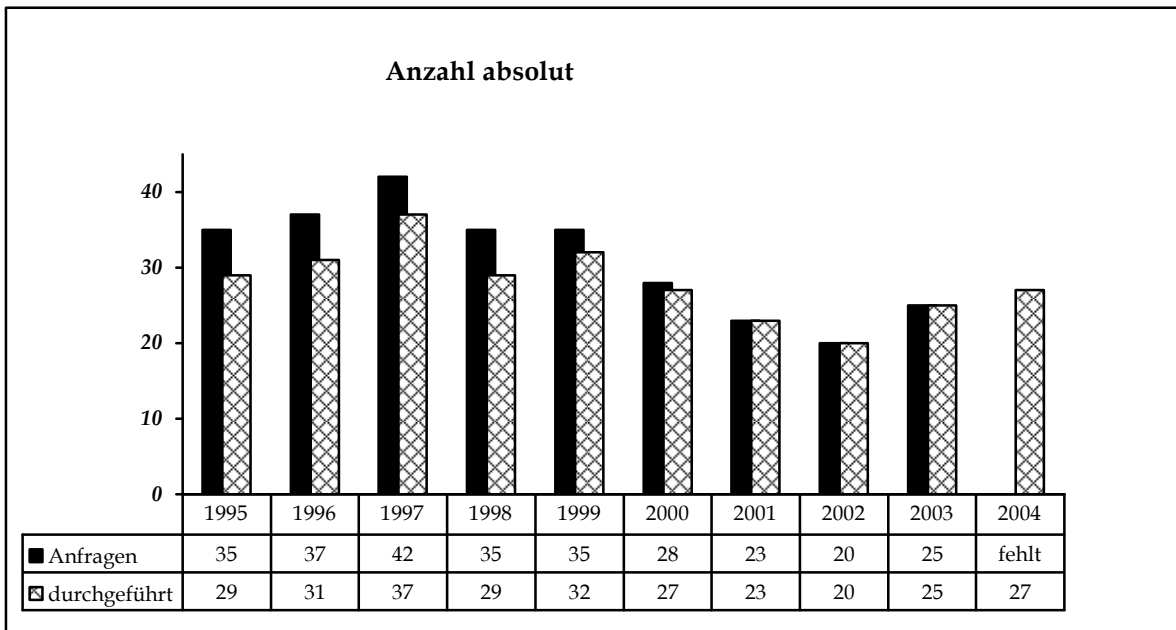


Abbildung 30

In den Jahren von 1995 bis 2004 extern durchgeführte gerichtsärztliche Untersuchungen im Vergleich zu der Menge vorher eingegangener Anfragen. Aufgeschlüsselt nach der absoluten Anzahl im Kalenderjahr.

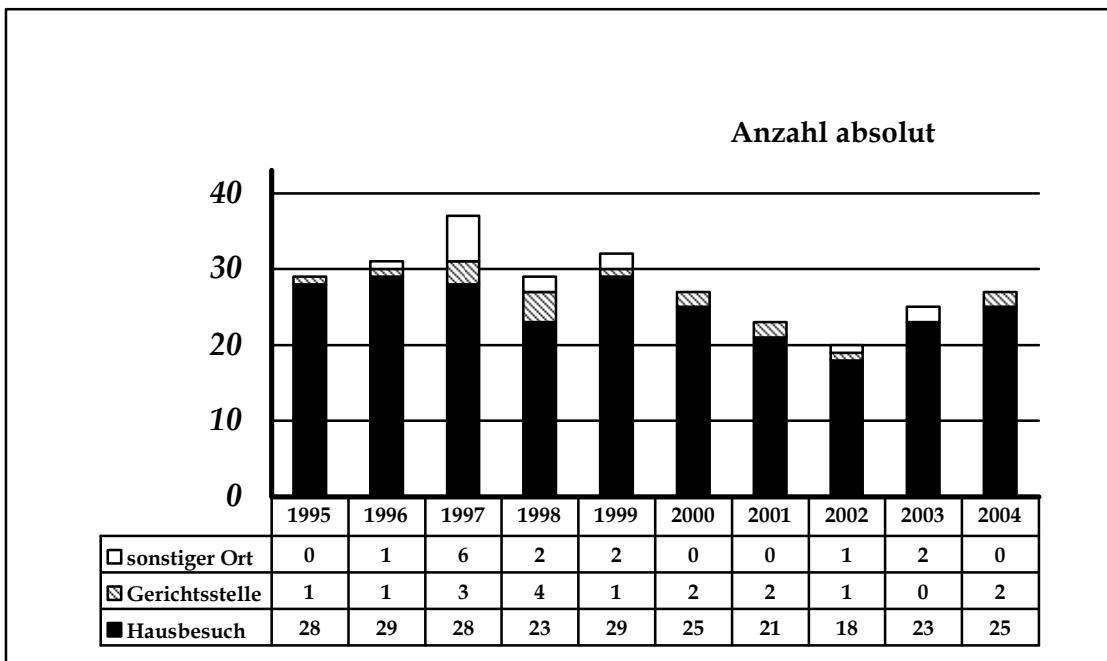


Abbildung 31

In den Jahren von 1995 bis 2004 extern durchgeführte gerichtsärztliche Untersuchungen. Aufgeschlüsselt nach der absoluten Anzahl im Kalenderjahr und dem Ort der Durchführung.

| Jahr | Terminfähigkeit | Haftfähigkeit | alleinige Reisefähigkeit | gesamt |
|-------------|-----------------|---------------|--------------------------|--------|
| 1995 | 28 | 1 | - | 29 |
| 1996 | 28 | 3 | - | 31 |
| 1997 | 36 | 1 | - | 37 |
| 1998 | 27 | 1 | 1 | 29 |
| 1999 | 31 | 1 | - | 32 |
| 2000 | 27 | - | - | 27 |
| 2001 | 23 | - | - | 23 |
| 2002 | 20 | - | - | 20 |
| 2003 | 24 | 1 | - | 25 |
| 2004 | 27 | - | - | 27 |
| 1995 - 2004 | 271 | 8 | 1 | 280 |

Abbildung 32

In den Jahren von 1995 bis 2004 extern durchgeführte gerichtsärztliche Untersuchungen. Aufgeschlüsselt nach der absoluten Anzahl im Kalenderjahr und der Art der Untersuchung.

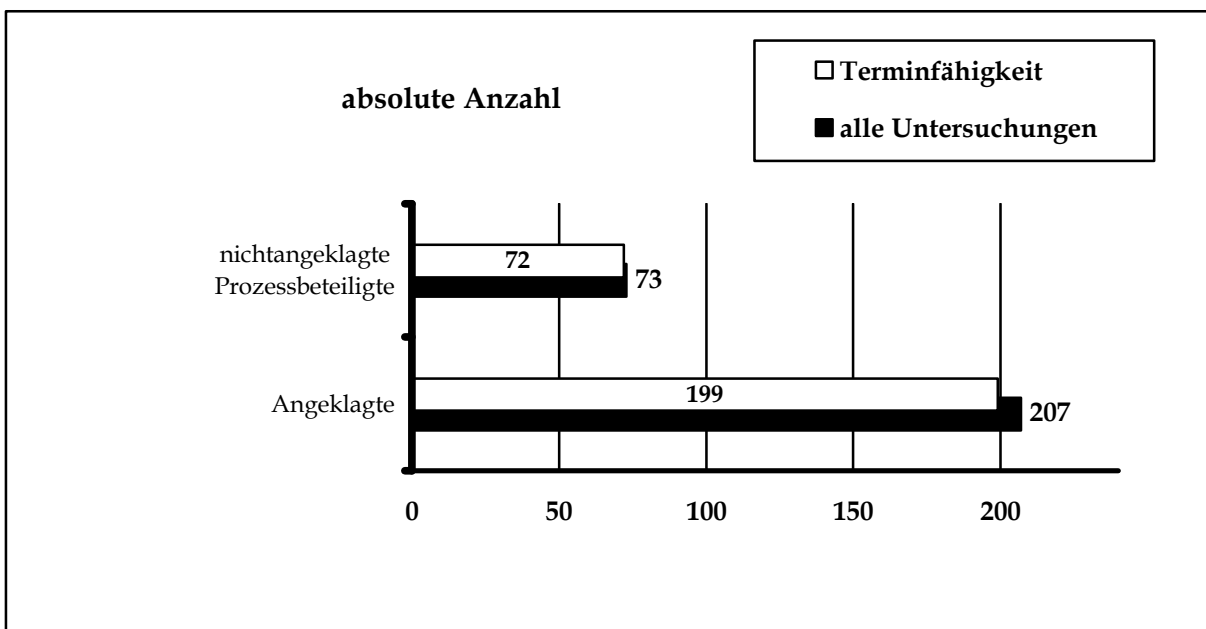


Abbildung 33

Probanden der in den Jahren von 1995 bis 2004 extern durchgeführten gerichtsärztlichen Untersuchungen in absoluter Anzahl. Aufgeschlüsselt nach Status als Angeklagte und nichtangeklagte Prozessbeteiligte sowie nach Art der Untersuchung.

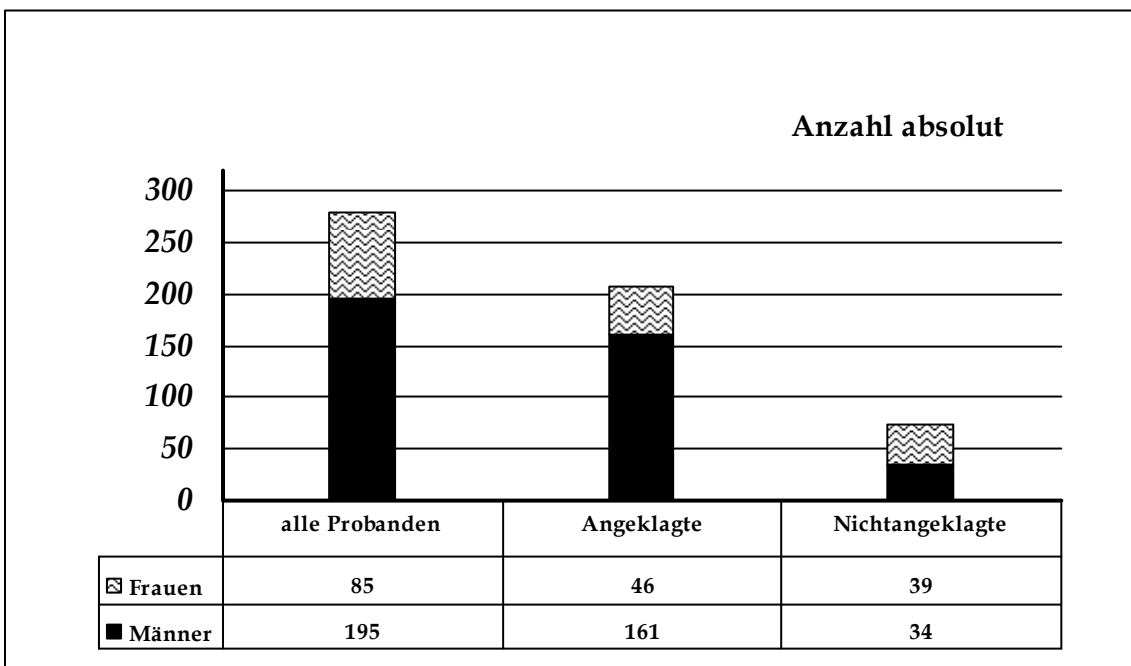


Abbildung 34

Probanden der in den Jahren von 1995 bis 2004 extern durchgeführten gerichtsärztlichen Untersuchungen in absoluter Anzahl. Aufgeschlüsselt nach Geschlecht sowie nach Status als Angeklagte und nichtangeklagte Prozessbeteiligte.

| Beurteilung (Stichwort) <i>terminfähig?</i> | extern untersuchte: | | gesamt |
|--|---------------------|-----------------------------|--------|
| | Angeklagte | andere Prozessbeteiligte | |
| ohne Einschränkung | 78 | 14 | 92 |
| Erleichterung nötig | 3 | 15 | 18 |
| stärker eingeschränkt | 3 | 10 | 13 |
| kurzfristig nicht | 41 | 11 | 52 |
| langfristig nicht | 4 | 1 | 5 |
| dauerhaft nicht | 2 | 5 | 7 |
| Untersuchung nicht zuge- lassen | 33 | 14 | 47 |
| Behauptung ohne Unter- suchung zu widerlegen | 28 | - | 28 |
| Proband nicht auffindbar | 4 | 1 | 5 |
| fachärztliches Anschluss- gutachten; Ergebnis nicht dokumentiert | 2 | 1 | 3 |
| Beurteilung nicht doku- mentiert | 1 | - | 1 |
| gesamt: | 199 | 72 | 271 |
| | 271 | | |

Abbildung 35

Im Zehnjahreszeitraum von 1995 bis 2004 durchgeführte externe Untersuchungen auf Terminfähigkeit. Aufgeschlüsselt nach dem Ergebnis sowie dem Status der Probanden als Angeklagte oder nichtangeklagte Prozessbeteiligte.

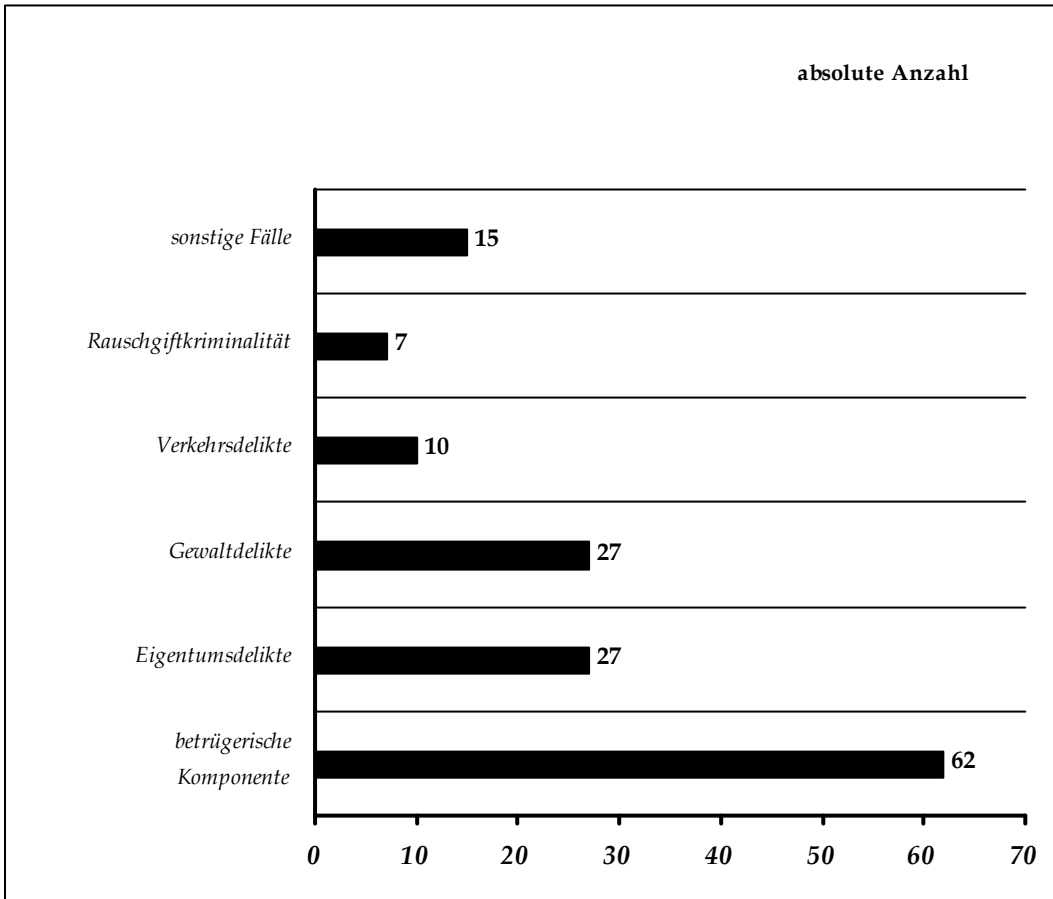


Abbildung 36

Zugehörigkeit der vorgeworfenen Delikte (soweit dokumentiert) der in den Jahren von 1995 bis 2004 extern auf ihre Verhandlungsfähigkeit zu prüfenden angeklagten Probanden zu einer Deliktgruppe.

| Jahr | Verhandlungs- fähigkeit (durchgeführte Untersuchungen) | Vollzugs- fähigkeit (durchgeführte Untersuchungen) | Arbeits- fähigkeit (durchgeführte Untersuchungen) |
|---|---|---|--|
| 2005 | 56 | 9 | 4 |
| 2006 | 67 | 17 | 2 |
| 2007 | 39 | 7 | 4 |
| durchschnittlich im Jahr | 54 | 11 | 3,3 |
| (Durchschnitt der Jahre von 1995 - 2004 zum Vergleich) | 45,8 | 16,9 | 1,7 |

Abbildung 37

In den Jahren 2005 bis 2007 in der elektronischen Datenbank des Institutes für Rechtsmedizin erfasste gerichtsärztliche Untersuchungen auf Verhandlungs-, Haft- und Arbeitsfähigkeit (im Vergleich der Durchschnitt der Anzahl entsprechend durchgeführter Untersuchungen im Zehnjahreszeitraum von 1995 bis 2004).

