

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Institut für Rechtsmedizin

Direktor: Prof. Dr. med. Klaus Püschel

Todesfälle von Inhaftierten in Hamburg 1996–2012 unter besonderer Berücksichtigung der Suizide mit Vorschlägen zur Suizidprävention im Gefängnis

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Zahnmedizin an der Medizinischen
Fakultät der Universität Hamburg

vorgelegt von:

Johannes Petersen
aus Hamburg

Hamburg 2016

**Angenommen von der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 21.07.2016**

**Veröffentlicht mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.**

Prüfungsausschuss, der Vorsitzende: Prof. Dr. Klaus Püschel

Prüfungsausschuss, zweiter Gutachter: Prof. Dr. Peer Briken

„Der Selbstmord kann auch angesehen werden als ein Experiment, eine Frage, die man der Natur stellt und die Antwort darauf erzwingen will: nämlich, welche Aenderung das Daseyn und die Erkenntniß des Menschen durch den Tod erfahre. Aber es ist ein ungeschicktes: denn es hebt die Identität des Bewußtseyns, welches die Antwort zu vernehmen hätte, auf.“

(Arthur Schopenhauer)

Meiner Mutter Christiane, ihrem Ehemann Gernot
und meinem Bruder Christoph gewidmet

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1. Problemstellung und Zielsetzung	1
1.2. Fragestellungen	3
2. Material und Methodik.....	5
2.1. Erhebungsbogen.....	5
2.2. Untersuchungsmaterial	6
2.3. Vorgehensweise.....	7
2.4. Bezugsgröße/Vermeidung von Mehrfachzählungen	8
2.5. Harte und weiche Daten - das Problem der Vergleichbarkeit.....	10
2.6. Strafvollzugsanstalten in Hamburg - Zuständige Anstalt zum Zeitpunkt des Todes.....	10
2.7. Abgrenzung der Begriffe Gesamttodesfälle, natürlicher Tod, Suizid, Drogentod, Unfalltod, sonstige Todesfälle	11
2.8. Besondere Behandlung der Unfalltodesfälle und sonstigen Todesfälle ..	12
2.9. Kasuistik zur Erläuterung typischer Abläufe	12
2.10. Histogramme/Tabellen/Statistik	12
2.11. Nationalität/Herkunft/Religion.....	12
2.12. Definition: Suizidrate	13
2.13. Datenschutz	13
3. Eigene Untersuchungen und Ergebnisse	14
3.1. Auswertung sämtlicher Todesfälle von Inhaftierten in Hamburg 1996 - 2012 unter Einbeziehung von „Granzow-Fällen“ aus dem Jahre 1995.....	14
3.1.1. Personenbezogene Daten	16
3.1.2. Haftbezogene Daten.....	22
3.2. Auswertung der natürlichen Todesfälle	30
3.2.1. Falldarstellung	30
3.2.2. Personenbezogene Daten	30
3.2.3. Haftbezogene Daten.....	36
3.2.4. Gesundheit/Krankheit/Tod	39
3.3. Auswertung der Suizidfälle	43
3.3.1. Falldarstellungen (Fälle 1-3)	43
3.3.2. Personenbezogene Daten	45

3.3.3.	Haftbezogene Daten.....	51
3.3.4.	Analyse des Suizidgeschehens	55
3.4.	Auswertung der Drogentodesfälle	67
3.4.1.	Personenbezogene Daten	67
3.4.2.	Haftbezogene Daten.....	70
3.4.3.	Gesundheit/Krankheit/Tod	71
3.5.	Auswertung der Unfalltodesfälle.....	74
3.5.1.	Fall 4.....	74
3.5.2.	Fall 5.....	74
3.5.3.	Fall 6.....	75
3.5.4.	Fall 7.....	75
3.6.	Auswertung der sonstigen Todesfälle	76
3.6.1.	Fall 8.....	76
3.6.2.	Fall 9.....	76
3.6.3.	Fall 10.....	76
3.6.4.	Fall 11	77
3.6.5.	Fall 12.....	77
3.6.6.	Fall 13.....	78
3.6.7.	Fall 14.....	78
4.	Diskussion.....	80
4.1.	Vergleich eigener Untersuchungsergebnisse mit denen der früheren Hamburger Untersuchung von Granzow (1996)	80
4.1.1.	Vergleich: Todesart.....	80
4.1.2.	Vergleich: Soziale Situation	83
4.1.3.	Vergleich: Suizidzeitpunkt.....	87
4.1.4.	Vergleich: Suizidort.....	92
4.1.5.	Vergleich: Suizidmethoden	93
4.1.6.	Vergleich: Einschätzung der Suizidalität.....	94
4.2.	Vergleich eigener Untersuchungsergebnisse mit denen der bundesweiten Untersuchung von Bennefeld-Kersten (2012).....	95
4.2.1.	Suizidhäufigkeit im internationalen Vergleich	95
4.2.2.	Suizidhäufigkeit im nationalen Vergleich	96
4.2.3.	Vergleich: Anzahl der Suizide/Suizidraten	96
4.2.4.	Abhängigkeit der Anzahl der Suizide von der Anzahl der Häftlinge ..	98

4.2.5.	Vergleich: Einschätzung der Suizidgefahr	101
4.2.6.	Vergleich: Suizidart.....	102
4.2.7.	Vergleich: Suizidzeitpunkt, Verteilung Wochentage.....	103
4.2.8.	Vergleich: Suizidalter	103
4.3.	Suizidrisiko in Hamburg innerhalb und außerhalb der Gefängnisse.....	104
4.3.1.	Entwicklung der Suizide in Hamburger Vollzugsanstalten von 2003 - 2010	104
4.3.2.	Vergleich der Hamburger Suizidraten innerhalb und außerhalb der Gefängnisse	106
5.	Kasuistik.....	109
5.1.	Natürliche Todesfälle.....	109
5.1.1.	Kasuistik 1 (Natürlicher Tod durch Herzinfarkt)	109
5.1.2.	Kasuistik 2 (Natürlicher Tod durch Herzinfarkt)	110
5.2.	Suizidfälle.....	111
5.2.1.	Kasuistik 3 (Suizid durch Erhängen).....	111
5.2.2.	Kasuistik 4 (Suizid durch Erhängen).....	112
6.	Praktische Konsequenzen und Vorschläge für die Suizidprävention im Gefängnis.....	114
6.1.	Datenlage verbessern	114
6.2.	Wissenschaftliche Untersuchungen weiter führen.....	115
6.3.	Sektionsrate erhöhen	115
6.4.	Strukturelle Voraussetzungen verbessern.....	116
6.4.1.	Natürliche Todesfälle	116
6.4.2.	Drogentodesfälle.....	117
6.4.3.	Unfalltodesfälle	117
6.4.4.	Sonstige Todesfälle	117
6.5.	Vorschläge für eine Suizidprävention in Gefängnissen	118
6.5.1.	Strukturelle Maßnahmen verbessern und konsequent anwenden..	119
6.5.2.	Dokumentierte Befragung zu Beginn der Haft	121
6.5.3.	Vereinfachte Möglichkeiten zur Erkennung von Suizidrisiken schaffen.....	122
6.5.4.	Erfahrungen aus psychiatrischen Kliniken nutzen	123
6.5.5.	Psychologische und psychiatrische Versorgung verbessern	123
6.5.6.	Kommunikation und seelischen Beistand am Sonntag verbessern	124

6.5.7. Verstärkung positiver Impulse durch Bildungs- und Kulturmaßnahmen.....	124
6.5.8. Netzwerke aus Verantwortlichen und Laienhelfern bilden	124
6.5.9. Trainings-, Schulungs- und Sensibilisierungsmaßnahmen	125
6.5.10. Anlaufstelle für Notfälle.....	125
6.5.11. Verantwortungsvolle Berichterstattung in der Öffentlichkeit	126
6.5.12. Weitere Humanisierung des Strafvollzuges.....	126
7. Zusammenfassung und Fazit	127
8. Abkürzungsverzeichnis	132
9. Literaturverzeichnis	133
10. Anhang.....	141
10.1. Erfassungsbogen Todesfälle und Suizide in Hamburger Gefängnissen.....	141
10.2. Liste sämtlicher Todesfälle Hamburger Gefangener 1995 - 2012 chronologisch geordnet	155
11. Danksagung	159
12. Lebenslauf.....	160
13. Eidesstattliche Versicherung	161

1. Einleitung

1.1. Problemstellung und Zielsetzung

Todesfälle in Gefängnissen erregen die Öffentlichkeit besonders dann, wenn sie spektakulär sind und somit einen Anlass geben, die Zustände in Haftanstalten kritisch zu hinterfragen (Naeve 1975). Nach einer Häufung von Suiziden im Jahre 2012 (zwei Suizide innerhalb von sieben Tagen) wurde von Püschel und Briken (Püschel und Briken 2013) auf Anfrage der Behörde für Justiz und Gleichstellung ein Bericht verfasst, um „die Ursachen und Umstände aller Todesfälle der vergangenen Jahre zu untersuchen und strukturelle Verbesserungsmöglichkeiten aufzuzeigen“. Erste Ergebnisse der Dissertation sind in diesen Bericht vorab mit eingeflossen.