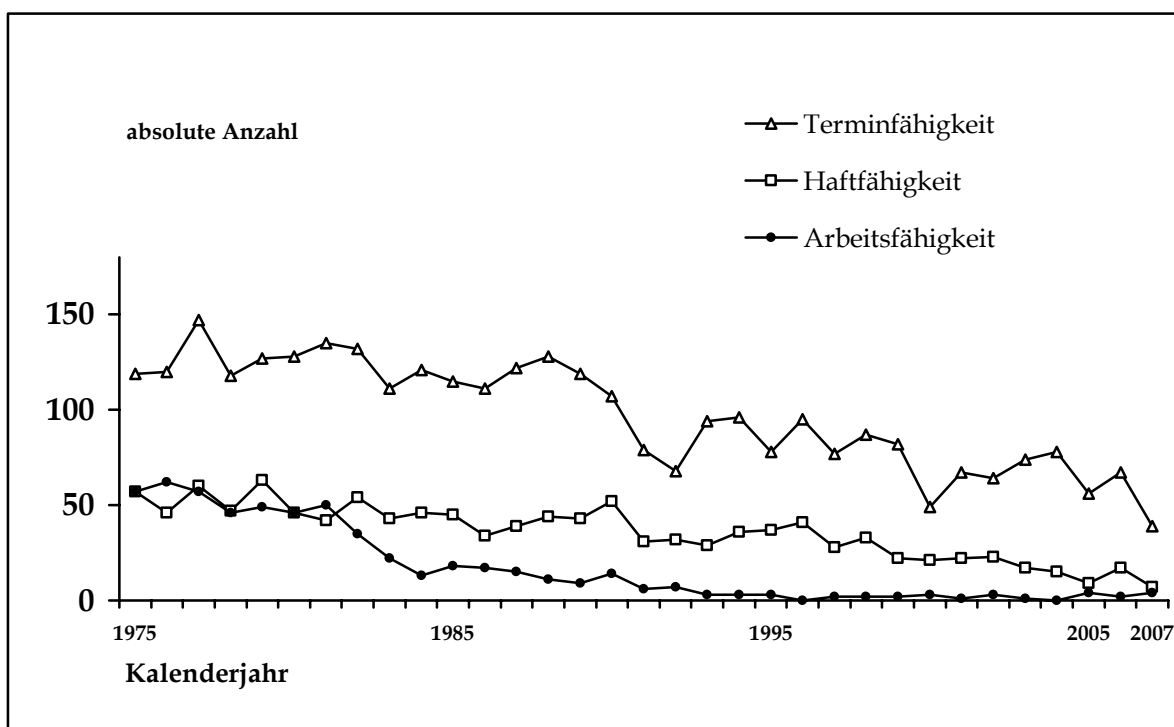


Abbildung 38

Bedarf an gerichtsärztlichen Untersuchungen; Fortschreibung der aus *Abbildung 4, 7 und 9* bekannten Kurven bezüglich angefragter Untersuchungen auf Termin-, Haft- und Arbeitsfähigkeit mit der Anzahl entsprechender Untersuchungen, deren Durchführung von 2005 bis 2007 in der elektronischen Datenbank des Institutes für Rechtsmedizin dokumentiert wurde.

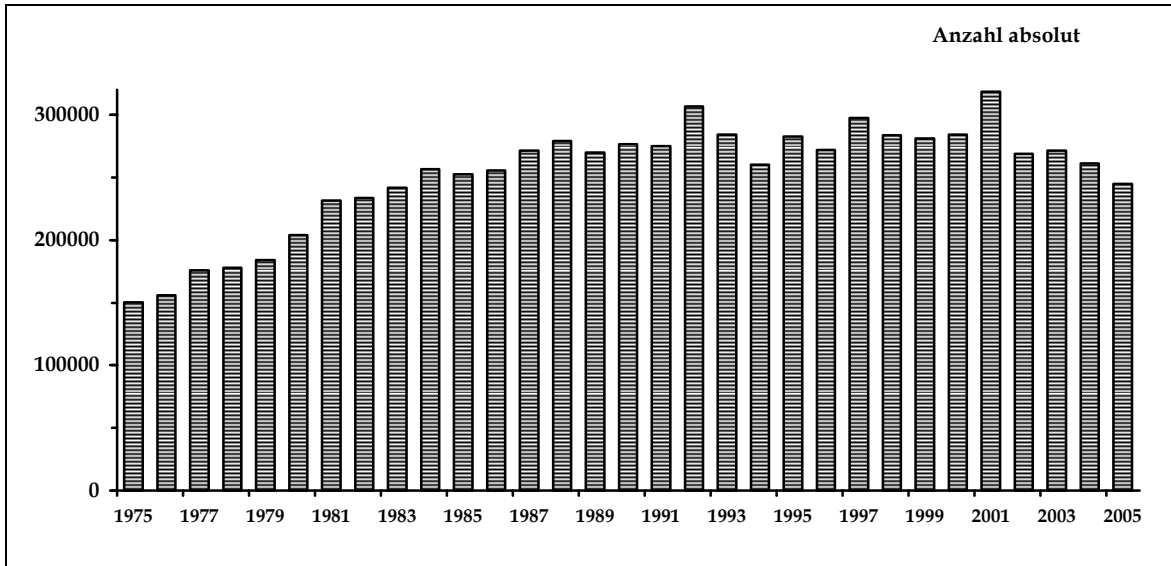


Abbildung 39

Entwicklung der polizeilich bekannt gewordenen Straftaten in Hamburg in den Jahren von 1975 bis 2005 (ohne Staatsschutz- und Verkehrsdelikte).
 (Quelle: Statistisches Jahrbuch Hamburg 2006/2007 S.238)

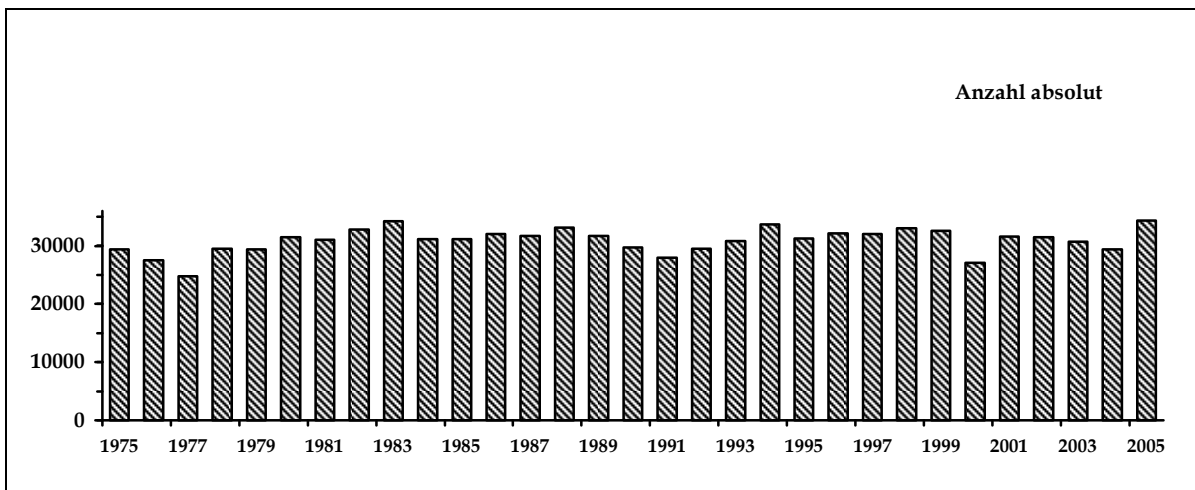


Abbildung 40

Strafverfolgung in Hamburg: Anzahl der Verfahren nach allgemeinem und nach Jugendstrafrecht von 1975 bis 2005 gezählt nach abgeurteilten Personen (einschließlich Freigesprochenen und Verfahrenseinstellungen).
 (Quelle: Statistisches Jahrbuch Hamburg 2006/2007 S.241)

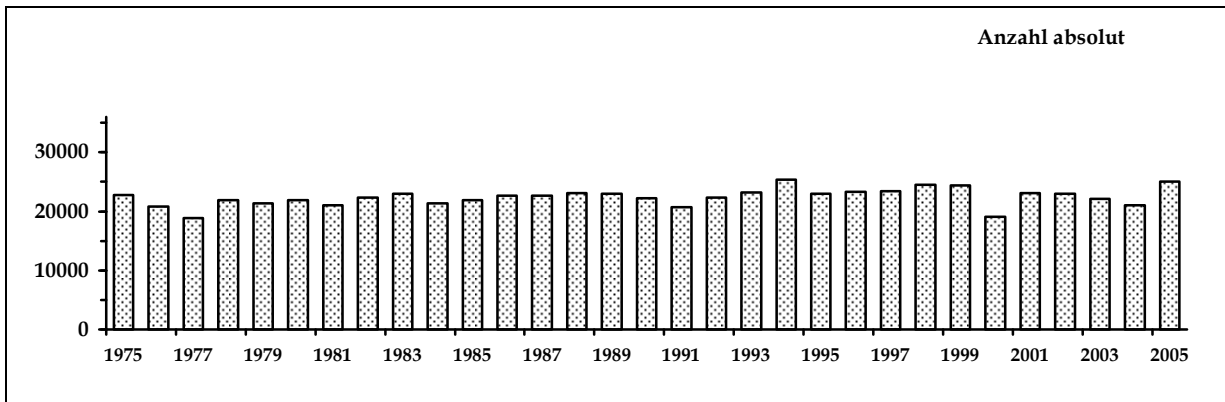


Abbildung 41

Strafverfolgung in Hamburg: Anzahl der nach allgemeinem und nach Jugendstrafrecht von 1975 bis 2005 verurteilten Personen.

(Quelle: Statistisches Jahrbuch Hamburg 2006/2007 S.241)

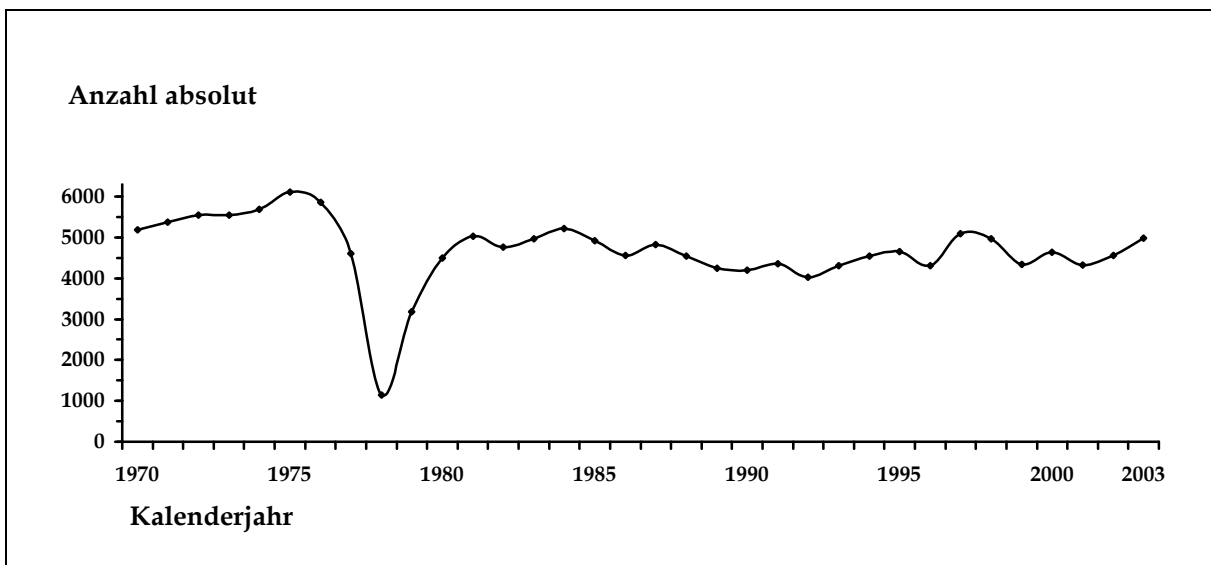


Abbildung 42

Absolute Anzahl der Ehescheidungen in Hamburg im jeweiligen Kalenderjahr von 1970 bis 2003.

(Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein: 500 Jahres-Zeitreihen seit 1970, Punkt 1 „Bevölkerung“, Tabelle 20 „Eheschließungen und Ehescheidungen in Hamburg“; publiziert auf www.statistik-nord.de)

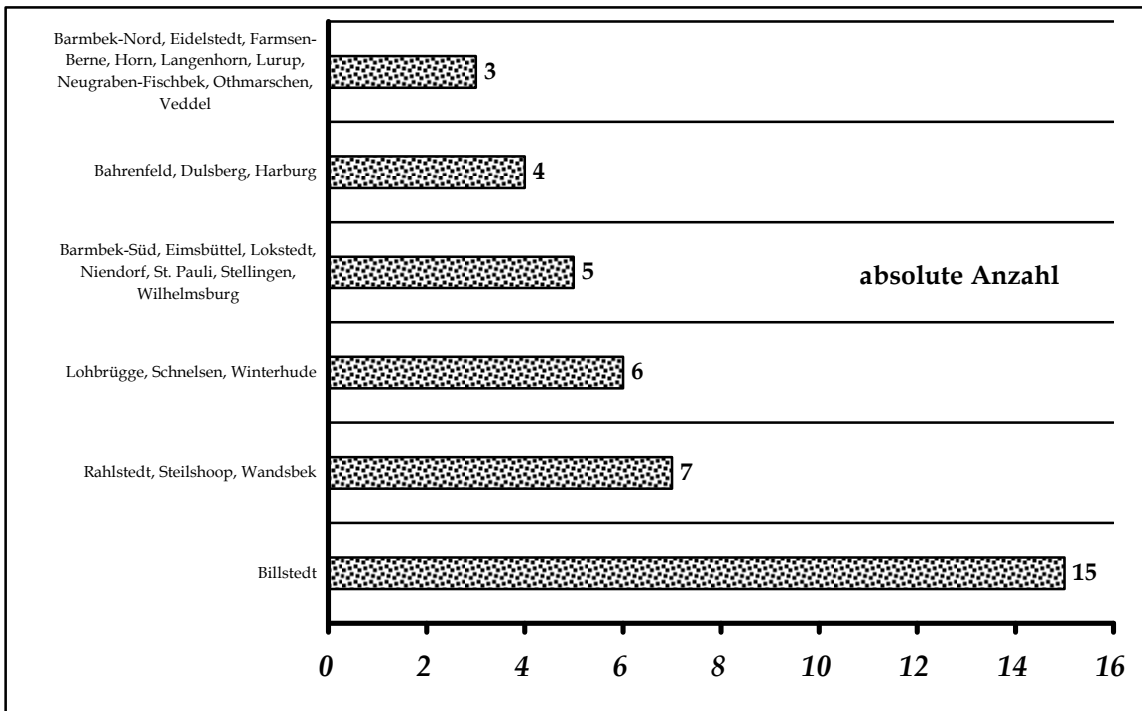


Abbildung 43

Hamburger Stadtteile, die in den Jahren von 1995 bis 2004 mehr als zwei Wohnstätten von angeklagten, gerichtsärztlich daheim zu untersuchenden Probanden aufzuweisen hatten.

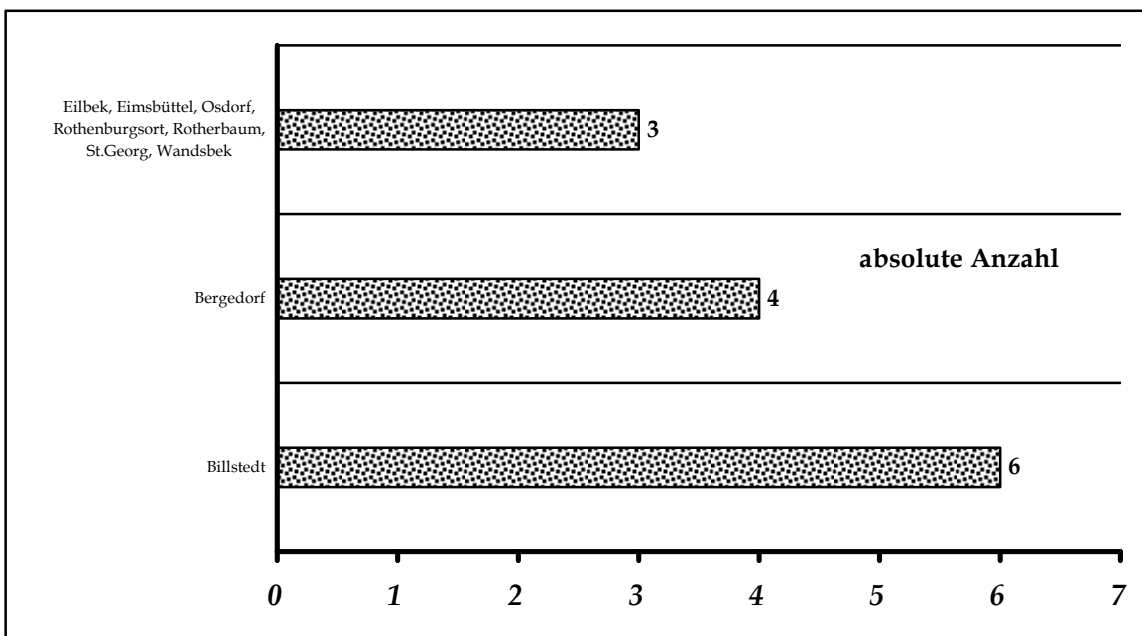


Abbildung 44

Hamburger Stadtteile, die in den Jahren von 1995 bis 2004 mehr als zwei Wohnstätten von nichtangeklagten, gerichtsärztlich daheim zu untersuchenden Probanden aufzuweisen hatten.

| Kriminalitätsrate im Vergleich zu Hamburg gesamt | <u>Stadtteil</u> | alle erfassten Straftaten | | Gewaltdelikte | | Diebstahls- delikte | |
|--|-------------------|------------------------------|------|---------------|------|------------------------|------|
| | | absolut | Rate | absolut | Rate | absolut | Rate |
| höher | Wandsbek | 6225 | 193 | 152 | 5 | 4380 | 136 |
| niedriger | Billstedt | 8929 | 131 | 373 | 5 | 5302 | 78 |
| | Lohbrügge | 3539 | 98 | 169 | 5 | 2276 | 63 |
| | Rahlstedt | 8096 | 96 | 353 | 4 | 4937 | 59 |
| | Steilshoop | 2474 | 127 | 132 | 7 | 1530 | 79 |
| | Winterhude | 4879 | 100 | 164 | 3 | 3114 | 64 |
| deutl. niedriger | Schnelsen | 1865 | 68 | 57 | 2 | 1122 | 41 |
| Durchschnitt | Hamburg gesamt | 281.214 | 166 | 9254 | 5 | 142.339 | 84 |

Abbildung 45

(Rate = Kriminalitätsrate, d. h. Straftaten je 1000 der gemeldeten Bevölkerung)

Die sieben Hamburger Stadtteile, die in den Jahren von 1995 bis 2004 mehr als doppelt so viele Wohnstätten von angeklagten Probanden aufzuweisen hatten als durchschnittlich; hinsichtlich erfasster Straftaten aufgeschlüsselt nach Gewalt- und Diebstahlsdelikten.