Eigene Untersuchungsergebnisse werden denen, die Bernd-Michael Granzow (Granzow 1996) in seiner Dissertation präsentiert hat, gegenübergestellt und zudem ein weiterer Schwerpunkt mit Vorschlägen zur Suizidprävention gesetzt. Dazu wurden auch statistische und epidemiologische Aspekte berücksichtigt, wie sie in der Dissertation von Granzow (Granzow 1996) vorliegen. An diese Arbeit knüpft die vorliegende Untersuchung an.

Es sei erwähnt, dass spektakuläre Suizide bzw. deren Häufung in der Presse großen Widerhall fanden, der von politischen Parteien verstärkt wurde. Als Beispiel seien folgende Überschriften angegeben: Aus der Welt (Die Welt 2012) vom 28.04.2012: „UKE soll die Tode in Haft untersuchen“ und aus dem Hamburger Abendblatt (Coesfeld 2012) vom 10.5.2012: „Hohe Suizidrate in Hamburger Gefängnissen, die Linke fordert Reformen“. Auch die Bürgerschaft beschäftigte sich in ihrer 20. Wahlperiode ausführlich mit diesem Thema. Der Ausschuss für Justiz, Datenschutz und Gleichstellung verfasste einen ausführlichen Bericht über die „aktuellen Todesfälle von Gefangenen insbesondere in der Untersuchungshaftanstalt“ (Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg, Ausschuss für Justiz, Datenschutz und Gleichstellung o.D.).

1 Einleitung

Das Aufdecken nicht rechtstaatlicher Praktiken bei der Behandlung von Gefangenen, eine schmerzhaft Angelegenheit für alle Beteiligten, ist aber unumgänglich, da sie zu Reformen führt, die Missstände verhindern können. Laut Granzow sind Fälle wie die 1965 aufgetretene Glockenaffaire, über die der SPIEGEL in mehreren Ausgaben berichtete und die u.a. zwei Untersuchungsausschüsse beschäftigte, nach dieser Zeit nicht mehr vorgekommen (Granzow 1996).

Das Auftreten von drei Suiziden innerhalb eines Zeitraums von drei Monaten gab der Behörde für Justiz und Gleichstellung der Freien und Hansestadt Hamburg Veranlassung (Dreyer 2010), umfangreiche Maßnahmen zur Suizidprävention auf den Weg zu bringen. In einem Vermerk dieser Behörde wird die Umsetzung der obigen Verordnung noch einmal durch Thiel (Behörde für Justiz und Gleichstellung 2012c) zusammengefasst und um den Vorschlag der Telefonseelsorge erweitert. Mit dieser Art von Prävention hat Niedersachsen gute Erfahrungen gemacht (Bennefeld-Kersten 2011).

Jeder Todesfall in Haft ist für alle Beteiligten, vor allem für die Hinterbliebenen, eine schwere Prüfung. Gefangene leben in eingeschränkten Verhältnissen; sie stehen unter staatlicher Obhut. Dies gilt besonders für Suizide: Setzt ein Gefangener seinem Leben ein Ende, muss sich der Staat und insbesondere der zu dieser Zeit in Hamburg regierende Senat der Problematik stellen, ob Fürsorge und Aufsichtspflicht verletzt wurden. Deshalb sollte die Suizidprophylaxe verbessert werden. Diese Frage ist ein Teil der vorliegenden Arbeit. Parallel dazu wurden sämtliche Todesfälle von Inhaftierten in Hamburg zwischen 1996 und 2012 untersucht. Auch hier ging die Fragestellung dahin, ob und wie gegebenenfalls Aspekte von Versäumnissen, Vermeidbarkeit und besserer Versorgung zu problematisieren wären. Aus den gewonnenen Erkenntnissen sollte versucht werden, einzelne Vorschläge für eine Suizidprävention in Haftanstalten abzuleiten.

1 Einleitung

1.2. Fragestellungen

Um eine wirksame Präventionsstrategie entwickeln zu können, war es erforderlich, zunächst möglichst viele Information über die vergangenen Todesfälle in Haftanstalten einzuholen und auszuwerten.

Der Inhaftierte: Zunächst sollten Informationen über die Inhaftierten selbst ermittelt werden. Waren es mehr Männer oder mehr Frauen, Ledige oder Verheiratete, Ältere oder Jüngere, mehr Deutsche oder Menschen ausländischer Herkunft? Welcher Religionsgemeinschaft gehörten sie an? Welche Schulbildung hatten sie, welche Berufsqualifikation, welchen Beschäftigungsstatus vor der Inhaftierung?

Die Haftsituation: Gibt es Strafanstalten, in denen besonders viele Häftlinge sterben? Können bestimmte Haftsituationen einen möglichen Tod während der Haft begünstigen? Welche Rolle spielen dabei Belastung und Bewältigungsstrategien des Häftlings? Nach Bennefeld-Kersten (Bennefeld-Kersten 2009a) „muss Bewältigung stattfinden, um die Selbstachtung zu erhalten und das individuelle Befinden zumindest soweit erträglich zu gestalten, dass man mit sich leben kann.“ Es können „nicht bewältigte Ereignisse [...] den Anstoß zu einer krisenhaften Entwicklung geben“.

Der Tod: Wenn präventive Strategien entwickelt werden sollen, ist es wichtig zu analysieren, auf welche Weise der Häftling gestorben ist. Was war die Todesursache, welches waren die Umstände seines Todes, gab es Hinweise auf einen bevorstehenden Tod, wurden diese ernst genommen, hätte der Tod vielleicht verhindert werden können?

Einerseits galt es dabei, die gesellschaftlichen Entwicklungen zu berücksichtigen. Die Bevölkerungszusammensetzung verändert sich, die Menschen werden älter, der Anteil von Ausländern und Migranten mit deutschem Pass wird größer. Andererseits erfährt der Gesundheitsbereich einschneidende Veränderungen: Im Laufe der Jahre haben einige Erkrankungen zugenommen und zu vermehrten Todesfällen in der Gesamtbevölkerung geführt. Skurk und Hauner berichten von einer Zu-

1 Einleitung

nahme von "Zivilisationserkrankungen" wie Adipositas (Skurk und Hauner 2002). Nach Hauner (Hauner 2014) gründet sich die Krankheit Diabetes vom Typ 2 insbesondere auf starkes Übergewicht und Adipositas. Gleichzeitig haben sich aber die medizinische Versorgung sowie die Prävention verbessert. Die Veränderungen betreffen auch die Hamburger Bevölkerung. Finden sie ihren Niederschlag ebenso bei den Häftlingen in Hamburger Gefängnissen und spiegeln sie sich in den veränderten Todesstatistiken wider?

Diese Arbeit möchte versuchen, auf verschiedene Fragen Antworten zu finden: Seit 1995, dem Ende des Zeitraums, der von Granzow (Granzow 1996) für seine Arbeit „Todesfälle im Hamburger Öffentlichen Gewahrsam 1962-1995“ untersucht worden war, hat sich nicht nur gesamtgesellschaftlich, sondern auch im Strafvollzug vieles verändert. Hat dadurch die Zahl der Todesfälle in den Hamburger Haftanstalten zu- oder abgenommen? Sind die Todesursachen die gleichen geblieben? Hat der Anteil der Suizide abgenommen? Werden neue Formen praktiziert? Wo begehen die meisten Gefangenen ihren Suizid? Steht das Untersuchungsgefängnis als erste Anlaufstelle eines Straftäters als Ort des Suizidgeschehens im Vordergrund oder sind es die anderen Haftanstalten?

2. Material und Methodik

Die Untersuchungskriterien sollten möglichst in Anlehnung an die Arbeit von Granzow (1996) festgelegt werden, um eine bessere Vergleichbarkeit zu gewährleisten. Außerdem sollte die Arbeit von Bennefeld-Kersten "Suizide von Gefangenen in Deutschland von 2000 bis 2010" ihre Berücksichtigung finden (Bennefeld-Kersten 2012).

2.1. Erhebungsbogen

Zunächst wurde ein Erhebungsbogen (vgl. 10.1.) erstellt, in welchen die Fragestellungen und Anregungen der eingesetzten Hamburger Studiengruppe „U-Haft Suizide“, in der der Autor der vorliegenden Untersuchung mitgearbeitet hat, eingeflossen sind. Anregungen eines Erhebungsbogens, verfasst vom Kriminologischen Dienst (Kriminologischer Dienst des niedersächsischen Justizvollzuges 2005), fanden dort ebenfalls ihre Würdigung.

Teilnehmer der Gruppe „U-Haft Suizide“, die sich vom 10.5.2012 bis 17.9.2012 insgesamt achtmal getroffen hat, waren:

- Prof. Dr. Klaus Püschel, Direktor des Instituts für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Hamburg- Eppendorf (UKE)
- Prof. Dr. Peer Briken, Direktor des Instituts für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie (UKE)
- PD Dr. Reinhard Lindner, ehemals Psychiatrische Klinik, Therapiezentrum für Suizidgefährdete
- Dr. Birgit Wulff, Institut für Rechtsmedizin (UKE)
- Dipl.-Psych. Andreas Thiel, Behörde für Justiz und Gleichstellung, Strafvollzugsamt, Abteilung Aufsicht
- Dipl.-Psych. Georg Fiedler, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Therapiezentrum für Suizidgefährdete (UKE)
- Dr. Guntram Knecht, Maßregelvollzug, ärztliche Leitung

2 Material und Methodik

- Dijana Djerkovic, Janine Jasker, Yvonne Morick, Sabrina Kunze-Klempert, Studentinnen der Kriminologie, Institut für Rechtsmedizin (UKE)
- Cand. med. dent. Johannes Petersen, Doktorand in der Rechtsmedizin (UKE)

2.2. Untersuchungsmaterial

Es wurden Unterlagen über sämtliche Todesfälle im Hamburger Strafvollzug beschafft: Aus der Justizbehörde das Sterberegister, aus der JVA Fuhlsbüttel, der Untersuchungshaftanstalt sowie dem Staatsarchiv die Personalakten, Gesundheitsakten, Krankenakten, Beiakten und Blattsammlungen, aus dem Institut für Rechtsmedizin die Sektionsprotokolle. Das Untersuchungsmaterial wurde teilweise in Umzugskisten geliefert (Gefangenenakten), teilweise war es vor Ort im Institut für Rechtsmedizin im Computer einsehbar (Sektionsprotokolle). Um eine Vorstellung bezüglich des Umfangs des zur Auswertung benutzen Materials zu geben, wurde dessen Aktendicke in cm angegeben.

In fast allen Fällen (129) konnten Angaben aus dem Sterberegister erhoben werden. Allerdings waren diese in der Regel sehr knapp gehalten und oft ungenau sowie unvollständig. Deshalb wurden zur Datenbeschaffung vor allem die Gefangenenakten herangezogen. In 96 Fällen stand eine Gefangenenakte zur Verfügung, in 34 Fällen war dies nicht der Fall. Diese teilweise sehr umfangreichen Akten (maximale gemessene Aktendicke für einen Fall: 51,5cm) enthielten in der Regel den Personalbogen, Protokolle und Notizen über Eingangsgespräche, die Eingangsuntersuchungen, Urteile, Gutachten, Berichte des Gefängnispersonals, Vorstrafen aus dem Bundeszentralregister, Korrespondenzen im weitesten Sinne (z.B. Eingaben des Gefangenen, wie Bitten um Telefonerlaubnis). Dazu kamen in 50 Fällen Blattsammlungen, die ein deutlich geringeres Volumen aufwiesen, dazu in sieben Fällen Krankenakten und zur Ergänzung des Materials in 24 Fällen Nebenakten. Die gemessene Dicke des Zusatzmaterials betrug bis zu 9,9cm. In 80 Fällen waren Sektionsprotokolle vorhanden. Bei der Fülle des Materials fielen in einigen Fällen (vgl. 10.2., laufende Nummern 8, 9, 65, 66) widersprüchliche Anga-

2 Material und Methodik

ben auf: Bei zwei Häftlingen waren Alter, Todesdatum sowie Todesursache identisch, jedoch Namen und Details verschieden. Bei zwei weiteren Häftlingen mit unterschiedlichen Namen waren das gleiche Alter, die gleiche Haftanstalt jedoch verschiedene Todesursachen und Einzelangaben dokumentiert.

Zur Auswertung herangezogen wurden nur Daten, die sich auf die letzte, d.h. aktuelle Strafverbüßung beziehen. Da bei vielen Gefangenen Strafen zusammengefasst wurden und oft Anschlussstrafen hinzukamen, bezieht sich das Strafende auf das letzte, rechtskräftige Urteil. Es ist davon auszugehen, dass eine lange Strafdauer ein zusätzliches Motiv für einen Selbstmord sein könnte, wenngleich „...allein die Dauer der noch in Haft zu verbringenden Zeit [...] kein ausschlaggebendes Kriterium für einen Suizid zu sein scheint“ (Bennefeld-Kersten 2012).

2.3. Vorgehensweise

Mit Hilfe des o.g. Erhebungsbogens wurden diese Unterlagen ausgewertet und die Ergebnisse analysiert. Im Kapitel 3 werden zunächst die Ergebnisse sämtlicher Todesfälle beschrieben. Es folgen die der natürlichen Todesfälle, der Suizidfälle, der Drogen- und Unfalltodesfälle sowie der sonstigen Todesfälle. Zu manchen Fragestellungen waren keine oder nur wenige Angaben vorhanden, deshalb konnten sie in der Auswertung nicht berücksichtigt werden. Manche Untersuchungsergebnisse wurden nur aufgezählt oder als Falldarstellungen erwähnt. In der Auswertung wurden also nur aussagekräftige Ergebnisse vorgestellt und diese, soweit es möglich war, mit den Untersuchungsergebnissen von Granzow (Granzow 1996) und Bennefeld-Kersten (Bennefeld-Kersten 2012) verglichen (Kap. 4). Die Vergleiche stützen sich im Wesentlichen auf „harte“ Daten (siehe 2.5.). Granzow hatte in seiner Dissertation aus dem Jahr 1996 die Todesfälle im Hamburger öffentlichen Gewahrsam von 1962 bis 1995 behandelt, in seiner Arbeit eine Untersuchung unter epidemiologisch-soziologischen, kriminologischen und forensisch-medizinischen Aspekten vorgenommen und dabei insbesondere die Suizide in den Justizvollzugsanstalten berücksichtigt.

2 Material und Methodik

Die vorliegende Arbeit nimmt eine Untersuchung der Todesfälle von Inhaftierten in Hamburg von 1996 bis 2012 vor, untersucht sie unter besonderer Berücksichtigung der Suizide, behandelt in Kapitel 6 die Frage, wie sich Todesfälle in Haftanstalten reduzieren lassen und unterbreitet, ebenfalls in Kapitel 6, Vorschläge zur Suizidprävention in Gefängnissen.

Der Verfasser hat dazu eine umfangreiche Methodik entwickelt, die sich zwecks besserer Vergleichbarkeit eigener Ergebnisse mit den Ergebnissen von Granzows Arbeit an dessen Methodik orientierte, sie in einigen Punkten ausweitete und verfeinerte. Bei den Erweiterungen sind insbesondere die umfangreiche Erhebung mittels eines Erhebungsbogens (vgl. 10.1.) und die Auswertung der personen- und haftbezogenen Daten zu erwähnen, sowie die in Kapitel 6 unter „Praktische Konsequenzen“ unterbreiteten Vorschläge zur Suizidprävention (vgl. 6.5.). Einige Daten, die erhoben wurden, erwiesen sich für diese Untersuchung zur Auswertung als wenig aussagekräftig (z.B. Narben und Tätowierungen). Sie wurden deshalb bei den jeweiligen Kapiteln lediglich unter „weitere Informationen“ aufgezählt, um sie für eine mögliche zukünftige Verwendung bereit zu halten.