(Quelle: Statistisches Jahrbuch Hamburg 2000/2001 S.138/139)

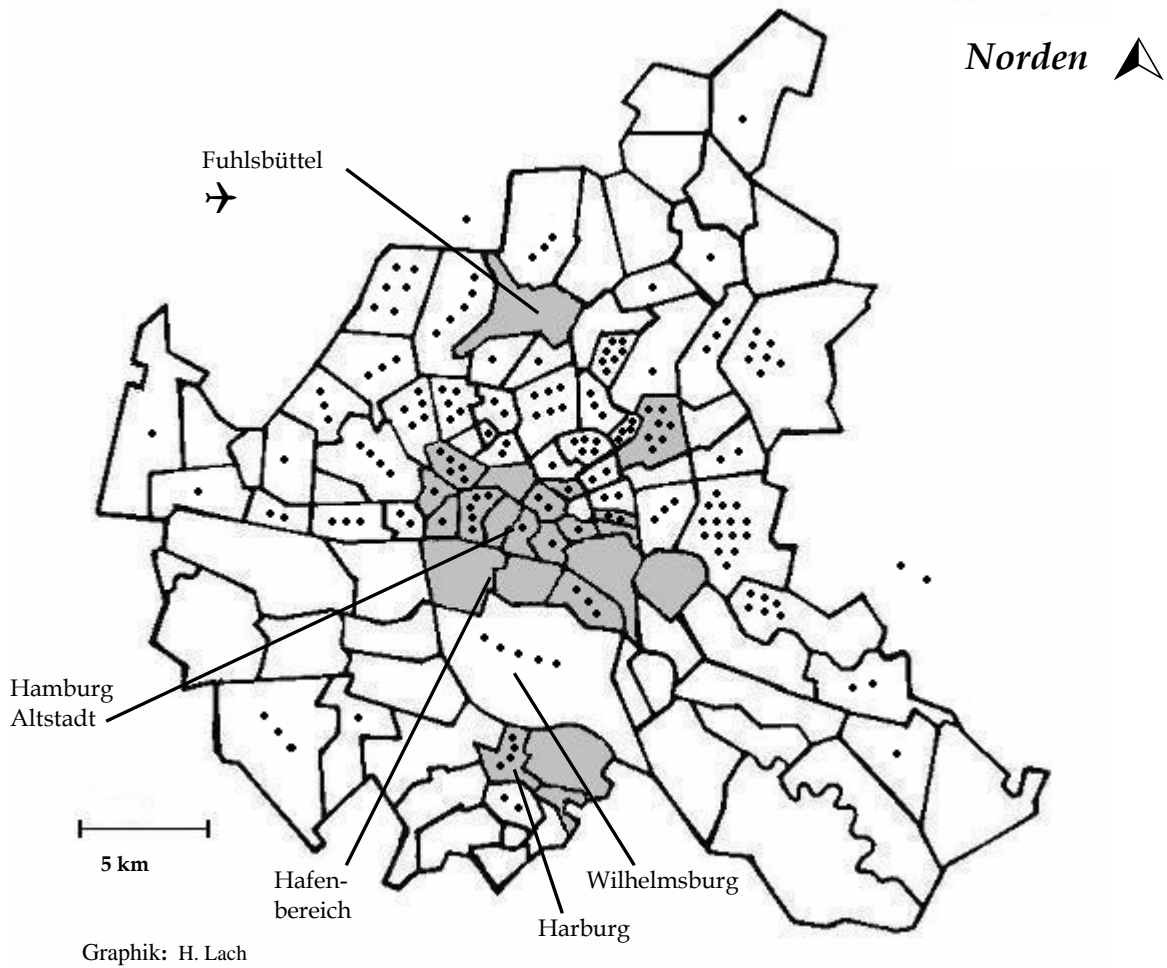
| <u>Stadtteil</u> | Bevölkerungs- dichte (Einwohner je Quadrat- kilometer 1999) | Einkünfte (Gesamtbetrag der Ein- künfte je steuerpflich- tiger Person 1995) | Arbeitslose (Anteil an der Bevölke- rung im Alter von 15 bis unter 65 Jahren in Prozent März 1999) | Sozialhilfe- empfänger (Anteil an der Bevölke- rung 1999) |
|-------------------|--|--|--|--|
| Wandsbek | ≥ 4000 | (*) | 5,5 < 8 % | 3,8 < 8,5 % |
| Billstedt | ≥ 4000 | (*) | ≥ 8 % | ≥ 8,5 % |
| Lohbrügge | 1300 < 4000 | < 57.000 DM | 5,5 < 8 % | 3,8 < 8,5 % |
| Rahlstedt | 1300 < 4000 | < 57.000 DM | 5,5 < 8 % | 3,8 < 8,5 % |
| Steilshoop | ≥ 4000 | (*) | ≥ 8 % | ≥ 8,5 % |
| Winterhude | ≥ 4000 | ≥ 68.000DM | 5,5 < 8 % | 3,8 < 8,5 % |
| Schnelsen | 1300 < 4000 | ≥ 68.000DM | 5,5 < 8 % | 3,8 < 8,5 % |
| Hamburg gesamt | 2246 | 65.579 DM | 7,5 % | 7,4 % |

Abbildung 46

(*) = keine Angabe, da Vergleich methodisch nicht möglich

Die sieben Hamburger Stadtteile, die in den Jahren von 1995 bis 2004 mehr als doppelt so viele Wohnstätten von angeklagten Probanden aufzuweisen hatten als durchschnittlich; hinsichtlich Sozialstruktur aufgeschlüsselt nach Bevölkerungsdichte, Einkünfte, Arbeitslose und Sozialhilfeempfänger.

(Quelle: Statistisches Jahrbuch Hamburg 2000/2001 S.138;146/147;152)

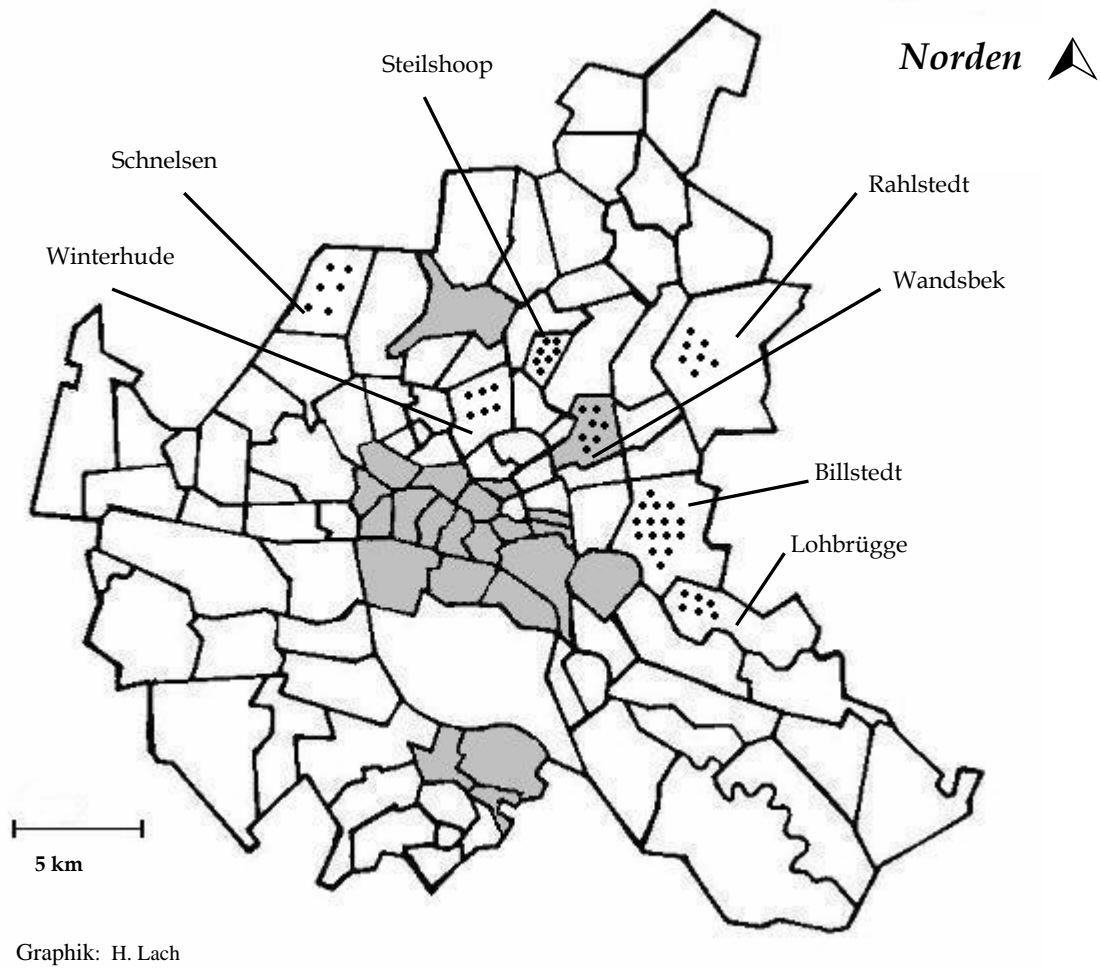


Karte 1.a

Schematische Darstellung der Hamburger Stadtteile (vgl. Abschnitt **V.1.3**).

Verteilung der Wohnstätten in den Jahren 1995 bis 2004 gerichtsärztlich daheim zu untersuchender angeklagter Probanden. Sämtliche Wohnstätten (drei außerhalb der politischen Grenzen der Freien und Hansestadt Hamburg). Eine Markierung entspricht einer aufzusuchenden Wohnstätte im jeweiligen Stadtteil.

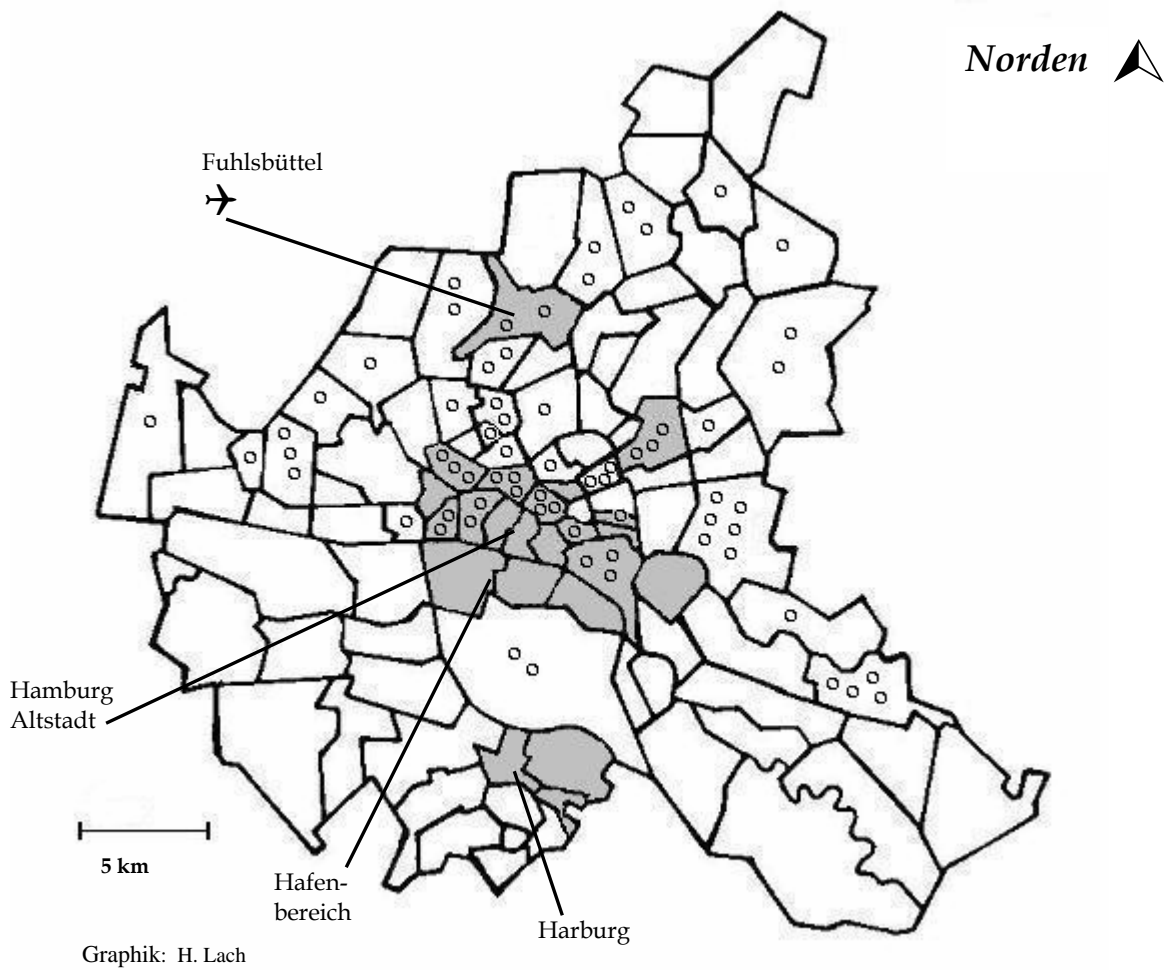
Grau unterlegte Stadtteile wiesen bezogen auf das Stichjahr 1999 eine überdurchschnittlich hohe Kriminalitätsrate auf (mindestens 170 Straftaten auf je 1000 Einwohner).



Karte 1.b

Verteilung der Wohnstätten in den Jahren 1995 bis 2004 gerichtsärztlich daheim zu untersuchender angeklagter Probanden. Markierung nur für Stadtteile mit mindestens sechs aufzusuchenden Wohnstätten.

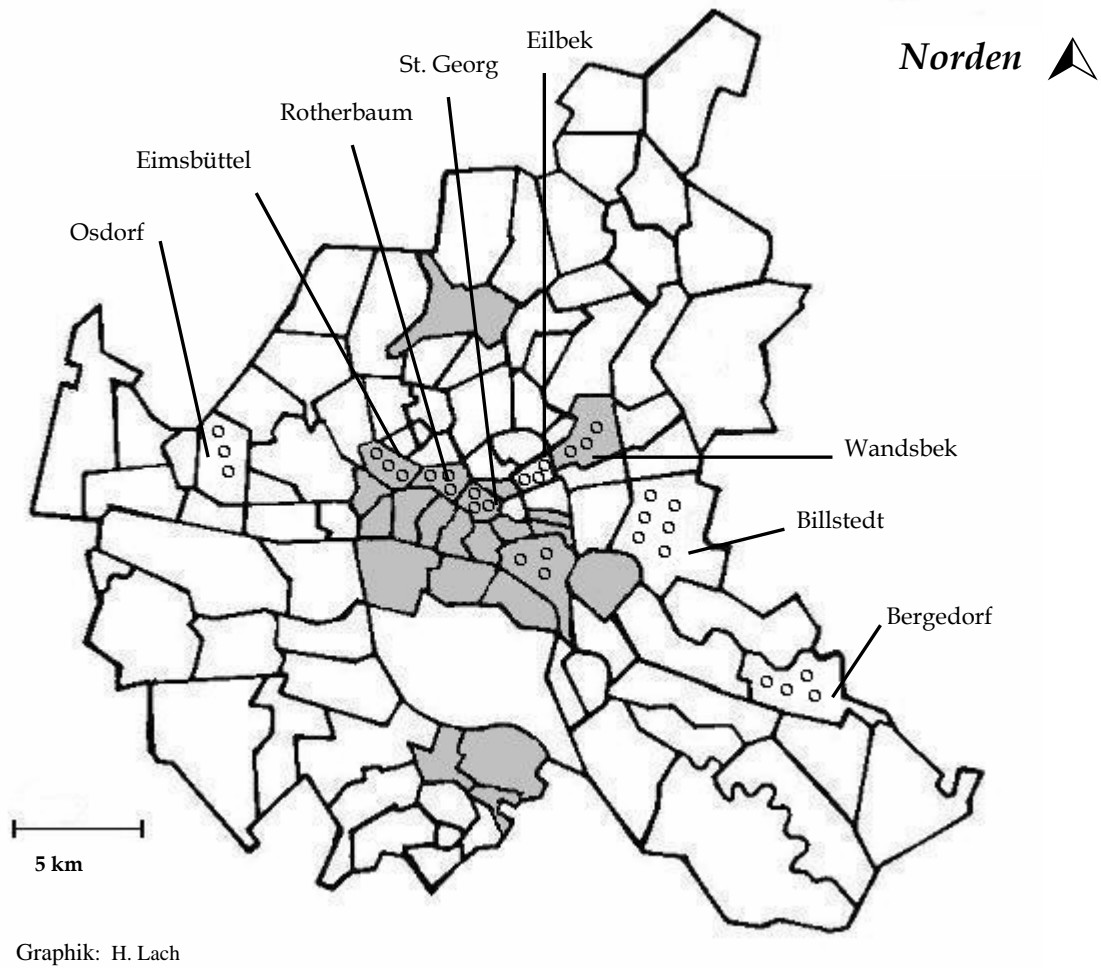
Weitere Erläuterungen: siehe auch Legende zu Karte 1.a.