2.4. Bezugsgröße/Vermeidung von Mehrfachzählungen

Es ist eine gängige Methode, die Zahl der Suizide auf 100.000 Menschen/Jahr zu beziehen. Zur Vergleichbarkeit muss die verschwindend kleine Zahl von Haftsuiziden, bezogen auf die Jahresdurchschnittsbelegung in Haftanstalten, auf 100.000 umgerechnet werden. Granzow weist auf ein methodisches Problem hin und zitiert in diesem Zusammenhang Heinrich und Thalmann (Granzow 1996). Methodische Probleme und systematische Fehlereinflussgrößen im Ländervergleich könnten die Vergleichbarkeit der Ergebnisse einschränken. Die Autoren geben folgendes zu bedenken: Wenn eine Person in einem Jahr zweimal für jeweils eine Woche in U-Haft war, sollte man sie dann sinnvoller Weise ein- oder zweimal zählen? Eine rasche Entscheidung für die Alternative „zweimal“ wird dadurch in Frage gestellt, dass eine denkbare Vergleichsperson, welche im selben Zeitraum nur einmal, aber insgesamt 14 Tage lang inhaftiert war, auch nur einmal gezählt würde. Beide Personen hätten demnach dieselbe zeitliche „Chance“ für einen Suizid in Haft ge-

2 Material und Methodik

habt. Dieser Einwand ist sicher methodisch gerechtfertigt, wird aber auf die ermittelte Suizidquote in Hamburger Gefängnissen kaum Einfluss haben, da ein solcher oder ähnlicher Fall, so zeigt die statistische Auswertung, zumindest im vorliegenden Untersuchungszeitraum nicht aufgetreten ist.

2 Material und Methodik

2.5. Harte und weiche Daten - das Problem der Vergleichbarkeit

Um die suizidale Gefährdung eines Strafgefangenen zu beurteilen, ist es nötig, auf dessen eigenen Bemerkungen, die Aussagen der Mitgefangenen, der Aufsichtsbeamten, der Betreuer, der Psychologen, Psychiater, des sozialen Umfeldes, der Familie, zurückzugreifen. Diese Daten sind naturgemäß subjektiv gefärbt, somit „weich“, im Gegensatz zu Daten wie „Name“, „Alter“, „Geschlecht“, die „hart“ sind. Dennoch war die Berücksichtigung dieser „weichen“ Daten zur Beurteilung der Allgemeinbefindlichkeit des Gefangenen unumgänglich. Sie wurden deshalb auch in den Erhebungsbogen aufgenommen. Das Problem „harte“ und „weiche“ Daten ist ein grundsätzliches und relativiert daher die Vergleichbarkeit mit entsprechenden anderen Untersuchungen.

2.6. Strafvollzugsanstalten in Hamburg - Zuständige Anstalt zum Zeitpunkt des Todes

In Hamburg gibt es nach den Angaben des Hamburger Strafvollzugsamtes der Behörde für Justiz und Gleichstellung (Behörde für Justiz und Gleichstellung 2012d) sechs Justizvollzugsanstalten mit ca. 2.600 Haftplätzen. Diese Anstalten erfüllen ihren Zweck differenziert nach Vollzugsformen und Haftarten. Unterschieden wird zwischen offenem und geschlossenem Vollzug, daneben gibt es noch die Sicherheitsverwahrung. In der vorliegenden Arbeit kamen unterschiedliche Zuständigkeiten zum Tragen (vgl. 3.1.2. bzw. Abbildung 10).

2 Material und Methodik

2.7. Abgrenzung der Begriffe Gesamttodesfälle, natürlicher Tod, Suizid, Drogentod, Unfalltod, sonstige Todesfälle

Für die vorliegende Arbeit wurden folgende Definitionen festgelegt, die sich an den Definitionen von Penning et al. (Penning et al. 2006) orientieren: Der Begriff „Gesamttodesfälle“ steht für sämtliche ermittelte Todesfälle in Hamburger Strafanstalten während des Untersuchungszeitraums. Der Ausdruck „Natürlicher Tod“ wird für alle diejenigen verwendet, deren Todesursache krankheitsbedingt war. „Suizid“ wird verwendet für die Todesfälle, die durch Selbsttötung verursacht wurden. „Drogentod“ definiert in dieser Arbeit die Todesfälle, die durch (illegale) Drogen verursacht wurden. In einigen Fällen fanden vorsätzliche Selbsttötungen durch Drogen statt (laut Sektionsprotokoll: Suizid durch Drogen). Diese Fälle wurden in dieser Arbeit wegen der Schwerpunktsetzung „Suizidprävention“ und der Vergleichbarkeit mit den Untersuchungen von Granzow (Granzow 1996) in der Gruppe „Suizide“ erfasst und nicht in der Gruppe „Drogentodesfälle“, wie es das Bundeskriminalamt empfiehlt. „Unfalltod“ bezeichnet alle die Todesfälle, die plötzlich, durch ein Ereignis von außen, das nicht vorhersehbar war, zustande kamen. „Sonstige“ bezeichnet alle Todesfälle, bei denen eine genaue Zuordnung nicht möglich war, weil die Angaben unterschiedlich oder mehrdeutig waren.

Im Zweifelsfall wurde bei der Todesursache die Definition des jeweiligen Sektionsprotokolls (soweit vorhanden) zur Grundlage genommen. In den ersten Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung, die in den für die Behörde erstellten Bericht (Püschel und Briken 2013) eingegangen sind, wurden einige Suizidfälle zunächst nicht als solche erkannt. Erst durch die darauf folgenden weitergehenden Untersuchungen war es möglich, sie bei der richtigen Todesursache einzuordnen.

2 Material und Methodik

2.8. Besondere Behandlung der Unfalltodesfälle und sonstigen Todesfälle

Wegen der geringen Fallzahl sowie der nicht gegebenen Vergleichbarkeit wurden diese Fälle als Falldarstellungen dokumentiert.

2.9. Kasuistik zur Erläuterung typischer Abläufe

Besonders eindrucksvolle Verläufe wurden an entsprechenden Stellen als Kasuistik behandelt. Es handelte sich dabei um zwei Suizid Todesfälle und zwei natürliche Todesfälle.

2.10. Histogramme/Tabellen/Statistik

Als Darstellungsform wurden Tabellen und Histogramme verwendet, die sich ergänzten. Auf statistische Prüfungen wurde bewusst verzichtet. Dies gilt auch für die Vergleiche mit den Studien von Granzow sowie Bennefeld-Kersten. Die Ausgangssituation für die Datenauswertung war diesbezüglich sehr inhomogen, so dass statistische Berechnungen nicht aussagekräftig sein können.

2.11. Nationalität/Herkunft/Religion

Nationalität und religiöse Zugehörigkeit wurden nach Aktenlage ermittelt. Informationen über die ethnische Herkunft waren den Akten kaum zu entnehmen. Um weitergehende Aussagen über die Herkunft der Häftlinge treffen zu können, wurden Fotos, sofern sie sich in den Akten befanden, ausgewertet und nach Gesichtsform und Hautfarbe beurteilt. Hier zeigten sich große Schwierigkeiten, den Begriff „ethnische Herkunft“ zu definieren. Weil mit diesem Begriff im Nationalsozialismus eine negative Wertung verbunden worden war, scheuen sich offenbar viele, ihn zu benutzen und zu definieren. Letztlich wurde in diesem Fall die Klassifikation nach Fitzpatrick (Fitzpatrick 1975) zu Grunde gelegt, der als amerikanischer Dermatologe eine Skala für den Sonnenschutz und für die Behandlung von Hauterkrankun-

2 Material und Methodik

gen erstellt hatte. Sie wurde von anderen Autoren weiter bearbeitet (Tanenbaum 1975 und Sachdeva 2009). In der vorliegenden Untersuchung wurde die Klassifikation sehr vereinfacht und um Merkmale der Gesichtsform ergänzt. Eine Auswertung dieser Merkmale ließen allerdings keine Rückschlüsse auf eine Nationalität zu.