Karte 2.a

Verteilung der Wohnstätten in den Jahren 1995 bis 2004 gerichtsärztlich daheim zu untersuchender nichtangeklagter Probanden. Sämtliche Wohnstätten.

Weitere Erläuterungen: siehe auch Legende zu Karte 1.a.



Karte 2.b

Verteilung der Wohnstätten in den Jahren 1995 bis 2004 gerichtsärztlich daheim zu untersuchender nichtangeklagter Probanden. Markierung nur für Stadtteile mit mindestens drei aufzusuchenden Wohnstätten.

Weitere Erläuterungen: siehe auch Legende zu Karte 1.a.

VERWEISE UND BELEGSTELLEN

Wörtliche Zitate sowie inhaltliche Bezugnahmen auf andere literarische Beiträge wurden im Text mit (in den einzelnen Teilen dieser Arbeit fortlaufenden) Ziffern in eckigen Klammern versehen. Als Lemma dienen in der unten stehenden Auflistung die jeweiligen Autoren- beziehungsweise Herausgebernamen, unter deren Nennung sich der literarische Beitrag, auf den Bezug genommen wird, mit seinen Publikationsangaben im alphabetischen Literaturverzeichnis findet.

Bei so genanntem lexikalischen Wissen wurde im einzelnen im Text auf eine Ausweisung verzichtet; dies gilt insbesondere für die Erläuterung grundlegender juristischer Begriffe in Teil II sowie für allgemein zugängliche Informationen zu Hamburg in Teil V. Die benutzten enzyklopädischen Werke werden cursorisch ausgewiesen und finden sich im Literaturverzeichnis.

Bezugnahmen auf im Archiv des Gerichtsärztlichen Dienstes dokumentierte Vorgänge, die für diese Arbeit ausgewertet worden sind, werden durch die Angabe von Schlüsselnummern belegt, die aus dreistelligen Nummern sowie der Jahresangabe bestehen. Wie im Abschnitt IV.1.5 erläutert, handelt es sich dabei um eine interne Codierung zur Sicherstellung der Dokumentation; aus Gründen des Datenschutzes ist es für Außenstehende nicht möglich, aus diesen Schlüsselnummern Rückschlüsse auf betroffene Probanden zu ziehen.

VORBEMERKUNG

- [1] Evans R J (1996) 13
- [2] Madea B, Bratzke H, Pollak S, Püschel K, Rothschild M (Hrsg) (2004)
- [3] Madea B, Bratzke H, Pollak S, Püschel K, Rothschild M (Hrsg) (2004) V
- [4] Springer E (2004) 641
- [5] Schiwy-Bochat K-H (2004)
- [6] Schiwy-Bochat K-H (2004) 137; 139
- [7] Institut für gerichtliche Medizin der Universität Hamburg (Hrsg) (1969) 7., unpaginierte Seite
- [8] Institut für Rechtsmedizin der Universität Hamburg (Hrsg) (1989) 51
- [9] Lach H, Püschel K, Schmiedebach H-P (2004) 99
- [10] Lach H, Püschel K, Schmiedebach H-P (2004) 105
- [11] Naeve W, Becker B (1973)
- [12] Naeve W, Schulte D (1973); Naeve W (1976); Naeve W (1982)
- [13] Institut für Rechtsmedizin der Universität Hamburg (Hrsg) (1989) 50
- [14] Hildebrand E, Hitzer K, Püschel K (2001)
- [15] Hildebrand E (1976)

Einleitung

- [1] Püschel K, Lach H, Pollak S (2004) 664
- [2] Naeve W, Becker B (1973) 141
- [3] Liman C (1889) 18
- [4] Täschner K-L (2003) 774
- [5] Naeve W, Becker B (1973) 130
- [6] Oefele K von (1998) 90ff.
- [7] Lach H, Püschel K, Schmiedebach H-P (2004) 109
- [8] Weisedel W (1987) 172
- [9] Naeve W, Becker B (1973) 131

Teil I

- [1] Suttinger G (1977) 530
- [2] Eulner H-H (1970) 5ff.
- [3] Metzger J D (1787)
- [4] Schürmayer J H (1848)
- [5] Mende L J C (1819)
- [6] Keil W, Berzlanovich A, Madea B (2004) 676
- [7] Mende L J C (1819) 443
- [8] Mende L J C (1819) 443
- [9] Mende L J C (1819) 443
- [10] Mende L J C (1819) 445
- [11] Mende L J C (1819) 448
- [12] Mende L J C (1819) 457
- [13] Herber F (2000) 65ff.
- [14] Herber F (2002) 229ff.
- [15] Schwerd (1969) 61ff.; Lach H, Püschel K, Schmiedebach H-P (2004) 104
- [16] Labisch A (1992) 88ff.
- [17] Walter K (2005) 1095
- [18] Walter K (2005) 1096
- [19] Schell W (1995) 180ff.
- [20] Sonntag H-G, Hingst V (1999) 600
- [21] Schell W (1995) 180
- [22] Schell W (1995) 180
- [23] Sonntag H-G, Hingst V (1999) 600
- [24] Sonntag H-G, Hingst V (1999) 600
- [25] Tröger H D (1993)² 122
- [26] Schell W (1995) 89
- [27] Schell W (1995) 89
- [28] Schell W (1995) 89
- [29] Labisch A, Tennstedt F (1985); Sonntag H-G, Hingst V (1999) 605
- [30] Sonntag H-G, Hingst V (1999) 605
- [31] Sonntag H-G, Hingst V (1999) 603
- [32] Gesundheitsamt (Artikel aus Wikipedia, der freien Enzyklopädie)
- [33] Tröger H D (1993)¹ 31
- [34] Tröger H D (1993)¹ 31
- [35] Schell W (1995) 183
- [36] Schell W (1995) 183
- [37] Selbstauskunft auf <http://www.landkreis-heilbronn.de>
- [38] Selbstauskunft auf <http://www.rhein-neckarkreis.de>
- [39] Selbstauskunft auf <http://www.hannover.de>
- [40] Steinberg B (1990) 16ff.; Lach H, Püschel K, Schmiedebach H-P (2004) 57
- [41] Steinberg B (1990) 60ff.; Lach H, Püschel K, Schmiedebach H-P (2004) 64/65
- [42] Hamburgisches Gesetzes- und Verordnungsblatt (2001) 201ff.
- [43] Hamburgisches Gesetzes- und Verordnungsblatt (2001) 201ff. Demuth G (1966) 38/39
- [44] Rothmaler C (2002) 336ff.; Lach H, Püschel K, Schmiedebach H-P (2004) 62
- [45] Steinberg B (1990) 69ff.; Lach H, Püschel K, Schmiedebach H-P (2004) 74ff.
- [46] Köbler G (1997) VII
- [47] Köbler G (1997) VII
- [48] Ebel F, Thielmann G (1989) 5
- [49] Ebel F, Thielmann G (1989) 1
- [50] Ebel F, Thielmann G (1989) 1
- [51] Köbler G (1997) 191
- [52] Köbler G (1997) 195
- [53] Köbler G (1997) VII
- [54] Köbler G (1997) 195
- [55] Ebel F, Thielmann G (1989) 24

- [56] Ebel F, Thielmann G (1989) 8
- [57] Köbler G (1997) 657
- [58] Köbler G (1997) 657
- [59] Köbler G (1997) 263
- [60] Ebel F, Thielmann G (1989) 95; Köbler G (1997) VII/VIII
- [61] Köbler G (1997) VIII
- [62] Köbler G (1997) VIII
- [63] Köbler G (1997) VIII
- [64] Köbler G (1997) 460
- [65] Köbler G (1997) 657
- [66] Ebel F, Thielmann G (1989) 190
- [67] Ebel F, Thielmann G (1989) 40
- [68] Ebel F, Thielmann G (1989) 190
- [69] Köbler G (1997) 260
- [70] Köbler G (1997) 263
- [71] Köbler G (1997) 260
- [72] Köbler G (1997) 267
- [73] Köbler G (1997) 405
- [74] Köbler G (1997) 252
- [75] Köbler G (1997) 252
- [76] Köbler G (1997) 252
- [77] Köbler G (1997) 406
- [78] Evans R J (2001) 69/70
- [79] dazu u. zum Folgenden: Schubert E (2007) 158ff.
- [80] Köbler G (1997) 252ff.
- [81] Köbler G (1997) 411
- [82] Evans R J (2001) 69
- [83] Schild W (2003) 132
- [84] Köbler G (1997) 411
- [85] Köbler G (1997) 252
- [86] Evans R J (2001) 349
- [87] Köbler G (1997) 255
- [88] Köbler G (1997) 255
- [89] Hofmann E von (1887) 987
- [90] Hofmann E von (1887) 988
- [91] Flügge M (1998) 60
- [92] Köbler G (1997) 178
- [93] Wesel U (2000) 22ff.
- [94] Wesel U (2000) 30
- [95] Köbler G (1997) 561
- [96] Ebel F, Thielmann G (1989) 101
- [97] Ebel F, Thielmann G (1989) 101
- [98] Ebel F, Thielmann G (1989) 102
- [99] Ebel F, Thielmann G (1989) 115; Köbler G (1997) 561
- [100] Köbler G (1997) 561
- [101] Ebel F, Thielmann G (1989) 115
- [102] Köbler G (1997) 296
- [103] Köbler G (1997) 296
- [104] Köbler G (1997) 296/297
- [105] Köbler G (1997) 297
- [106] Hattenhauer H (1992) 16
- [107] Hattenhauer H (1992) 17
- [108] Hattenhauer H (1992) 16/17
- [109] Hattenhauer H (1992) 17/18
- [110] Hattenhauer H (1992) 16
- [111] Hattenhauer H (1992) 18
- [112] Hattenhauer H (1992) 20

- [113] Hattenhauer H (1992) 19
- [114] Hattenhauer H (1992) 19
- [115] Hattenhauer H (1992) 20
- [116] Hattenhauer H (1992) 15
- [117] Köbler G (1997) 560
- [118] Köbler G (1997) 322
- [119] Hattenhauer H (1992) 17
- [120] Köbler G (1997) 562
- [121] Meder S (2005) 157ff.; Köbler G (1997) 333
- [122] Köbler G (1997) 521; Schild W (2003) 224ff.
- [123] Köbler G (1997) 281; Schild W (2003) 210
- [124] Köbler G (1997) 442
- [125] Köbler G (1997) 442
- [126] Köbler G (1997) 163
- [127] Stowasser J M (1991) 68
- [128] Suttinger G (1977) 530
- [129] Stowasser J M (1991) 452
- [130] Köbler G (1997) 568
- [131] Köbler G (1997) 568
- [132] Kluge F (1989) 786 u. 788
- [133] Köbler G (1997) 636
- [134] Köbler G (1997) 333
- [135] Köbler G (1997) 431
- [136] Köbler G (1997) 548
- [137] Köbler G (1997) 178
- [138] Köbler G (1997) 163
- [139] Köbler G (1997) 178
- [140] Köbler G (1997) 179
- [141] Suttinger G (1977) 530
- [142] Suttinger G (1977) 530
- [143] Buselmeier M (1991) 92; Kootz W, Sauer W, Knopf W (1991) 48;
Stadtmuseum Düsseldorf (Hrsg) (1996) 220
- [144] Arens D (1986) 334
- [145] Suttinger G (1977) 530
- [146] Wosnik R (1926) 15
- [147] Wosnik R (1926) 16
- [148] dazu und zum Folgenden: Wosnik R (1926) 17
- [149] Mende L J C (1819) 443
- [150] Kreßin A (1959) 60
- [151] Wosnik R (1926) 17
- [152] Kreßin A (1959) 59
- [153] Wosnik R (1926) 17
- [154] Kreßin A (1959) 60
- [155] Foucault M (1994)
- [156] Suttinger G (1977) 530
- [157] dazu und zum Folgenden: Suttinger G (1977) 530
- [158] Suttinger G (1977) 530
- [159] Suttinger G (1977) 531
- [160] Suttinger G (1977) 532
- [161] Suttinger G (1977) 532
- [162] Meder S (2005) 157
- [163] Köbler G (1997) 370
- [164] Köbler G (1997) 370
- [165] Köbler G (1997) 162
- [166] etwa: Kant I (1985) 34; 39
- [167] Evans R J (2001) 165ff.
- [168] Evans R J (2001) 308ff.

- [169] Mende L J C (1819) 456
- [170] Köbler G (1997) 461
- [171] Strafvollzugsgesetz § 2

TEIL II

- [1] Michler M, Benedum J (1972); Sournia J-C, Manuila A (1986)
- [2] bzgl. der Stichwörter vgl. die Definitionen bei Creifelds C (2007)
- [3] Fritze E (1989) 5
- [4] Hofmann J (1860)
- [5] Rieger C (1912)
- [6] Fritze E (1989)
- [7] an dieser Stelle verdankt sich die sprachwissenschaftliche Sicht insbes. den Darstellungen meines akademischen Lehrers Prof. Friedrich Hundsnurschers in seinen Lehrveranstaltungen über Fach- und Sondersprachen an der Westf. Wilhelms Universität zu Münster (H. Lach)
- [8] Seibicke W (1959)
- [9] Wagner H (1970)
- [10] Altehenger B (1983)
- [11] Schottelius J G (1991)
- [12] Altehenger B (1983); Altehenger B (1996)
- [13] Vorländer K (1992) 99-101
- [14] Marx H H (1987) 1; Hervorhebungen durch den Autor
- [15] Marx H H (1987) 1
- [16] Fritze E (1989) 1/2
- [17] Marx H H (1987) 5/6
- [18] Fritze E (1989) 1
- [19] Steinberg H (1990) 11ff.; Lach H, Püschel K, Schmiedebach H-P (2004) 51/52
- [20] Marx H H (1987) 6
- [21] Marx H H (1987) 1
- [22] Fritze E (1989) 3
- [23] Schell W (1995) 183
- [24] Skalley E (1818); Shorter E (1999) 32/33; Jaeckel G (2006) 205ff.
- [25] Gigerenzer G (2007)
- [26] Dubben H-H, Beck-Bornholdt H-P (2006)
- [27] Pfeiffer G (2005) 7
- [28] Schlüssel-Nr. 018/04
- [29] Kiehn J (2007) 86
- [30] Kiehn J (2007) 86
- [31] Kiehn J (2007) 86
- [32] Roxin C (2000) IX
- [33] Roxin C (2000) X
- [34] Oefele K von (1998) 95
- [35] Schlüssel-Nr. 011/00
- [36] Oefele K von (1998) 95
- [37] Oefele K von (1998) 95
- [38] eigene Kenntnis aus der Arbeit als Arzt im Strafvollzug des Landes NRW (H. Lach)
- [39] Oefele K von (1998) 94
- [40] Meyer H, Wolf K (1990) 228/229
- [41] Meyer H, Wolf K (1990) 228/229
- [42] Pfeiffer G (2005) 2
- [43] Oefele K von (1998) 91
- [44] Oefele K von (1998) 91

- [45] Pfeiffer G (2005) 7
- [46] Pfeiffer G (2005) 6
- [47] Pfeiffer G (2005) 7
- [48] Pfeiffer G (2005) 7
- [49] Pfeiffer G (2005) 7
- [50] Pfeiffer G (2005) 7
- [51] Oefele K von (1998) 113
- [52] Oefele K von (1998) 90
- [53] Schlüssel-Nr. 025/98
- [54] Selbstauskunft auf <http://www.rhein-neckarkreis.de>
- [55] Selbstauskunft auf <http://www.hannover.de>
- [56] Schlüssel-Nr. 039/95
- [57] Schlüssel-Nr. 040/95
- [58] Schlüssel-Nr. 043/95
- [59] Schlüssel-Nr. 035/01
- [60] Schlüssel-Nr. 038/97