2.12. Definition: Suizidrate

Wie bei Granzow (Granzow 1996) wurde in der vorliegenden Arbeit die Zahl der Suizide auf 100.000 Einwohner bezogen und als Suizidrate S bezeichnet.

2.13. Datenschutz

Aus Gründen des Datenschutzes werden in der vorliegenden Arbeit keine Namen genannt. Die Todesfälle erhalten Nummern (vgl. 10.2.). In der Kasuistik und den Falldarstellungen werden die Anfangsbuchstaben von Namen verwendet.

3. Eigene Untersuchungen und Ergebnisse

3.1. Auswertung sämtlicher Todesfälle von Inhaftierten in Hamburg 1996 - 2012 unter Einbeziehung von „Granzow-Fällen“ aus dem Jahre 1995

Es wurden 130 Todesfälle von Inhaftierten in Hamburg untersucht (vgl. Tabelle 1). 117 stammen aus dem Zeitraum 1996 bis 2012. Die 13 Fälle aus dem Jahr 1995, die nur teilweise in der Arbeit von Granzow (Granzow 1996) erwähnt worden waren, wurden der Vollständigkeit halber und um die Kontinuität der Dokumentation zu wahren, mit in die Auswertungen aufgenommen. Diese Fälle sind in der im Anhang befindlichen Liste sämtlicher Todesfälle (vgl. 10.2.) mit einem Stern (*) gekennzeichnet. Der erste Todesfall ereignete sich am 10.01.1995, der letzte am 26.04.2012. Die meisten (120) Häftlinge waren Männer, nur 10 waren Frauen. Diese wurden in der o.g. Liste mit „w“ gekennzeichnet und wegen der geringen Anzahl in der Auswertung nicht gesondert berücksichtigt.

3 Eigene Untersuchungen und Ergebnisse

Jahr	Todesfälle	Suizid	Drogentod	Unfalltod	Natürlicher Tod	Sonstige
1995	13	5	4	0	3	1
1996	11	0	5	2	3	1
1997	5	1	2	0	2	0
1998	9	3	0	0	4	2
1999	4	0	1	1	2	0
2000	3	2	0	0	1	0
2001	15	5	1	0	7	2
2002	9	4	0	0	5	0
2003	3	2	0	0	1	0
2004	7	6	0	0	1	0
2005	5	4	0	0	1	0
2006	4	2	0	0	2	0
2007	11	4	0	0	7	0
2008	8	1	0	0	7	0
2009	9	2	0	1	6	0
2010	6	3	0	0	3	0
2011	3	3	0	0	0	0
2012	5	3	0	0	1	1
Summe	130	50	13	4	56	7

Tabelle 1: Sämtliche Todesfälle von Inhaftierten in Hamburger Haftanstalten von 1996 bis 2012 sowie 13 Todesfälle aus dem Jahr 1995

Alle Todesfälle wurden zunächst numerisch aufgelistet und dann nach verschiedenen Kriterien analysiert. Die überwiegende Zahl der Häftlinge (56) starb eines natürlichen Todes (vgl. Tabelle 1 und Abbildung 1). Bei 50 Personen lautete die Todesursache Suizid, bei 13 Drogentod, bei vier Unfalltod. Sieben Todesfälle waren nicht eindeutig und wurden unter sonstige Todesfälle subsummiert. Ausschlaggebend für die Einordnung war im Zweifelsfall die Angabe der Todesursache im Sektionsbericht.

3 Eigene Untersuchungen und Ergebnisse

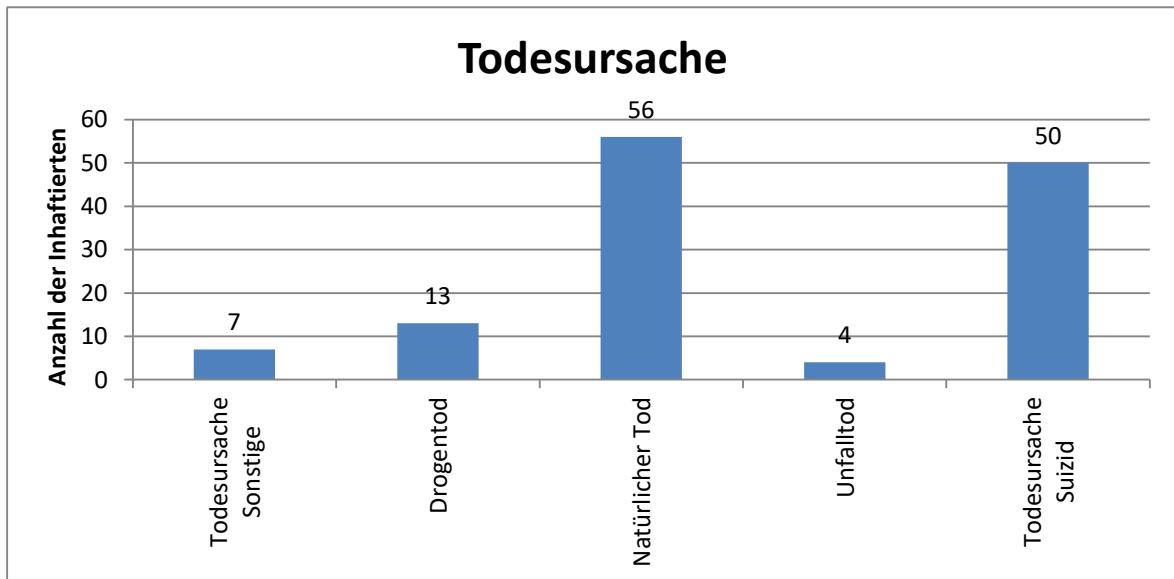


Abbildung 1: Todesursache; n=130

3.1.1. Personenbezogene Daten

Zunächst soll ein Einblick in die allgemeinen soziometrischen Verhältnisse dieser Zielgruppe gegeben werden.

3.1.1.1. Altersverteilung

Das Sterbealter der 130 Häftlinge ist breit gestreut (vgl. Abbildung 2). Wie ersichtlich, tritt eine Häufung zwischen dem 25. und 45. Lebensjahr auf. Der Jüngste starb im Alter von 17 Jahren, der Älteste war bei seinem Tod 75 Jahre alt. Das Durchschnittstodesalter liegt bei 43 Jahren.