TEIL III

- [1] Müller R A (1990)
- [2] Brinkmann B, Madea B (Hrsg) (2004) V
- [3] Fischer-Homberger E (1983)
- [4] Lorenz M (1999) 44ff.
- [5] Brinkmann B, Madea B (Hrsg) (2004) 761ff.
- [6] Keil W, Berzlanovich A, Madea B (2004) 680
- [7] Mende L J C (1819)
- [8] Keil W, Berzlanovich A, Madea B (2004) 678ff.
- [9] Hofmann E von (1887) 987
- [10] Hofmann E von (1887) 991
- [11] Keil W, Berzlanovich A, Madea B (2004) 675
- [12] Henke A (1851) 189
- [13] Henke A (1851) 148
- [14] Henke A (1851) 164
- [15] Keil W, Berzlanovich A, Madea B (2004) 677 u. 681
- [16] Liman C (1889)
- [17] Liman C (1889) 16ff.
- [18] Liman C (1889) 18ff.
- [19] Liman C (1889) 19
- [20] Liman C (1889) 20ff.
- [21] Puppe G (1908)
- [22] Keil W, Berzlanovich A, Madea B (2004) 681
- [23] Puppe G (1908) 576ff.
- [24] Puppe G (1908) 576
- [25] Puppe G (1908) 577
- [26] Puppe G (1908) 578
- [27] Puppe G (1908) 579/580
- [28] Puppe G (1908) 576
- [29] dazu und zum Folgenden: Puppe G (1908) 576
- [30] Kratter J (1919); Kratter J (1921)
- [31] Keil W, Berzlanovich A, Madea B (2004) 682
- [32] Naeve W, Becker B (1973) 130
- [33] Kratter J (1919) 496
- [34] Kratter J (1919) 496
- [35] Kratter J (1921) 613ff.
- [36] Kratter J (1921) 634
- [37] Kratter J (1921) 634

- [38] Kratter J (1921) 635
- [39] Straßmann G (1935)
- [40] Keil W, Berzlanovich A, Madea B (2004) 683
- [41] Straßmann G (1935) 23ff.
- [42] Straßmann G (1935) 258ff.
- [43] Pietrusky F, Crinis M de (1938)
- [44] Reuter F (1933)
- [45] Reuter F (1933) 77ff.
- [46] Reuter F (1933) 80
- [47] Mueller B, Walcher K (1938)
- [48] Mueller B, Walcher K (1938) 113ff.
- [49] Mueller B, Walcher K (1938) 114
- [50] Mueller B, Walcher K (1938) 115
- [51] Mueller B, Walcher K (1938) 85ff.
- [52] Walcher K (1950)
- [53] Mueller B (1953)
- [54] Mueller B (1953) 162/163
- [55] Mueller B (1953) 163/164
- [56] Mueller B (1953) 164
- [57] Keil W, Berzlanovich A, Madea B (2004) 687
- [58] Mueller B (1975) 211/212
- [59] Ponsold A (1950)
- [60] Keil W, Berzlanovich A, Madea B (2004) 684
- [61] Ponsold A (1950) 437/438
- [62] Ponsold A (1950) 437
- [63] Ponsold A (1950) 437
- [64] Ponsold A (1950) 437
- [65] Ponsold A (1950) 438
- [66] Keil W, Berzlanovich A, Madea B (2004) 683
- [67] Dettling J, Schönberg S, Schwarz F (1951)
- [68] Dettling J, Schönberg S, Schwarz F (1951) 38
- [69] Dettling J, Schönberg S, Schwarz F (1951) 38
- [70] Patscheider H, Hartmann H (1981) 18
- [71] Keil W, Berzlanovich A, Madea B (2004) 687
- [72] Berg S P (1966) 57/58; Berg S P (1976) 87/88
- [73] Keil W, Berzlanovich A, Madea B (2004) 684/685; Prokop O (1966) 466ff.
- [74] Reimann W, Prokop O, Geserick G (1990)
- [75] Keil W, Berzlanovich A, Madea B (2004) 685
- [76] Dietz G, Dürwald W (1976) 5
- [77] Dietz G, Dürwald W (1976) 5
- [78] Hunger H, Dürwald W, Tröger H D (Hrsg) (1993) 130 u. 296
- [79] Forster B, Ropohl D (1989)
- [80] Forster B, Ropohl D (1989) 203/204
- [81] Reinhardt G, Mattern R (1999) 454
- [82] Forster B (Hrsg) (1986); Keil W, Berzlanovich A, Madea B (2004) 687
- [83] Wille R, John K (1986)
- [84] Schwerd W (Hrsg) (1992)
- [85] Schewe G, Reinhardt G (1992) 246ff.
- [86] Schewe G, Reinhardt G (1992) 247
- [87] Penning R (2006)
- [88] Penning R (2006) 251/252
- [89] Penning R (2006) 251
- [90] Penning R (2006) 251
- [91] Penning R (2006) 251
- [92] Penning R (2006) 252
- [93] Penning R (2006) 252
- [94] Forster B, Ropohl D (1989) 204

- [95] Keil W, Berzlanovich A, Madea B (2004) 688
- [96] Madea B, Brinkmann B (Hrsg) (2003); Brinkmann B, Madea B (Hrsg) (2004)
- [97] Madea B, Brinkmann B (Hrsg) (2003) V
- [98] Brinkmann B, Madea B (Hrsg) (2004) V
- [99] Täschner K-L (2003) 739ff.
- [100] Täschner K-L (2003) 773ff.
- [101] Täschner K-L (2003) 799
- [102] Dettmeyer R, Madea B (2003) 1279ff.
- [103] Dettmeyer R, Madea B (2003) 1279ff.
- [104] Dettmeyer R, Madea B (2003) 1281
- [105] Dettmeyer R, Madea B (2003) 1281
- [106] Kröber H-L (2003) 309/310
- [107] Pietrusky F, Crinis M de (1938) III
- [108] Friedberg H (1881) VIII
- [109] Friedberg H (1881)
- [110] Friedberg H (1881) 79
- [111] Friedberg H (1881) 78/79
- [112] Hoche L, Hoche R (1906)
- [113] Hoche L, Hoche R (1906) XIII
- [114] Hoche L, Hoche R (1906) 981ff.
- [115] Hoche L, Hoche R (1906) 777ff.
- [116] Roth E, Leppmann A (1906)
- [117] Roth E, Leppmann A (1906) 256ff.
- [118] Bachmann W, Loeffelholz von Colberg E, Dalichau G, Schiwy P, Grüner H (1988)
- [119] Bachmann W, Loeffelholz von Colberg E, Dalichau G, Schiwy P, Grüner H (1988) Abschnitt J1.1 S.3/4
- [120] Bachmann W, Loeffelholz von Colberg E, Dalichau G, Schiwy P, Grüner H (1988) Abschnitt J1.2 S.5
- [121] Eisen G (Hrsg) (1973); Eisen G (Hrsg) (1974); Eisen G (Hrsg) (1977)
- [122] Keil W, Berzlanovich A, Madea B (2004) 687
- [123] Suttinger G (1977)
- [124] Husen J-H (1977) 578
- [125] Mauch G (1977) 596
- [126] Oefe K von (1998)
- [127] Oefe K von (1998) V
- [128] Oefe K von (1998) V
- [129] Oefe K von (1998) 89ff.
- [130] Oefe K von (1998) 92
- [131] Oefe K von (1998) 160ff.
- [132] Dettmeyer R, Madea B (2000)
- [133] Hoche L, Hoche R (1906) V
- [134] Dettmeyer R (2005) 383/384
- [135] Kiesecker R (1999)
- [136] Elsing C, Schlenker T, Stremmel W (2001)
- [137] Rothschild M A, Püschel K (2005) 136
- [138] Rothschild M A, Püschel K (2005) 136
- [139] Rothschild M A, Püschel K (2005) 136
- [140] Rothschild M A, Püschel K (2005) 136
- [141] Rothschild M A, Püschel K (2005) 136
- [142] Rothschild M A, Püschel K (2005) 136
- [143] Rothschild M A, Püschel K (2005) 136
- [144] vgl. die Angaben unter den Autorennamen im Literaturverzeichnis
- [145] Rothschild M A (2005)
- [146] Rothschild M A, Erdmann E, Parzeller M (2007)
- [147] Rothschild M A, Erdmann E, Parzeller M (2007) 2667
- [148] Rothschild M A, Erdmann E, Parzeller M (2007) 2667

- [149] Rothschild M A, Erdmann E, Parzeller M (2007) 2667/2668
- [150] Kiehn J (2007)
- [151] Naeve W, Becker B (1973)
- [152] Naeve W, Becker B (1973) 131
- [153] Naeve W, Becker B (1973) 131
- [154] Naeve W, Becker B (1973) 131
- [155] Naeve W, Becker B (1973) 131

TEIL IV

- [1] Naeve W, Becker B (1973) 130
- [2] Schlüssel-Nr. 054/98
- [3] Schlüssel-Nr. 057/99 bzw. 058/99
- [4] Schlüssel-Nr. 009/04
- [5] Naeve W, Becker B (1973) 132
- [6] Köhler (2006) IX
- [7] Köhler G (2006) IX/X
- [8] Schlüssel-Nr. 009/02
- [9] Schlüssel-Nr. 037/00
- [10] Schlüssel-Nr. 006/98
- [11] Schlüssel-Nr. 023/00
- [12] Schlüssel-Nr. 044/00
- [13] Schlüssel-Nr. 027/02
- [14] Schlüssel-Nr. 013/00
- [15] Schlüssel-Nr. 052/02
- [16] Schlüssel-Nr. 052/03
- [17] Schlüssel-Nr. 010/95
- [18] Schlüssel-Nr. 017/03
- [19] Schlüssel-Nr. 047/99
- [20] Schlüssel-Nr. 043/03
- [21] Naeve W, Becker B (1973) 139
- [22] Naeve W, Becker B (1973) 138
- [23] Schlüssel-Nr. 001/00
- [24] Schlüssel-Nr. 002/99
- [25] Schlüssel-Nr. 067/99
- [26] Schlüssel-Nr. 010/96
- [27] Naeve W, Becker B (1973) 136
- [28] Naeve W, Becker B (1973) 136
- [29] Schlüssel-Nr. 009/97
- [30] Schlüssel-Nr. 003/95
- [31] Schlüssel-Nr. 023/97
- [32] Naeve W, Becker B (1973) 138
- [33] Naeve W, Becker B (1973) 137
- [34] Naeve W, Becker B (1973) 137
- [35] Senat der Freien und Hansestadt Hamburg –
Organisationsamt (Hrsg) (1956)
- [36] Senat der Freien und Hansestadt Hamburg –
Organisationsamt (Hrsg) (1956) 191
- [37] dazu und zum Folgenden: Selbstauskunft Zentralkrankenhaus der Hamburger
Justizbehörde (Herr A. Edgar Cerioni)
- [38] Justizbehörde Hamburg (Hrsg) (2006) 40
- [39] Justizbehörde Hamburg (Hrsg) (2006) 40
- [40] Justizbehörde Hamburg (Hrsg) (2006) 39
- [41] Justizbehörde Hamburg (Hrsg) (2006) 39
- [42] Schlüssel-Nr. 006/02
- [43] Naeve W, Becker B (1973) 141

- [44] Schlüssel-Nr. 040/02
- [45] Schlüssel-Nr. 014/98
- [46] Schlüssel-Nr. 047/99
- [47] Schlüssel-Nr. 038/97
- [48] Schlüssel-Nr. 043/95
- [49] Naeve W, Becker B (1973) 139
- [50] Roths Schuh K E (1965); Wieland W (1975) 41ff.
- [51] Schlüssel-Nr. 012/04
- [52] Schlüssel-Nr. 073/95
- [53] Schlüssel-Nr. 011/95
- [54] Naeve W, Becker B (1973) 132f.
- [55] Naeve W, Becker B (1973) 133
- [56] Reuter F (1933) 80
- [57] Naeve W, Becker B (1973) 136
- [58] Naeve W, Becker B (1973) 133
- [59] Ferber L von (Hrsg) (1994)
- [60] Forschungsgruppe Primärmedizinische Versorgung (1998)
- [61] Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Hrsg) (2007)
- [62] Robert Koch Institut (Hrsg) (2006) 3; sowie allgemein: Statistisches Bundesamt (Hrsg) (1998)
- [63] Robert Koch Institut (Hrsg) (2006) 4
- [64] Robert Koch Institut (Hrsg) (2006) 9
- [65] Schaefer H, Blohmke M (1978) 64/65
- [66] Schaefer H, Blohmke M (1978) 183
- [67] Schaefer H, Blohmke M (1978) 183ff.
- [68] Hamm H (1980) 3
- [69] Hamm H (1980) 3
- [70] Schipperges H (1994) 7ff., 41ff.
- [71] Virchow R (Hrsg) (1901)
- [72] Schlüssel-Nr. 011/95
- [73] Schlüssel-Nr. 005/98
- [74] Naeve W, Becker B (1973) 136
- [75] Naeve W, Becker B (1973) 136
- [76] Schlüssel-Nr. 055/01
- [77] Schlüssel-Nr. 013/02
- [78] Schlüssel-Nr. 035/96
- [79] Schlüssel-Nr. 052/96
- [80] Schlüssel-Nr. 048/96
- [81] Schlüssel-Nr. 056/04
- [82] Schlüssel-Nr. 034/00
- [83] Schlüssel-Nr. 037/96
- [84] Schlüssel-Nr. 036/96
- [85] Schlüssel-Nr. 044/97
- [86] Schlüssel-Nr. 003/96
- [87] Malzahn P (1994) 213ff.; Novak P (1994) 207ff.;
Siegrist J (1977) 196ff.
- [88] Buchmann M, Karrer D, Meier R (1985) 12ff.
- [89] Wilker F-W (1994) 41/42
- [90] Buchmann M, Karrer D, Meier R (1985) 13
- [91] Buchmann M, Karrer D, Meier R (1985) 12
- [92] Weis K (1976) 253
- [93] Weis K (1976) 250ff.
- [94] Wohlgemut R (1976) 350
- [95] Riekenbrauck W (2005) 487
- [96] Riekenbrauck W (2005) 488
- [97] Riekenbrauck W (2005) 488
- [98] eigene Kenntnis aus der Arbeit als Arzt
im Strafvollzug des Landes NRW (H. Lach)

- [99] Schlüssel-Nr. 016/00
- [100] Schlüssel-Nr. 043/98
- [101] Statistisches Jahrbuch Hamburg 2006/2007 (2006) 238ff.
- [102] Statistisches Jahrbuch Hamburg 2006/2007 (2006) 238
- [103] Statistisches Jahrbuch Hamburg 2006/2007 (2006) 241
- [104] Statistisches Jahrbuch Hamburg 2006/2007 (2006) 241
- [105] Statistisches Jahrbuch Hamburg 2006/2007 (2006) 238
- [106] Justizbehörde Hamburg (Hrsg) (2005) 17
- [107] Statistisches Jahrbuch Hamburg 2006/2007 (2006) 244
- [108] Selbstauskunft Justizbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg
(Frau Martina Haase)
- [109] Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (Hrsg) (2008)
- [110] Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2008)
- [111] Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (Hrsg) (2008)

TEIL V

- [1] Jean Paul (1996) 14
- [2] Schubert E (2007)
- [3] Schubert E (2007) 37
- [4] Schubert E (2007) 37
- [5] Schubert E (2007) 37
- [6] Falk Verlag (2006) 147
- [7] Krieger M (2006) 102/103; Krause U, Wiese E (1997) 15
- [8] Koch S (2001) 128
- [9] Ranft F (1988) 66
- [10] Krause U, Wiese E (1997) 216; Schoenfeld (2000) 7ff.
- [11] Diercke Weltatlas (1974) 10/11
- [12] Hamburger Stadtteil-Profile 2006
- [13] Groenewold E, Ohl-Hinz G (1998); Krause U, Wiese E (1997) 156
- [14] Pressestelle des Senats der Freien und Hansestadt Hamburg (2005);
Freie und Hansestadt Hamburg Finanzbehörde (2006)
- [15] Hamburger Statistisches Jahrbuch 2000/2001 (2000) 139/140
- [16] Hamburger Stadtteil-Profile 2006 (2006) 16
- [17] Hamburger Statistisches Jahrbuch 2000/2001 (2000) 156
- [18] Hamburger Statistisches Jahrbuch 2000/2001 (2000) 156
- [19] Hamburger Statistisches Jahrbuch 2000/2001 (2000) 156
- [20] Hamburger Statistisches Jahrbuch 2000/2001 (2000) 138
- [21] Hamburger Statistisches Jahrbuch 2000/2001 (2000) 140
- [22] Hamburger Statistisches Jahrbuch 2000/2001 (2000) 139
- [23] Quellen zum folgenden Datenmaterial: vgl. Angaben zu den
Tabellen in den jeweiligen Abbildungen
- [24] Hamburger Stadtteil-Profile 2006 (2006) 19ff.
- [25] Hamburger Stadtteil-Profile 2006 (2006) 39/40
- [26] Aktuelle Daten und Informationen unter: Hamburg-Billstedt (Artikel aus Wiki-
pedia, der freien Enzyklopädie)
- [27] Statistisches Jahrbuch Hamburg 2006/2007 (2006) 233; aktuelle Daten und In-
formationen unter: Mümmelmannsberg (Artikel aus Wikipedia, der freien En-
zyklopädie)

TEIL VI

[1] erstellt unter Verwendung des Straßen- und Gebietsverzeichnisses der Freien und Hansestadt Hamburg; vgl: Statistisches Landesamt der Freien und Hansestadt Hamburg (Hrsg) (1997)

SONSTIGES

Die den einzelnen Teilen voran gestellten Mottos sind folgenden Publikationen entnommen:

| | |
|---------------------|----------------------------------|
| VORBEMERKUNG | Fischer-Homberger E (1983) 13 |
| EINLEITUNG | Naeve W, Becker B (1973) 131 |
| TEIL I | Eulner H-H (1970) 427 |
| TEIL II | Eulner H-H (1970) 427 |
| TEIL III | Henke A (1851) VIII |
| TEIL IV | Friedberg H (1881) I bzw. VI/VII |
| TEIL V | Skrentny W (Hrsg) (2001) 8 |

LITERATURANGABEN

Das Literaturverzeichnis versteht sich als eine Auswahl und nennt lediglich in dieser Arbeit zitierte oder bei der inhaltlichen Vorbereitung hinzugezogene Werke.