3 Eigene Untersuchungen und Ergebnisse

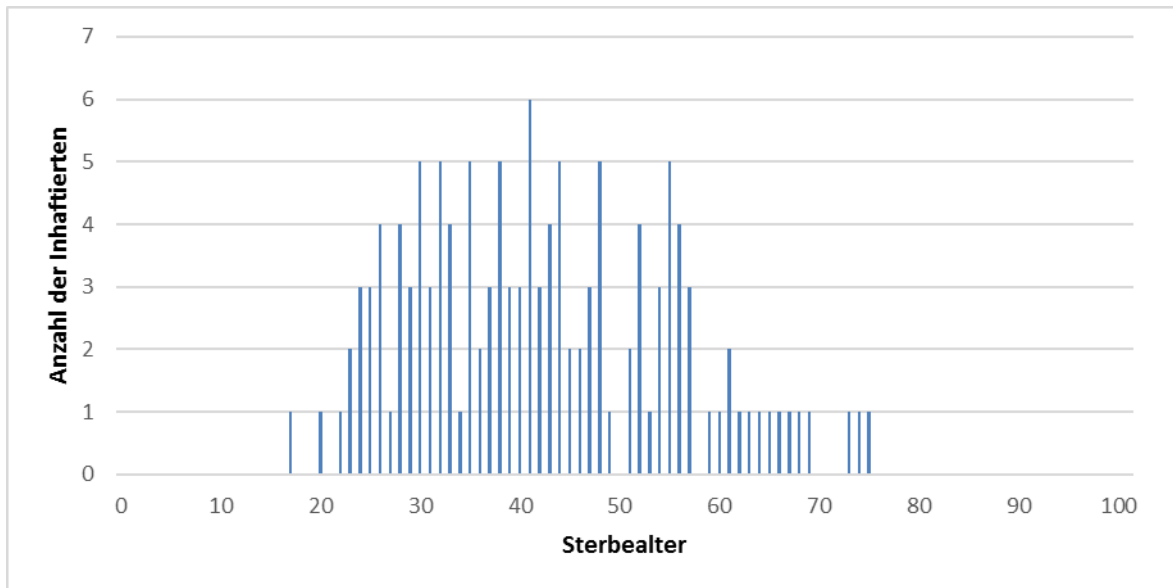


Abbildung 2: Sterbealter; n=130

3.1.1.2. Familienstand

Intensive familiäre Beziehungen, wie sie z.B. in einer Partnerschaft gegeben sind, können für die subjektive Befindlichkeit von Bedeutung sein (Bronisch 2002). Auch kann "fehlende soziale Unterstützung" dazu beitragen, dass sich Betroffene "gedanklich im Irrgarten bewegen und keinen Ausweg mehr erkennen können" (Bennefeld-Kersten 2012). Püschel und Briken (Püschel, Briken 2013) erwähnen in ihrer Berichterstattung: Es „...besteht Übereinstimmung, dass unverheiratete bzw. geschiedene Häftlinge ein gegenüber verheirateten Insassen erhöhtes Suizidrisiko aufweisen“. Aus diesem Grunde wurde der Familienstatus erhoben (vgl. Abbildung 3). 27 Häftlinge waren verheiratet oder lebten in einer Partnerschaft. Die meisten lebten allein und waren entweder ledig (51), geschieden (22) oder verwitwet (4). Unklar war der Familienstatus bei 26 Menschen.

3 Eigene Untersuchungen und Ergebnisse

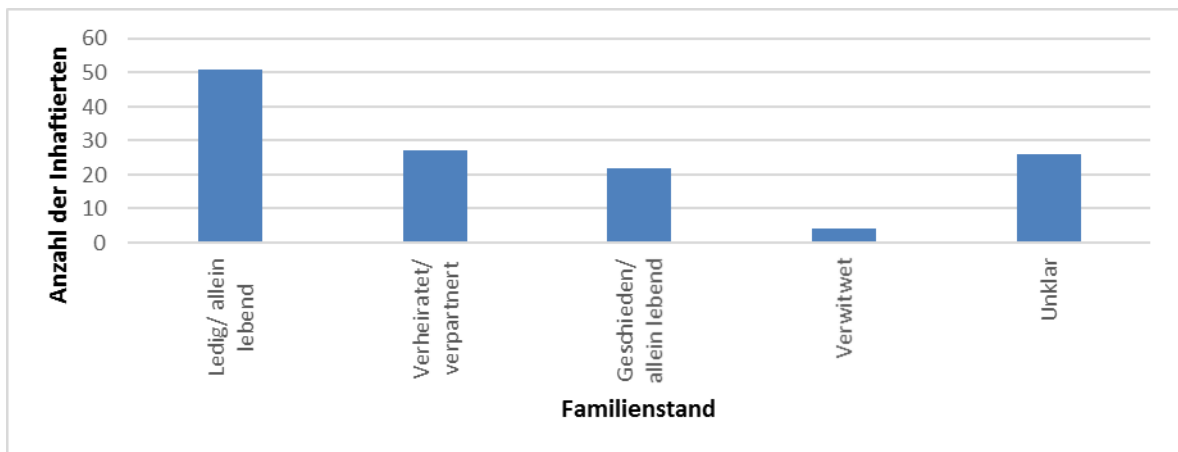


Abbildung 3: Familienstand; n=130

3.1.1.3. Schulabschluss

Der höchste Schulabschluss vor der Inhaftierung galt als Gradmesser für den Bildungsstand der Häftlinge. Bei über 55 Fällen waren aus den Akten keine bzw. bei zwei Fällen unklare Angaben darüber zu entnehmen. Von den Häftlingen, bei denen Angaben vorlagen, verfügten die meisten über einen Hauptschulabschluss (42). Einen Realschulabschluss (mittlere Reife) konnten neun vorweisen, sechs hatten Abitur, zwei einen Sonderschulabschluss. Keinen Schulabschluss, somit ein „Abgangszeugnis“ oder vergleichbare Dokumente konnten 14 aufweisen (vgl. Abbildung 4).

3 Eigene Untersuchungen und Ergebnisse

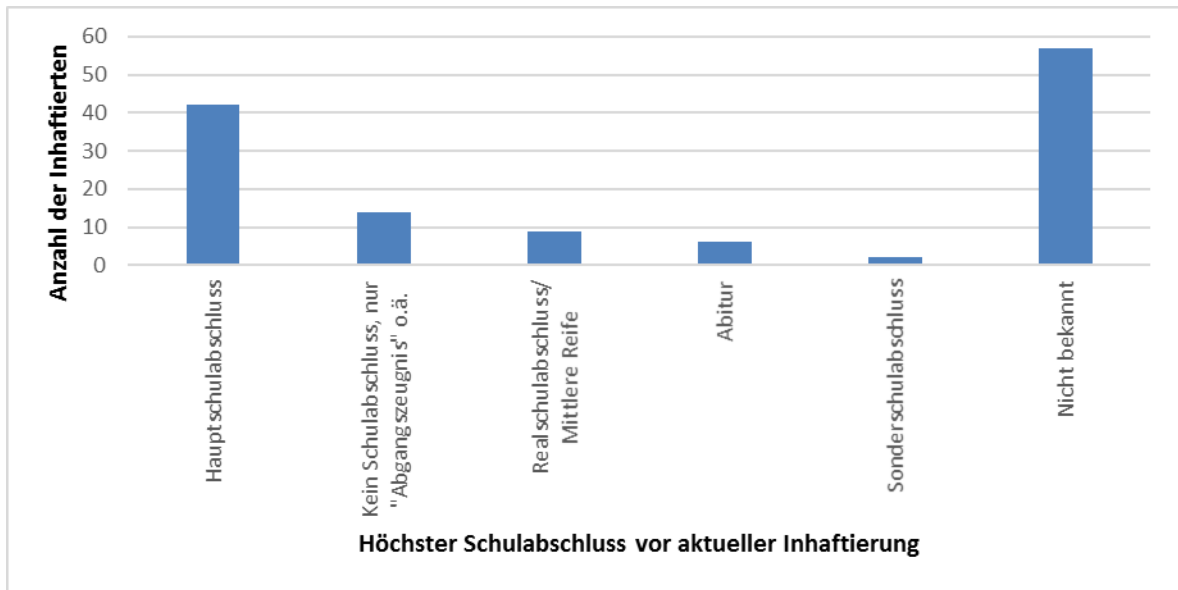


Abbildung 4: Höchster Schulabschluss vor der aktuellen Inhaftierung; n=130

3.1.1.4. Berufsqualifikation

Die meisten der 130 Häftlinge verfügten vor der Inhaftierung über eine abgeschlossene Berufsausbildung (59) oder einen Anlernberuf (16). Ein Häftling befand sich vor seiner Inhaftierung noch in der Ausbildung. 27 hatten weder einen Berufsschulabschluss noch waren sie in einem Anlernberuf ausgebildet. In 27 Fällen gab es zu dieser Fragestellung keine Angaben (vgl. Abbildung 5).

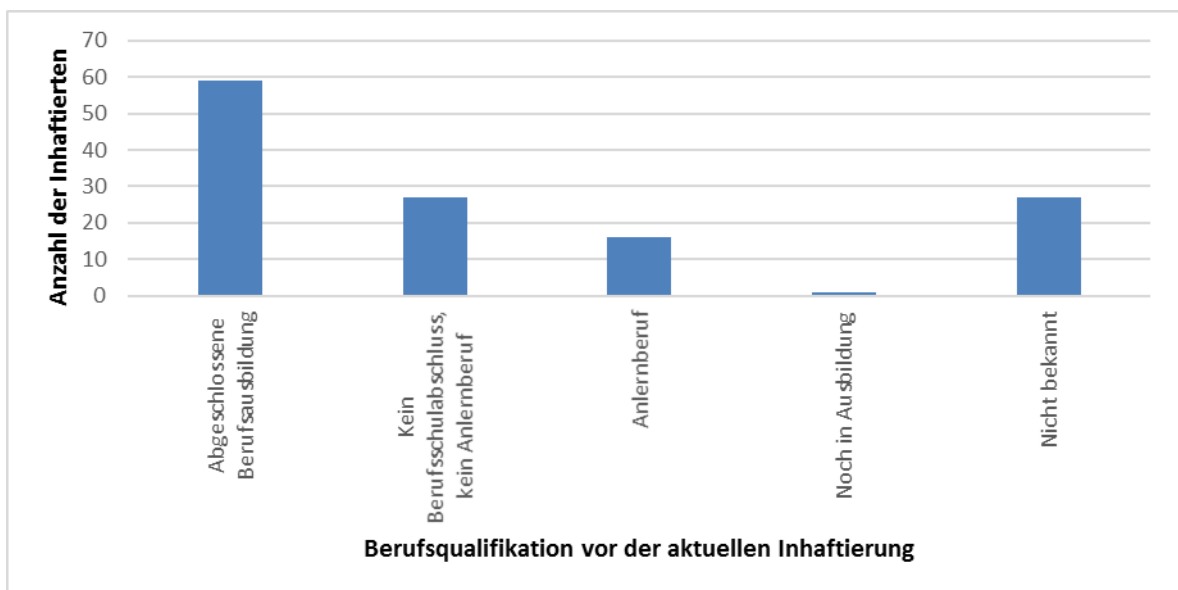


Abbildung 5: Berufsqualifikation vor der aktuellen Inhaftierung; n=130

3 Eigene Untersuchungen und Ergebnisse

3.1.1.5. Beschäftigungsstatus unmittelbar vor der Inhaftierung

Weniger als zehn Gefangene waren vor der Inhaftierung regelmäßig berufstätig und gingen nicht nur sporadisch einer Arbeit nach. Die meisten waren arbeitslos, verfügten über keine feste Arbeitsstelle, waren Rentner, Asylbewerber oder Schüler. Bei 36 gab es keine Angaben zu dieser Fragestellung (vgl. Abbildung 6).

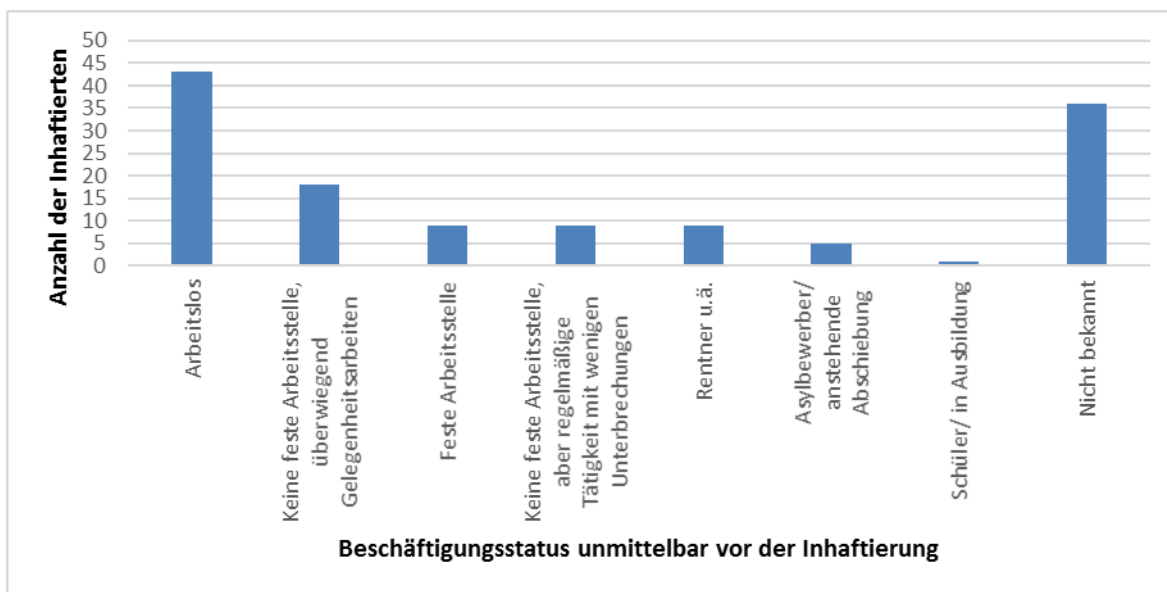


Abbildung 6: Beschäftigungsstatus unmittelbar vor der Inhaftierung; n=130

3.1.1.6. Herkunft

Anhand des Fragebogens wurde eruiert, welche Herkunft die Gefangenen hatten (vgl. Abbildung 7). Zunächst wurde versucht, anhand der Hautfarbe eine Aussage über die ethnische Herkunft der Häftlinge zu treffen. Zugrunde gelegt wurde dabei die modifizierte Einteilung nach Fitzpatrick (Fitzpatrick 1975) aus der Dermatologie (vgl. 2.11.). Zur Auswertung kamen Portraitfotos der Häftlinge, soweit sie in den Akten vorhanden waren. 82 der 130 untersuchten Häftlinge hatten eine weiße Hautfarbe, elf wurden als weiß-osteuropäisch eingestuft, 21 als mediterran-dunkel. Bei 16 konnte keine Hautfarbe ermittelt werden.

3 Eigene Untersuchungen und Ergebnisse

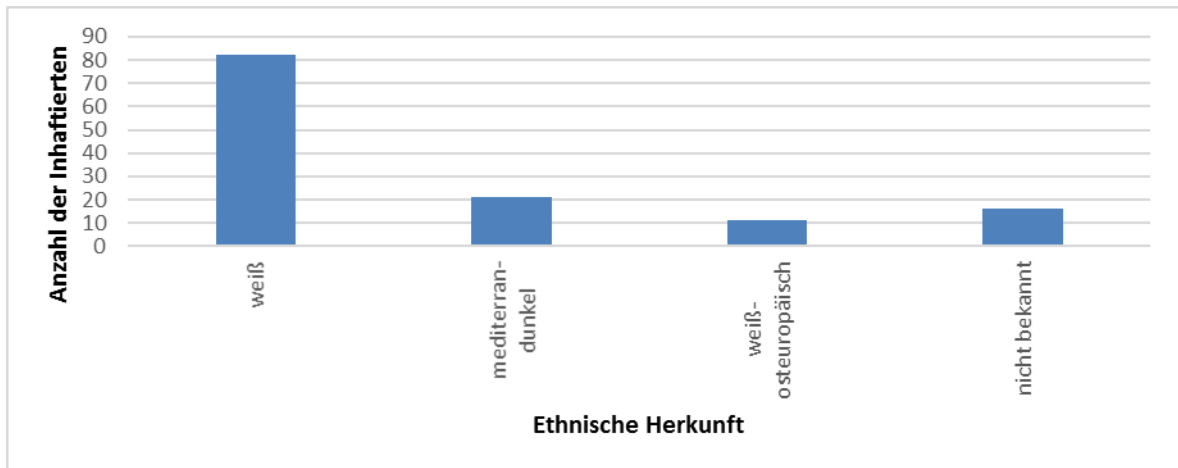


Abbildung 7: Ethnische Herkunft; n=130

3.1.1.7. Nationalität

Bei der Analyse der Nationalität zeigte sich, dass von den 130 Häftlingen 79 Deutsche waren, sowie sieben deutsche Spätaussiedler. 41 Häftlinge kamen aus anderen Ländern und hatten sonstige Nationalitäten (Afghanistan, Albanien, Algerien, Brasilien, Georgien, Ghana, Indonesien, Iran/Persien, Italien, Jugoslawien, Marokko, Mazedonien, Moldawien, Österreich, Polen, Rumänien, Russland, Serbien, Sierra Leone, Türkei, Tunesien). Bei drei Häftlingen war die Nationalität nicht ermittelbar (vgl. Abbildung 8).