Arens D (1986) DuMont Kunst-Reiseführer Sauerland. Mit Siegerland und Wittgensteiner Land. Kultur und Landschaft im gebirgigen Süden Westfalens. 2. Aufl. DuMont, Köln

Altehenger B (1983) Die richterliche Entscheidung als Texttyp. In: Petöfi J S (Hrsg) (1983) Texte und Sachverhalt. Aspekte der Wort- und Textbedeutung. Buske, Hamburg

Altehenger B (1996) Forensische Texte: Aspekte einer Explikation der im forensischen Diskurs vorkommenden Texte und ihrer Verarbeitung am Beispiel des Zivilprozesses. Buske, Hamburg

Bachmann W, Loeffelholz von Colberg E, Dalichau G, Schiwy P, Grüner H (1988) Das Grüne Gehirn. Der Arzt des Öffentlichen Gesundheitswesens. Loseblattausgabe im Ordner. 8., aktualisierte u. erweit. Aufl. R. S. Schulz, Percha Kempfenhausen

Baxhenrich B (1979) Die Verhandlungsfähigkeit des Angeklagten. Dissertation, Westf. Wilhelms-Universität Münster

Berg S P (1966) Grundriß der Gerichtlichen Medizin. Mit Arztrecht und Versicherungsbegutachtung. 7., verb. Aufl. Rudolph Müller u. Steinicke, München

Berg S P (1976) Grundriß der Rechtsmedizin. 11. Neubearb. Aufl., unter Berücksichtigung des Gegenstandskatalogs für die ärztl. Prüfung. Rudolph Müller u. Steinicke, München

Blaschke S (2005) Verhandlungsfähigkeit von Rheumapatienten. In: Rechtsmedizin 2005 Bd. 15 H. 3: S. 151/152

Brinkmann B, Madea B (Hrsg) (2004) Handbuch gerichtliche Medizin Bd. 1. Springer, Berlin Heidelberg New York

Buchmann M, Karrer D, Meier R (1985) Der Umgang mit Gesundheit und Krankheit im Alltag. Paul Haupt, Bern Stuttgart

Bürgerliches Gesetzbuch. Textausgabe mit ausführl. Sachregister u. einer Einführung von Helmut Köhler. 58., überarb. Aufl. Deutscher Taschenbuchverlag, München (Beck-Texte)

Buselmeier M (1991) Literarische Führungen durch Heidelberg. Wunderhorn, Heidelberg

Creifelds C (2007) Rechtswörterbuch. 19., neu bearb. Aufl. hrsg. von Klaus Weber. C. H. Beck, München

Demuth H (1966) Aufgaben und Entwicklung der Organisation des Gerichtsärztlichen Dienstes der Gesundheitsbehörde Hamburg. Schriftliche Arbeit aus dem 24. Staatsmedizinischen Lehrgang der (damaligen) Akademie für Staatsmedizin in Hamburg. 52-seitiges unveröffentlichtes Typoskript

Dettling J, Schönberg S, Schwarz F (1951) Lehrbuch der Gerichtlichen Medizin. Karger, Basel

Dettmeyer R (2005) Prüfungsmodalitäten der Gewahrsamstauglichkeit. In: Arzneimittel-, Therapie-Kritik 2005 / Folge 4. Hans Marseille Verlag, München: S. 383/384

Dettmeyer R, Madea B (2000) Verhandlungsfähigkeit - medizinische Begutachtung und strafprozessuale Bedeutung. In: Rothschild M A (Hrsg) (2000) Das neue Jahrtausend: Herausforderungen an die Rechtsmedizin. Festschrift für Volkmar Schneider. Schmidt-Röhmhild, Lübeck: S. 61-71

- Dettmeyer R, Madea B (2003) Sachverständigenrecht, Begutachtungsfragen, Versicherungsmedizin. In: Madea B, Brinkmann B (Hrsg) (2003) Handbuch gerichtliche Medizin Bd. 2. Springer, Berlin Heidelberg New York: S. 1271- 1317
- Diercke Weltatlas (1974) Bearbeitung und Kartographie von Ferdinand Mayer. 6. Aufl. der Neubearbeitung von 1975 (190. Aufl.). Georg Westermann, Braunschweig
- Dietz G, Dürwald W (1976) Gerichtliche Medizin. Ein Lehrbuch für Studenten. J. A. Barth, Leipzig
- Dörfler H, Eisenmenger W, Lippert H D (Hrsg) (2000) Das medizinische Gutachten. Loseblattsammlung. Springer, Berlin
- Dubben H-H, Beck-Bornholdt H-P (2006) Mit an Wahrscheinlichkeit grenzender Sicherheit. Logisches Denken und Zufall. 3. Aufl. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek b. Hamburg
- Ebel F, Thielmann G (1989) Rechtsgeschichte: Ein Lehrbuch. Bd. 1 Antike und Mittelalter. C. F. Müller Juristischer Verlag, Heidelberg
- Ehlers A (Hrsg) (2000) Praxis des medizinischen Gutachtens im Prozess. 2. Aufl. Beck, München
- Eisen G (Hrsg) (1973) Handwörterbuch der Rechtsmedizin für Sachverständige und Juristen. Bd. I Die Tat und ihr Nachweis. Ferdinand Enke, Stuttgart
- Eisen G (Hrsg) (1974) Handwörterbuch der Rechtsmedizin für Sachverständige und Juristen. Bd. II Der Täter, Persönlichkeit und Verhalten. Ferdinand Enke, Stuttgart
- Eisen G (Hrsg) (1977) Handwörterbuch der Rechtsmedizin für Sachverständige und Juristen. Bd. III Der Täter, sein sozialer Bezug, seine Begutachtung und Behandlung. Ferdinand Enke, Stuttgart
- Elsing C, Schlenker T, Stremmel W (2001) Haft- und Gewahrsamsfähigkeit aus internistischer Sicht. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 2001 Nr. 126: S. 1118-1121
- Eulner H-H (1970) Die Entwicklung der medizinischen Spezialfächer an den Universitäten des deutschen Sprachgebietes. Ferdinand Enke, Stuttgart
- Evans R J (1996) Tod in Hamburg. Stadt, Gesellschaft und Politik in den Cholera-Jahren 1830-1910. Rowohlt, Reinbek b. Hamburg
- Evans R J (2001) Rituale der Vergeltung. Die Todesstrafe in der deutschen Geschichte 1532-1987. Kindler und Hamburger Edition, Berlin
- Falk Verlag (2006) Hamburg. Stadtplan mit Informationsverzeichnis. 89. Auflage. Falk Verlag, Ostfildern
- Felder E (2003) Juristische Textarbeit im Spiegel der Öffentlichkeit. de Gruyter, Berlin
- Ferber L von (Hrsg) (1994) Häufigkeit und Verteilung von Erkrankungen und ihre ärztliche Behandlung: Epidemiologische Grundlagen eines Qualitätsmonitoring. ISAB-Berichte Nr. 34, Leipzig
- Fischer-Homberger E (1983) Medizin vor Gericht. Gerichtsmedizin von der Renaissance bis zur Aufklärung. Hans Huber, Bern Stuttgart Wien
- Flügge M (Hrsg) (1998) Das Zille-Album. Fackelträger, Hannover
- Forschungsgruppe Primärmedizinische Versorgung (1998) Fünfprozent-Stichprobe der Allgemeinen Ortskrankenkasse Dortmund. Forschungsgruppe in der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters an der Universität zu Köln

- Forster B (Hrsg) (1986) Praxis der Rechtsmedizin für Mediziner und Juristen. Thieme, Stuttgart New York
- Forster B, Ropohl D (1989) Rechtsmedizin. 5., durchgesehene Aufl. Enke, Stuttgart
- Foucault M (1994) Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses. Aus dem Franz. übers. von Walter Seitter. Suhrkamp, Frankfurt/Main
- Fredenhagen H (1994) Das ärztliche Gutachten. Huber, Bern
- Freie und Hansestadt Hamburg Finanzbehörde (2006) Information zur Gebietsreform der Freien und Hansestadt Hamburg zum 01. März 2008
- Friedberg H (1881) Gerichtsärztliche Praxis. Vierzig gerichtsärztliche Gutachten erstattet von Dr. Hermann Friedberg. Urban u. Schwarzenberg, Wien Leipzig
- Fritze E (1989) Einleitung zu: Fritze E (Hrsg) (1989) Die ärztliche Begutachtung. Rechtsfragen, Funktionsprüfungen, Beurteilungen, Beispiele. 3., vollst. neu bearb. u. erweiterte Aufl. Steinkopff, Darmstadt: S. 1-17
- Gaus W, Hingst V, Mattern R, Reinhardt G, Seidel H J, Sonntag H-G (1999) Ökologisches Stoffgebiet (Duale Reihe). 3., komplett aktual. Aufl. Hippokrates Verlag im Georg Thieme Verlag, Stuttgart
- Gesundheitsamt, Artikel aus Wikipedia, der freien Enzyklopädie (veröffentlicht unter <http://de.wikipedia.org/wiki/Gesundheitsamt>)
- Gigerenzer G (2007) Das Einmaleins der Skepsis. Über den richtigen Umgang mit Zahlen und Risiken. Aus dem Amerikanischen von Michael Zillgitt. 3. Aufl. Berliner Taschenbuch Verlag, Berlin
- Groenewold E, Ohl-Hinz G (1998) St. Pauli, Karoiviertel, Schanzenviertel. In: Kulturbehörde der freien und Hansestadt Hamburg (Hrsg) (1998) Kiek mol: Neue und bewährte Stadtteilrundgänge; erarb. u. aufgeschrieben von Hamburger Geschichtswerkstätten. Verantwortl. Redakteur Jens Michelsen. Dölling und Gallitz, Hamburg: S.377-385
- Gundlach R (1984) Die Vernehmung des Beschuldigten im Ermittlungsverfahren. Lang, Frankfurt / Main
- Hafenkrankenhaus Hamburg (Hrsg) (1975) Das Hafenkrankenhaus Hamburg von 1900 bis 1975. Festschrift im Eigendruck, Hamburg
- Haft F (1990) Juristische Rhetorik. 4. Aufl. Alber, Freiburg
- Hamburg, Artikel aus Wikipedia, der freien Enzyklopädie (veröffentlicht unter <http://de.wikipedia.org/wiki/Hamburg>)
- Hamburg-Billstedt, Artikel aus Wikipedia, der freien Enzyklopädie (veröffentlicht unter <http://de.wikipedia.org/wiki/Hamburg-Billstedt>)
- Hamburger Stadtteil-Profile 2006 und Umland-Profile. Hrsg. und vertrieben vom Statistischen Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein. Bd. 1 der Reihe „NORD.regional“ Dezember 2006. Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, Hamburg
- Hamburger Statistisches Jahrbuch 2000/2001. Zeitreihen und Regionalvergleiche. Hrsg. und vertrieben vom Statistischen Landesamt der Freien und Hansestadt Hamburg. Dezember 2000. Statistisches Landesamt der Freien und Hansestadt Hamburg (inzwischen: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein), Hamburg
- siehe auch: Statistisches Jahrbuch Hamburg

Hamburgisches Gesetzes- und Verordnungsblatt (HmbGVBl) 2001, S. 201ff.: Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Hamburg (Hamburgisches Gesundheitsdienstgesetz – HmbGDG) vom 18. Juli 2001

Hamm H (1980) Zur Begriffsbestimmung der Allgemeinmedizin. In: Hamm H (Hrsg) (1980) Allgemeinmedizin. Familienmedizin. Lehrbuch und praktische Handlungsanweisung für den Hausarzt. Thieme, Stuttgart New York: S. 2-5

Hamm H (Hrsg) (1980) Allgemeinmedizin. Familienmedizin. Lehrbuch und praktische Handlungsanweisung für den Hausarzt. Thieme, Stuttgart New York

Hansen W (1991) Das medizinische Gutachten. Eine kurzgefasste Einführung. Schattauer, Stuttgart

Hattenhauer H (1992) Europäische Rechtsgeschichte. C. F. Müller Juristischer Verlag, Heidelberg

Heide S, Stiller D, Kleiber M (2003) Problematik der Gewahrsamstauglichkeit. In: Deutsches Ärzteblatt 2003 Nr. 100: S. 627-630

Henke A (1851) Lehrbuch der Gerichtlichen Medicin. Zum Behufe akademischer Vorlesungen und zum Gebrauche für gerichtliche Ärzte und Rechtsgelehrte entworfen. 12. Aufl. mit Nachträgen von Carl Bergmann. Ferd. Dümmler, Berlin

Herber F (2000) Sezierte Wahrheit. Aus den Annalen des Gerichtsmediziners Richard Kockel. Militzke, Leipzig

Herber F (2002) Gerichtsmedizin unterm Hakenkreuz. Militzke, Leipzig

Hildebrand E (1976) Kriminalisten und Gerichtsmediziner in Hamburg. Einst und jetzt. In: kriminalist H. 8 1976: S. 397-406

Hildebrand E, Hitzer K, Püschel K (2001) Simulation und Selbstbeschädigung. – Unter besonderer Berücksichtigung des Versicherungsbetrugs. Verlag Versicherungswirtschaft, Karlsruhe

Hierholzer G (1987) Ausgewählte gutachtenrelevante Begriffe aus ärztlicher und juristischer Sicht. Springer, Berlin

Hoche L, Hoche R (1906) Aerztliches Rechtsbuch. Lüdeking, Hamburg

Hoffmann K (2005) Verhandlungsfähigkeit bei geistig behinderten Menschen. In: Rechtsmedizin 2005 Bd. 15 H. 3: S. 148-150

Hofmann E von (1887) Lehrbuch der Gerichtlichen Medicin. Mit gleichmäßiger Berücksichtigung der deutschen und Österreichischen Gesetzgebung. 4. vermehrte u. verbesserte Aufl. Urban u. Schwarzenberg, Wien und Leipzig

Hofmann J (1860) Die gerichtsärztliche Sprache. Ein Versuch die in gerichtsärztlicher Wissenschaft und Praxis vorkommenden Begriffe festzustellen. Für Aerzte und Juristen. Literarisch-artistische Anstalt der Cotta'schen Buchhandlung, München

Hunger H, Dürwald W, Tröger H D (Hrsg) (1993) Lexikon der Rechtmedizin. J. A. Barth, Leipzig Berlin Heidelberg

Husen J-H (1977) Ärztlicher Dienst im Justizvollzug. In: Eisen G (Hrsg) (1977) Handwörterbuch der Rechtsmedizin für Sachverständige und Juristen. Bd. III Der Täter, sein sozialer Bezug, seine Begutachtung und Behandlung. Ferdinand Enke, Stuttgart: S. 574-592

Institut für gerichtliche Medizin der Universität Hamburg (Hrsg) (1969) Professor Dr. med. Erich Fritz. Ordinarius in Hamburg 1942-1968. Eigenverlag, Hamburg

- Institut für Rechtsmedizin der Universität Hamburg (Hrsg) (1989) Rechtsmedizin in Hamburg. Festschrift zum 65. Geburtstag von Prof. Dr. med. Werner Janssen. Medi-a-derm, Hamburg
- Jaeckel G (2006) Die Charité. Die Geschichte eines Weltzentrums der Medizin von 1710 bis zur Gegenwart. Mit einem Beitrag von Günter Grau. 7. Aufl. Ullstein, Berlin
- Jean Paul (1996) Die unsichtbare Loge. In: Sämtliche Werke. Hrsg. von Norbert Miller, Nachwort von Walter Höllerer. Abteilung I, Band I. Zweitausendeins, Frankfurt/Main
- Jessnitzer K (1992) Der gerichtliche Sachverständige. 10. Aufl. Heymanns, Köln
- Jordan W, Rütger E (2005) Verhandlungsfähigkeit bei Schlafstörungen. In: Rechtsmedizin 2005 Bd. 15 H. 3: S. 156-160
- Justizbehörde Hamburg (Hrsg) (2005) Hamburg - Metropole des Rechts. Schlaglichter 2004. Redaktion Ingo Wolfram. Eigendruck JVA Fuhlsbüttel, Hamburg
- Justizbehörde Hamburg (Hrsg) (2006) So viel ist sicher. Hamburg - Strafvollzug 2001-2006. Redaktion Carsten Grote. 2. Aufl. April 2006. Eigendruck JVA Fuhlsbüttel, Hamburg
- Kant I (1985) Kritik der praktischen Vernunft. Herausgegeben von Karl Vorländer. Ergänzter Nachdruck der 9. Aufl. von 1929. Felix Meiner, Hamburg
- Keil W, Berzlanovich A, Madea B (2004) Die Lehrbücher für Gerichtliche Medizin des deutschen Sprachraumes. In: Madea B, Bratzke H, Pollak S, Püschel K, Rothschild M (Hrsg) (2004) 100 Jahre Deutsche Gesellschaft für Gerichtliche Medizin / Rechtsmedizin. Vom Gründungsbeschluss 1904 zur Rechtsmedizin des 21. Jahrhunderts. Eigenverlag Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin: S. 673-692
- Kiehn J (2007) Ärztliches Attest zur Vorlage bei Gericht. In: Hamburgisches Ärzteblatt Nr. 2/07: S. 86
- Kiesecker R (1999) Arzt und Gewahrsams- / Haftfähigkeit. In: Medizinische Rundschau 1999 H. 2: S. 51-57
- Köbler G (1997) Lexikon der europäischen Rechtsgeschichte. C. H. Beck, München
- Koch S (2001) Altona. Barlach am Giebel und eine Badeanstalt für Künstler. In: Skrentny W (Hrsg) (2001) Zu Fuß durch Hamburg. 20 Stadtteilrundgänge durch Geschichte und Gegenwart. Aktualisierte Neuausgabe. Verlag Die Hanse, Hamburg: S. 127-136
- Köhler H (2006) Einführung zum Bürgerlichen Gesetzbuch. In: Bürgerliches Gesetzbuch. Textausgabe mit ausführl. Sachregister u. einer Einführung von Helmut Köhler. 58., überarb. Aufl. Deutscher Taschenbuchverlag, München (Beck-Texte)
- Kootz W, Sauer W, Knopf W (1991) Heidelberg am Neckar. 14. Aufl. E. v. König, Heidelberg
- Kluge F (1989) Etymologisches Wörterbuch der deutschen Sprache. 22. unter Mithilfe von Max Bürgisser u. Bernd Gregor völlig neu von Elmar Seebold bearb. Aufl. Walter de Gruyter, Berlin New York
- Kratter J (1919) Gerichtsärztliche Praxis. Lehrbuch der gerichtlichen Medizin II. Band. Enke, Stuttgart
- Kratter J (1921) Lehrbuch der Gerichtlichen Medizin. Mit Zugrundelegung der Deutschen und Österreichischen Gesetzgebung und ihrer Neuordnung. I. Band. Theoretischer Teil. 2., wesentl. erweiterte Aufl. Enke, Stuttgart
- Krause U, Wiese E (1997) Hamburg. DuMont Reise-Taschenbuch. 5., aktualisierte Aufl. DuMont, Köln
- Kreßin A (1959) Die Entstehung der Hamburger Krankenanstalten. Mit zahlreichen Literaturhinweisen. Typoskript im Selbstverlag, Hamburg

Krieger M (2006) Geschichte Hamburgs. C. H. Beck, München

Krüber H-L (2003) Forensische Psychopathologie. In: Madea B (Hrsg) (2003) Praxis Rechtsmedizin. Befunderhebung, Rekonstruktion, Begutachtung. Springer, Berlin Heidelberg New York: S. 303-328

Kulturbehörde der freien und Hansestadt Hamburg (Hrsg) (1998) Kiek mol: Neue und bewährte Stadtteilrundgänge; erarb. u. aufgeschrieben von Hamburger Geschichtswerkstätten. Verantwortl. Redakteur Jens Michelsen. Dölling und Gallitz, Hamburg

Labisch A, Tennstedt F (1985) Der Weg zum „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitssens“ vom 3. Juli 1934. Entwicklungslinien und -momente des staatlichen und kommunalen Gesundheitswesens in Deutschland. Schriftenreihe der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf Bd. 13, I.2, Düsseldorf

Labisch A (1992) Homo Hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit. Campus, Frankfurt/Main New York

Lach H, Püschel K, Schmiedebach H-P (2004) Medizinhistorische Miszellaneen - Zur Entwicklung der Rechtsmedizin in Hamburg. In: Püschel K, Lach H (Hrsg) (2004) Rechtsmedizin. Morphologie. Spurensuche. Festschrift zum 80. Geburtstag von em. Professor Dr. med. Werner Janssen. Eigenverlag Institut für Rechtsmedizin Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf: S. 51-121

Lange B (2005) Verhandlungsfähigkeit postoperativer Patienten. In: Rechtsmedizin 2005 Bd. 15 H. 3: S. 141/142

Laufs A (1993) Arztrecht. 5. Aufl. Beck, München

Laufs A, Uhlenbruch W (1992) Handbuch des Arztrechts. 2. Aufl. Beck, München

Liman C (1889) Johann Ludwig Casper's Handbuch der Gerichtlichen Medizin. Neu bearbeitet und vermehrt von Dr. Carl Liman. 8. Aufl. 1. Bd. Biologischer Theil. August Hirschwald Berlin

Lorenz M (1999) Kriminelle Körper - Gestörte Gemüter. Die Normierung des Individuums in Gerichtsmedizin und Psychiatrie der Aufklärung. Hamburger Edition, Hamburg

Ludwig H-C (2005) Die Verhandlungsfähigkeit neurochirurgischer Patienten. In: Rechtsmedizin 2005 Bd. 15 H. 3: S. 138-140

Madea B (Hrsg) (2003) Praxis Rechtsmedizin. Befunderhebung, Rekonstruktion, Begutachtung. Springer, Berlin Heidelberg New York

Madea B, Brinkmann B (Hrsg) (2003) Handbuch gerichtliche Medizin 2. Springer, Berlin Heidelberg New York

Madea B, Bratzke H, Pollak S, Püschel K, Rothschild M (Hrsg) (2004) 100 Jahre Deutsche Gesellschaft für Gerichtliche Medizin / Rechtsmedizin. Vom Gründungsbeschluss 1904 zur Rechtsmedizin des 21. Jahrhunderts. Eigenverlag Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin

Malzahn P (1994) In: Wilker F-W, Bischoff C, Novak P (1994) Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie. Urban und Schwarzenberg, München Wien Baltimore: S. 213-217

Marx H H (1987) Die Begutachtung als ärztliche Aufgabe. In: Marx H H (Hrsg) (1987) Medizinische Begutachtung. Grundlagen und Praxis. 5., neu bearb. u. erweiterte Aufl. Georg Thieme, Stuttgart New York: S. 1-7

Marx H H (Hrsg) (1987) Medizinische Begutachtung. Grundlagen und Praxis. 5., neu bearb. u. erweiterte Aufl. Georg Thieme, Stuttgart New York

- Marx H H, Franke M (1997) Medizinische Begutachtung innerer Krankheiten: Grundlagen und Praxis. Thieme, Stuttgart
- Mauch G (1977) Haftfähigkeit. In: Eisen G (Hrsg) (1977) Handwörterbuch der Rechtsmedizin für Sachverständige und Juristen. Bd. III Der Täter, sein sozialer Bezug, seine Begutachtung und Behandlung. Ferdinand Enke, Stuttgart: S. 592-596
- Meder S (2005) Rechtsgeschichte. Eine Einführung. 2. völlig überarb. u. erweiterte Aufl. Böhlau, Köln Weimar Wien
- Mende L J C (1819) Ausführliches Handbuch der gerichtlichen Medizin fuer Gesetzgeber, Rechtsgelehrte, Aerzte und Wundaerzte. Erster Theil. Kurze Geschichte der gerichtlichen Medizin, und ihres formellen Theils erster Abschnitt. Dyk'sche Buchhandlung, Leipzig (Reprint der Originalausgabe mit einem Nachwort von Wolfgang Dürwald; Zentralantiquariat der Deutschen Demokratischen Republik, Leipzig 1984)
- Metzger J D (1787) Handbuch der Staatsarzeneykunde, enthaltend die medicinische Policey und gerichtliche Arzeneywissenschaft. Frommann, Züllichau
- Meyer H, Wolf K (1990) Kriminalistisches Lehrbuch der Polizei. Arbeitsbuch für die Schutz- und Kriminalpolizei. 3., überarb. u. aktualisierte Aufl. Verlag Deutscher Polizeiliteratur, Hilden
- Michler M, Benedum J (1972) Einführung in die Medizinische Fachsprache. Springer, Berlin
- Mueller B (1953) Gerichtliche Medizin. Springer, Berlin Göttingen Heidelberg
- Mueller B (1975) Gerichtliche Medizin. 2., neubearb. u. erweiterte Aufl. (2 Bände) Teil 1: Tod und Sterben; Leichenuntersuchung; Spurenuntersuchung; Identifizierung; Todesursachen; Verkehrsmedizin. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Mueller B, Walcher K (1938) Gerichtliche und soziale Medizin einschließlich des Ärzterechts. Ein Lehrbuch für Studenten und Ärzte. J. F. Lehmanns, München Berlin
- Müller R A (1990) Geschichte der Universität. Von der mittelalterlichen Universitas zur deutschen Hochschule. Georg D. W. Callwey, München
- Mümmelmannsberg, Artikel aus Wikipedia, der freien Enzyklopädie (veröffentlicht unter <http://de.wikipedia.org/wiki/Mümmelmannsberg>)
- Naeve W, Becker B (1973) Zur gerichtsärztlichen Beurteilung der Haft-, Verhandlungs- und Arbeitsfähigkeit, Archiv für Kriminologie Bd. 151, H. 5 u. 6: S.129-143
- Naeve W, Schulte D (1973) Gerichtsmedizinische Sektionen in Hamburg in den Jahren 1933 - 1945. In: Hamburger Ärzteblatt 27. Jg. H. 5 für den Monat Mai (vorliegend als vierseitiger Sonderdruck)
- Naeve W (1976) Das ehemalige Krankenhaus der Hamburger Polizeibehörde und seine Bedeutung für die Gerichtliche Medizin. In: kriminalist H. 2 1976: S. 96-99
- Naeve W (1982) Legalsektion und forensische Chemie in Hamburg in der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts. Ein gerichtsärztlicher Beitrag zur Entwicklung der forensischen Chemie. Neunseitiges Typoskript, Archiv des Hamburger Institutes für Rechtsmedizin (ohne Signatur)
- Niehaus M (2003) Das Verhör: Geschichte, Theorie, Fiktion. Fink, München
- Novak P (1994) Krankheitsverhalten. In: Wilker F-W, Bischoff C, Novak P (1994) Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie. Urban und Schwarzenberg, München Wien Baltimore: S. 207-217

- Oefele K von (1998) Forensische Psychiatrie. Leitfaden für die klinische und gutachterliche Praxis. Schattauer, Stuttgart New York
- Ohm A (1964) Persönlichkeitswandlung unter Freiheitsentzug: Auswirkungen von Strafen und Maßnahmen. de Gruyter, Berlin
- Patscheider H, Hartmann H (1981) Leitfaden der Gerichtsmedizin. Hans Huber, Bern Stuttgart Wien
- Penning R (2006) Rechtsmedizin systematisch. 2. Aufl. Uni-Med, Bremen
- Pfeiffer G (2005) Strafprozessordnung. Kommentar. 5., neu bearb. Aufl. C. H. Beck, München
- Pietrusky F, Crinis M de (1938) Gerichtliche Medizin. Gerichtliche Psychiatrie. (= Handbücher für den Öffentlichen Gesundheitsdienst. Band 15) Carl Heymann, Berlin
- Ponsold A (1950) Lehrbuch der Gerichtlichen Medizin einschließlich der ärztlichen Rechtskunde, ärztlichen Standeskunde sowie der Versicherungsmedizin. Georg Thieme, Stuttgart
- Pressestelle des Senats der Freien und Hansestadt Hamburg (2005) Räumliche Gliederung der Stadt erhält neue Grundlage. Pressemitteilung über die Senatssitzung vom 06. Dezember 2005
- Prokop O (1966) Forensische Medizin. 2., verb. Aufl. des Lehrbuchs der gerichtlichen Medizin. Volk und Gesundheit, Berlin (Ost)
- Puppe G (1908) Atlas und Grundriss der Gerichtlichen Medizin. Unter Benutzung von E. v. Hofmann's Atlas der gerichtlichen Medizin hrsg. von Dr. Georg Puppe. II. Teil. J. F. Lehmann, München
- Püschel K, Lach H, Pollak S (2004) Die offiziellen Publikationsorgane der „Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin“ und ihre Vorgänger beziehungsweise Nachfolger. In: Madea B et al. (Hrsg) (2004) 100 Jahre Deutsche Gesellschaft für Gerichtliche Medizin / Rechtsmedizin. Vom Gründungsbeschluss 1904 zur Rechtsmedizin des 21. Jahrhunderts. Eigenverlag Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin: S.654-672
- Püschel K, Lach H (Hrsg) (2004) Rechtsmedizin. Morphologie. Spurensuche. Festschrift zum 80. Geburtstag von em. Professor Dr. med. Werner Janssen. Eigenverlag Institut für Rechtsmedizin Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
- Ranft F (1988) Zu Wasser durch die große Stadt. In: Merian – das Monatsheft der Städte und Landschaften. Ausgabe Oktober 1988: Hamburg. Hoffmann und Campe, Hamburg: S. 66-69
- Reinhardt G, Mattern R (1999) Rechtsmedizin. In: Gaus W, Hingst V, Mattern R, Reinhardt G, Seidel H J, Sonntag H-G (1999) Ökologisches Stoffgebiet (Duale Reihe). 3., komplett aktual. Aufl. Hippokrates Verlag im Georg Thieme Verlag, Stuttgart: S.307-478
- Rieger C (1912) Ärztliche Gutachten im Strafrecht und Versicherungswesen. C. Kabitzsch, Würzburg
- Reimann W, Prokop O, Geserick G (1990) Vademecum Gerichtsmedizin. Für Mediziner, Kriminalisten und Juristen. Thanatologie, Traumatologie, Forensische Serogenetik, Spurenkunde, Toxikologie und Rechtsfragen. 5., überarb. Aufl. Verlag Gesundheit, Berlin
- Reuter F (1933) Lehrbuch der gerichtlichen Medizin. Mit gleichmäßiger Berücksichtigung der deutschen und österreichischen Gesetzgebung und des gemeinsamen Entwurfes 1927. Urban u. Schwarzenberg, Berlin Wien
- Riekenbrauck W (2005) Gesundheitsfürsorge. Kommentar zum Strafvollzugsgesetz (Siebter Teil). In: Schwind H-D, Böhm A, Jehle J-M (Hrsg) (2005) Strafvollzugsgesetz. Kommentar. 4., neu bearb. Aufl. de Gruyter, Berlin: S. 473-526

- Robert Koch Institut (Hrsg) (2006) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichtserstattung des Bundes. Zusammenfassung. Robert Koch Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt. Eigendruck, Berlin
- Rodegra H (1979) Das Gesundheitswesen der Stadt Hamburg im 19. Jahrhundert. Unter Berücksichtigung der Medizinalgesetzgebung (1586-1818-1900). Franz Steiner, Wiesbaden (= Sudhoffs Archiv Beiheft 21)
- Roth E, Leppmann A (1906) Schlockow: Der Kreisarzt (Neue Folge von: Der preußische Physikus). 6. vermehrt. Aufl. Band II: Gerichtliche Medizin und Gerichtliche Psychiatrie. Richard Schoetz, Berlin
- Rothmaler C (2002) „...den subjektiven Faktor in den Gutachten mindern.“ Gerichtsärztlicher Dienst und Kastration 1928-1945 in Hamburg; in: Trojan A und Döhner H (Hrsg.) (2002) Gesellschaft, Gesundheit, Medizin. Erkundungen, Analysen und Ergebnisse. Mabuse, Frankfurt a. M.: S. 336-351
- Rothschild M A (Hrsg) (2000) Das neue Jahrtausend: Herausforderungen an die Rechtsmedizin. Festschrift für Volkmar Schneider. Schmidt-Röhmhild, Lübeck
- Rothschild M A (2005) Gewahrsamstauglichkeit, Vernehmungsfähigkeit, Verhandlungsfähigkeit. In: Rechtsmedizin 2005 Bd. 15 H. 3: S. 177-187
- Rothschild M A, Püschel K (2005) Verhandlungsfähigkeit und Termsfähigkeit. Vernehmungsfähigkeit und Gewahrsamstauglichkeit. Editorial. In: Rechtsmedizin 2005 Bd. 15 H. 3: S. 136/137
- Rothschild M A, Erdmann E, Parzeller M (2007) Der Patient vor Gericht: Verhandlungs- und Vernehmungsfähigkeit. In: Deutsches Ärzteblatt 2007 H. 44: S. 2667-2671
- Rothschuh K E (1965) Prinzipien der Medizin. Urban und Schwarzenberg, München Berlin Wien
- Roxin C (2000) Einführung zur Strafprozessordnung. In: Strafprozessordnung. Textausgabe mit ausführl. Sachregister u. einer Einführung von Claus Roxin. 31., neu bearb. Aufl. Deutscher Taschenbuchverlag, München (Beck-Texte)
- Sander G G (2004) Deutsche Rechtssprache. Ein Arbeitsbuch. Francke, Tübingen
- Schaefer H, Blohmke M (1978) Sozialmedizin. Einführung in die Ergebnisse und Probleme der Medizin-Soziologie und Sozialmedizin. 2., überarb. u. erweiterte Aufl. Thieme, Stuttgart
- Schell W (1995) Das deutsche Gesundheitswesen von A - Z. Ein Nachschlagewerk für die Angehörigen der Gesundheitsberufe und interessierte Laien. Georg Thieme, Stuttgart New York
- Scheu W (1983) In Haft: Zum Verhalten deutscher Strafgefangener. Deutscher Taschenbuchverlag, München
- Schewe G, Reinhardt G (1992) Forensische Psychopathologie. In: Schwerd W (Hrsg) (1992) Rechtsmedizin. Lehrbuch für Mediziner und Juristen. 5. neu bearb. Aufl. Deutscher Ärzte Verlag, Köln: S. 210-260
- Schild W (2003) Die Geschichte der Gerichtsbarkeit. Vom Gottesurteil bis zum Beginn der modernen Rechtsprechung. Lizenzausgabe. Nikol, Hamburg
- Schipperges H (1994) Rudolf Virchow. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg
- Schiwy-Bochat K-H (2004) Institut für Rechtsmedizin an der RWTH Aachen. In: Madea B, Bratzke H, Pollak S, Püschel K, Rothschild M (Hrsg) (2004) 100 Jahre Deutsche Gesellschaft für Gerichtliche Medizin / Rechtsmedizin. Vom Gründungsbeschluss 1904 zur Rechtsmedizin des 21. Jahrhunderts. Eigenverlag Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin: S. 131-139
- Schoeneld H (2000) Der Friedhof Ohlsdorf: Gräber, Geschichte, Gedenkstätten. Christians, Hamburg

- Schottelius J G (1991) Der schreckliche Sprachkrieg. Horrendum bellum grammaticale Teutonum antiquissimorum. Hrsg. von Friedrich Kittler u. Stefan Rieger. Reclam, Leipzig
- Schürmayer J H (1848) Handbuch der medicinischen Policei. Nach den Grundsätzen des Rechtsstaates. Zu academischen Vorlesungen und zum Selbstunterrichte für Aerzte und Juristen. Enke, Erlangen
- Schubert E (2007) Räuber, Henker, arme Sünder. Verbrechen und Strafe im Mittelalter. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt
- Schwerd W (1969) Begründung zur Änderung der Fachbezeichnung „Gerichtliche Medizin“ in „Rechtsmedizin“. In: Deutsche Zeitschrift f. d. gesamte gerichtliche Medizin Nr. 65: S. 61-64
- Schwerd W (Hrsg) (1992) Rechtsmedizin. Lehrbuch für Mediziner und Juristen. 5. neu bearb. Aufl. Deutscher Ärzte Verlag, Köln
- Schwind H-D, Blau G (Hrsg) (1976) Strafvollzug in der Praxis. Eine Einführung in die Probleme und Realitäten des Strafvollzuges und der Entlassenenhilfe. de Gruyter, Berlin New York
- Schwind H-D, Böhm A, Jehle J-M (Hrsg) (2005) Strafvollzugsgesetz. Kommentar. 4., neu bearb. Aufl. de Gruyter, Berlin
- Senat der Freien und Hansestadt Hamburg – Organisationsamt (Hrsg) (1956) Handbuch der Freien und Hansestadt Hamburg 1956. Dumrath und Fassnacht, Hamburg
- Seibicke W (1959) Fachsprache und Gemeinsprache. Muttersprache. Zeitschrift zur Pflege und Erforschung der deutschen Sprache, H. 69: S. 70-84
- Shorter E (1999) Geschichte der Psychiatrie. Alexander Fest Verlag, Berlin
- Siegrist J (1977) Lehrbuch der medizinischen Soziologie. 3., überarb. u. erweiterte Aufl. Urban und Schwarzenberg, München Wien Baltimore
- Skalley E (1818) Ueber die gesetzliche Zurechnung des Erfolgs eines Heilverfahrens. Mit Bezug auf die Criminalgeschichte des in der Irrenanstalt der Charité zu Berlin gebräuchlichen Sackes. Dümmler, Berlin
- Skrentny W (Hrsg) (2001) Zu Fuß durch Hamburg. 20 Stadtteilrundgänge durch Geschichte und Gegenwart. Aktualisierte Neuausgabe. Verlag Die Hanse, Hamburg
- Sonntag H-G, Hingst V (1999) Hygiene. In: Gaus W, Hingst V, Mattern R, Reinhardt G, Seidel H J, Sonntag H-G (1999) Ökologisches Stoffgebiet (Duale Reihe). 3., komplett aktual. Aufl. Hippokrates Verlag im Georg Thieme Verlag, Stuttgart: S. 479-611
- Sournia J-C, Manuila A (1986) Geschichte der medizinischen Fachsprache. In: Sournia J-C, Poulet J, Martiny M (Hrsg) (1986) Illustrierte Geschichte der Medizin. Bd. 6: S. 3015-3030
- Sournia J-C, Poulet J, Martiny M (Hrsg) (1986) Illustrierte Geschichte der Medizin. Deut. Bearbeitung unter der fachl. Beratung des Instituts für Theorie u. Geschichte der Medizin a. d. Universität Münster, hrsg. von Richard Toellner. Fachwissenschaftliche Beratung: Tsouyopoulos N, Eckart W, Murken A H, Hucklenbroich P. Band 1-6. Andreas & Andreas, Salzburg
- Springer E (2004) Das Institut für Rechtsmedizin der Stadt Duisburg 1960-2004. In: Madea B, Bratzke H, Pollak S, Püschel K, Rothschild M (Hrsg) (2004) 100 Jahre Deutsche Gesellschaft für Gerichtliche Medizin / Rechtsmedizin. Vom Gründungsbeschluss 1904 zur Rechtsmedizin des 21. Jahrhunderts. Eigenverlag Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin: S. 641-645
- Stadtmuseum Düsseldorf (Hrsg) (1996) Nicolas de Pigage 1723-1796. Architekt des Kurfürsten Carl Theodor. Wienand, Köln

Statistisches Bundesamt (Hrsg) (1998) Gesundheitsbericht für Deutschland. Kurzfassung. Gesundheitsberichtserstattung des Bundes. Eigendruck, Berlin

Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2008) Zeitreihen: Lange Reihen. Stichpunkt „Bevölkerung“. (Publiziert auf den Internetseiten des Statistischen Amtes unter <http://www.destatis.de>)

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (Hrsg) (2008) 500 Jahres-Zeitreihen (seit 1970). 1. Bevölkerung, Tabelle 20: Eheschließungen und Ehescheidungen in Hamburg. (Publiziert auf den Internetseiten des Statistischen Amtes http://fhh1.hamburg.de/fhh/behoerden/behoerde_fuer_inneres/statistisches_landesamt/zeit/zeit1Tab20.htm)

Statistisches Landesamt der Freien und Hansestadt Hamburg (Hrsg) (1997) Straßen- und Gebietsverzeichnis der Freien und Hansestadt Hamburg. Ausgabe 1997. Verlegt und vertrieben vom Statistischen Landesamt der Freien und Hansestadt Hamburg, Hamburg

Statistisches Jahrbuch Hamburg 2006/2007. Hrsg. und vertrieben vom Statistischen Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein. Dezember 2006. Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, Hamburg

Steffen H-J (1936) Möglichkeit und Gestaltung des Verfahrens gegen geisteskranken Beschuldigte: Im Zusammenhang mit den Prinzipien des Strafprozesses und unter besonderer Berücksichtigung der Frage der Verhandlungsfähigkeit. Nolte, Düsseldorf

Stellamor K, Barolin G S (Hrsg) (1991) Gutachtenssituation als besondere Form der Arzt-Patienten-Beziehung. Blackwell, Wien

Steinberg B (1990) Zur Entwicklung der Gerichtsmedizin der Stadt Hamburg im 19. Jahrhundert bis zur Gründung eines gerichtsmedizinischen Institutes an der Universität der Freien und Hansestadt Hamburg. Dissertation, Rheinisch-Westf. Technische Hochschule Aachen

Stoppe G (2005) Die Verhandlungsfähigkeit des alten (multimorbiden) Patienten. In: Rechtsmedizin 2005 Bd. 15 H. 3: S. 143-147

Stowasser J M (1991) Lateinisch-deutsches Schulwörterbuch („Der kleine Stowasser“). Unter der Gesamtdirektion v. Hubert Reitterer u. Wilfried Winkler bearbeitet und erweitert v. Robert Pichl u. a. 3. Aufl. R. Oldenbourg, München

Strafgesetzbuch. Textausgabe mit ausführl. Sachregister und einer Einführung von Hans-Heinrich Jescheck. 34. Aufl. Deutscher Taschenbuchverlag, München (Beck-Texte)

Strafprozessordnung. Textausgabe mit ausführl. Sachregister u. einer Einführung von Claus Roxin. 31., neu bearb. Aufl. Deutscher Taschenbuchverlag, München (Beck-Texte)

Straßmann G (1935) Grundriß der gerichtlichen und versicherungsrechtlichen Medizin. 3. u. 4. umgearb. u. vermehrte Aufl. Seemann, Berlin

Suttinger G (1977) Allgemeine Strafvollzugskunde. In: Eisen G (Hrsg) (1977) Handwörterbuch der Rechtsmedizin. Bd. III Der Täter, sein sozialer Bezug, seine Begutachtung und Behandlung. Ferdinand Enke, Stuttgart: S. 529-574

Täschner K-L (2003) Forensische Psychopathologie – Diagnostik und Begutachtung. In: Madea B, Brinkmann B (Hrsg) (2003) Handbuch gerichtliche Medizin Bd. 2. Springer, Berlin Heidelberg New York: S.739-808

Tröger H D (1993)¹ Amtsarzt. In: Hunger H, Dürwald W, Tröger H D (Hrsg) (1993) Lexikon der Rechtsmedizin. Johann Ambrosius Barth, Leipzig Berlin Heidelberg: S. 31

- Tröger H D (1993)² Gesundheitsamt. In: Hunger H, Dürwald W, Tröger H D (Hrsg) (1993) Lexikon der Rechtsmedizin. Johann Ambrosius Barth, Leipzig Berlin Heidelberg: S. 121/122
- Trojan A, Döhner H (Hrsg.) (2002) Gesellschaft, Gesundheit, Medizin. Erkundungen, Analysen und Ergebnisse. Mabuse, Frankfurt a. M.
- Völker C-B (1961) Probleme der Verhandlungsfähigkeit im Strafverfahren. Dissertation, Hamburg
- Vorländer K (1992) Immanuel Kant. Der Mann und das Werk. 3., erweiterte Ausgabe. Felix Meiner, Hamburg
- Virchow R (Hrsg) (1901) Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte in der gesamten Medicin. Unter Mitwirkung zahlreicher Gelehrten hrsg. von Rudolf Virchow. Unter Redaction von C. Posner. 2 Bde. XXXV. Jhg. 1900. August Hirschwald, Berlin
- Wagner H (1970) Die deutsche Verwaltungssprache der Gegenwart. Eine Untersuchung der sprachlichen Sonderform und ihrer Leistung. Dissertationsschrift, Düsseldorf
- Walcher K (1950) Leitfaden der gerichtlichen Medizin für Ärzte und Medizinstudierende. Mit einem Anhang gesetzlicher Bestimmungen. Urban u. Schwarzenberg, München Berlin
- Walter K (2005) Was ist der ÖGD, was kann der ÖGD in Deutschland? In: Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung. Gesundheitsschutz. Bd. 48, H. 10: S.1095-1102
- Wankel B (2002) Zuständigkeitsfragen im Haftrecht. Luchterhand, Neuwied
- Weisedel W (1987) 34 große Philosophen in Alltag und Denken. Die philosophische Hintertreppe. 11. Aufl. Nymphenburger, München
- Weis K (1976) Zur Subkultur der Strafanstalt. In: Schwind H-D, Blau G (Hrsg) (1976) Strafvollzug in der Praxis. Eine Einführung in die Probleme und Realitäten des Strafvollzuges und der Entlassenenhilfe. de Gruyter, Berlin New York: S. 243-258
- Wesel U (2000) Juristische Weltkunde. Eine Einführung in das Recht. 8., vollständig überarbeitete und aktualisierte Neuauflage. Suhrkamp, Frankfurt a. M.
- Westphalen S, Westphalen H, Emons G (2005) Verhandlungsfähigkeit und Schwangerschaft. In: Rechtsmedizin 2005 Bd. 15 H. 3: S. 153-155
- Wilker F-W (1994) Aktivations- und Bewusstseinszustände. In: Wilker F-W, Bischoff C, Novak P (1994) Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie. Urban und Schwarzenberg, München Wien Baltimore: S.
- Wille R, John K (1986) Termins- und Haftfähigkeit, Vernehmungsfähigkeit und Verhandlungsfähigkeit. In: Forster B (Hrsg) (1986) Praxis der Rechtsmedizin für Mediziner und Juristen. Thieme, Stuttgart New York: S.563-568
- Wieland W (1975) Diagnose. Überlegungen zur Medizinteorie. de Gruyter, Berlin New York
- Wohlgemut R (1976) Knastsprache. In: Schwind H-D, Blau G (Hrsg) (1976) Strafvollzug in der Praxis. Eine Einführung in die Probleme und Realitäten des Strafvollzuges und der Entlassenenhilfe. de Gruyter, Berlin New York: S. 350-357
- Wosnik R (1926) Beiträge zur Hamburgischen Kriminalgeschichte unter besonderer Berücksichtigung des Kriminal-Museums nach Quellen und Urkunden. Bd. 1, H. 1. Ohne Verlagsangabe, Druck v. Broschek u. Co., Hamburg

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Hrsg) (2007) ADT-Panel. Häufigste Diagnosen in Prozent der Behandlungsfälle 2006 in Arztpraxen in Nordrhein (bezogen auf Praxen von Allgemeinmedizinern und praktischen Ärzten). Publiziert in tabellarischer Form unter <http://www.gbe-bund.de> (= Gesundheitsberichtserstattung des Bundes)

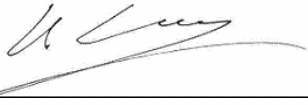
Zivilprozessordnung. Textausgabe mit ausführlichem Sachverzeichnis und einer Einführung von Peter Gottwald. 43., überarb. Aufl. Deutscher Taschenbuchverlag, München (Beck-Texte)

EIDESSTATTLICHE VERSICHERUNG

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln jeweils nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Fröndenberg / Ruhr, den 08. April 2008



Holger Lach

© 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100

TABELLARISCHER LEBENS LAUF

- 1968 Geboren als einziges Kind von Erika Lach, geb. Wirtz, und Gerhard Lach in Essen.
- 1974-1987 Agnes-Miegel-Grundschule, dann St. Bernhard-Gymnasium der Hünfelder Oblaten in Willich-Schiefbahn am Niederrhein. Abitur Juni 1987.
- 1987-1989 Zivildienst in der evangelischen Heil- und Pflegeanstalt Hephata in Mönchengladbach.
- 1989-1994 Studium der Philosophie und der Germanistik, Pädagogisches Begleitstudium für das Lehramt. Zuerst Heidelberg, dann Münster.
- 1994-1995 Staatsexamensarbeit über die Geschichtsphilosophie G. E. Lessings. Erste Staatsprüfung für die Lehrämter Sekundarstufe II und I in Münster. Beschäftigung mit medizintheoretischen Themen.
- 1995-1997 Bis zur Zulassung zum Zweitstudium der Humanmedizin als Promotionsstudent der Philosophie über Medizintheorie in Düsseldorf. Daneben Freier Mitarbeiter der Stadt Düsseldorf, Besucherführungen und andere Öffentlichkeitsarbeit im Museum Schloss Benrath. Erarbeitung einer eigenen Präsentation zur Hygienegeschichte des Schlosses.
- 1996-1997 November bis Mai: Praktikant im Katharinen-Hospital in Willich (Innere Medizin und Chirurgie), danach feste Anstellung im Pflegedienst bis zum Beginn des Zweitstudiums im Herbst.
- 1997 Ab dem Wintersemester Zweitstudium der Humanmedizin; zuerst Homburg / Saar, dann Düsseldorf und Hamburg.
- 1999 Neben dem vorklinischen Studium Ausbildung zum Fachzeitschriftenredakteur beim Ernst Klett Verlag für Wirtschafts- und Bildungsservice in Hamburg (dadurch im WS 1998/99, SS 1999 und WS 1999/2000 keine Studienleistungen). Beginn gemeinsamer Publikationstätigkeit mit dem Hamburger Institut für Rechtsmedizin.
- 2001 Ärztliche Vorprüfung (Düsseldorf).
- 2002 Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (Hamburg). Februar/März sowie September/Oktober: Famulaturen im Institut für Rechtsmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.
- 2002-2006 Sektionsgehilfe im Nacht- und Wochenenddienst im Institut für Rechtsmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.
- 2003 März/April: Praxisfamulatur in der Medizinischen Ambulanz des Zentralkrankenhauses der Justizbehörde Hamburg an der Untersuchungshaftanstalt.
August: Famulatur in der Paracelsus Nordseeklinik Helgoland (Abteilung Grundversorgung mit Innerer Medizin und Chirurgie sowie Neurologie).
September/Oktober: Famulatur auf einer Station der Inneren Medizin des Zentralkrankenhauses der Justizbehörde Hamburg an der Untersuchungshaftanstalt.
- 2004 August/September: erneut Famulatur auf einer Station der Inneren Medizin des Zentralkrankenhauses der Justizbehörde Hamburg an der Untersuchungshaftanstalt.
- 2005 Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (Hamburg).
- 2005-2006 Praktisches Jahr am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf mit dem Wahlfach Rechtsmedizin.
- 2006 Dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung sowie Approbation zum Arzt (Hamburg). Zum Juni Beginn der Tätigkeit als Assistenzarzt in der Internistischen Abteilung des Justizvollzugskrankenhauses NRW in Fröndenberg / Ruhr.
- 2008 Heirat mit Elke Lach, geb. Langenkämper.