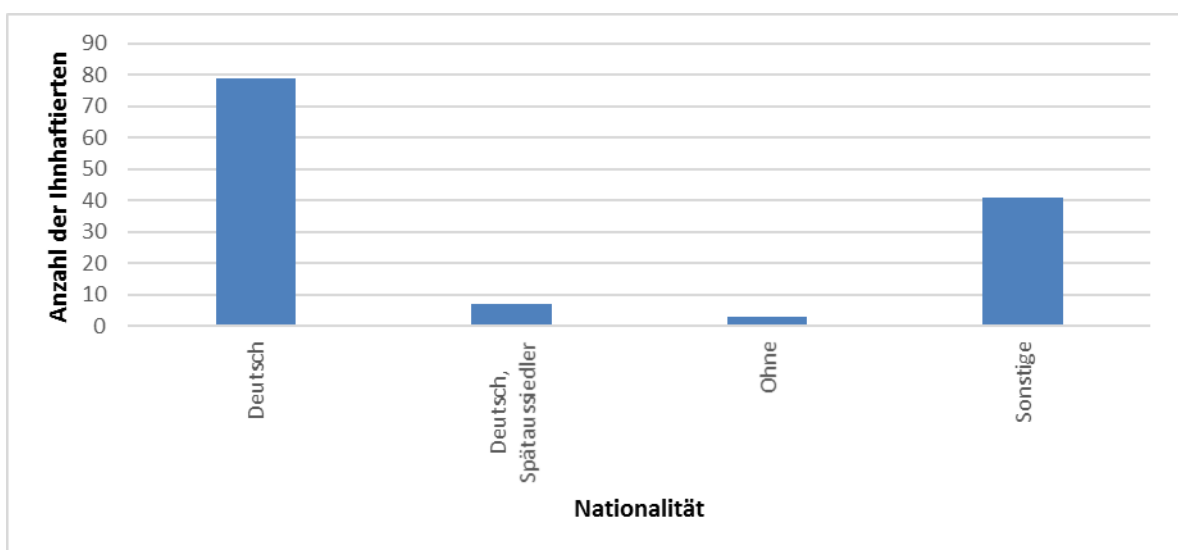


Abbildung 8: Nationalität; n=130

3 Eigene Untersuchungen und Ergebnisse

3.1.1.8. Religionszugehörigkeit

Von der untersuchten Zielgruppe waren 64 Häftlinge Christen (evangelisch, katholisch), 14 waren Moslems, einer war Buddhist, drei gehörten verschiedenen anderen Glaubensrichtungen an und bei 48 war keine Religionszugehörigkeit bekannt (vgl. Abbildung 9).

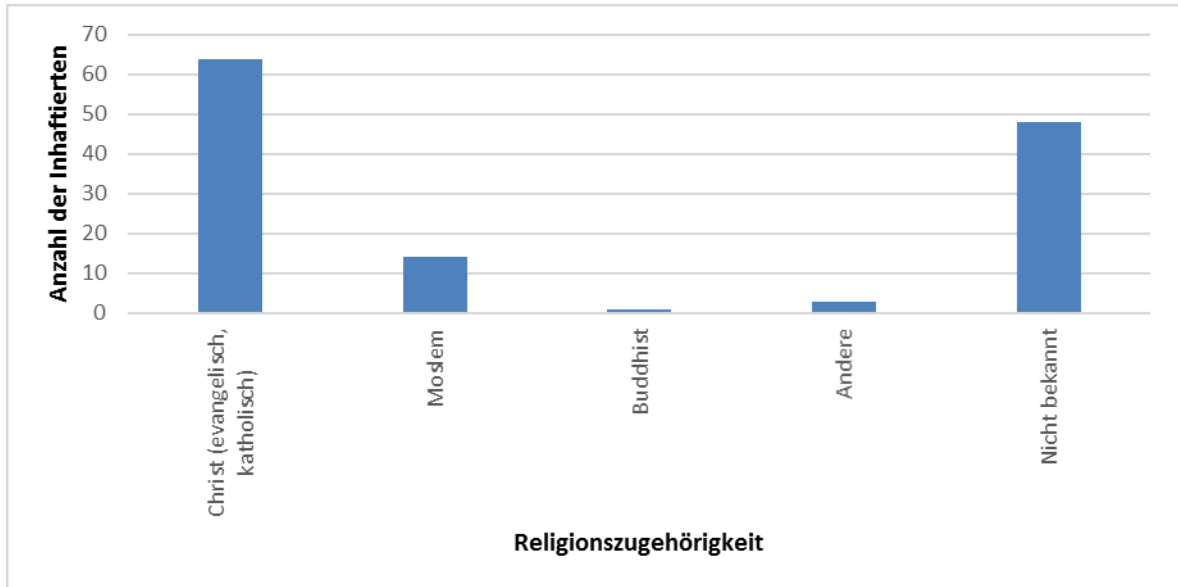


Abbildung 9: Religionszugehörigkeit; n=130

3.1.1.9. Weitere Informationen

44 waren normal gewichtig, zwei unter- und 32 übergewichtig. 43 wiesen Narben oder Tätowierungen auf, davon hatten sieben Narben am Handgelenk.

3.1.2. Haftbezogene Daten

3.1.2.1. Haftsituation/Strafanstalt

Zum Zeitpunkt des Todes waren unterschiedliche Haftanstalten für die Sträflinge zuständig. In den meisten Fällen waren dies die Untersuchungshaftanstalt Hamburg (48) und die Justizvollzugsanstalt Fuhlsbüttel (37). Weniger häufig betroffen waren die Justizvollzugsanstalt Vierlande (13), die Justizvollzugsanstalt Billwerder

3 Eigene Untersuchungen und Ergebnisse

(12), die Justizvollzugsanstalt Glasmoor (10) sowie die Justizvollzugsanstalt Hahnöfersand (6). Sonstige, unklare Zuständigkeiten lagen in vier Fällen vor (vgl. Abbildung 10).

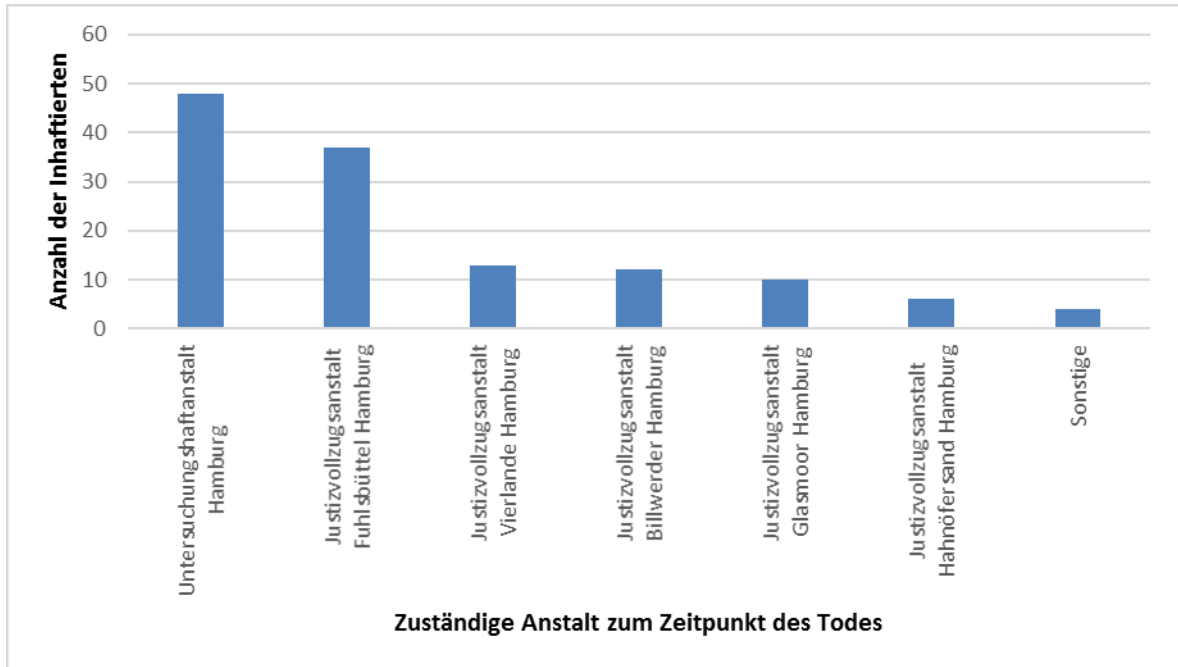


Abbildung 10: Zuständige Anstalt zum Zeitpunkt des Todes; n=130

3.1.2.2. Vollzugsform

Die meisten (98) Häftlinge befanden sich zum Todeszeitpunkt im geschlossenen, nur 29 im offenen Vollzug. In drei Fällen war die Vollzugsform nicht bekannt.

3.1.2.3. Haftart

Die meisten (80) Gefangenen starben in Strafhaft, 37 in Untersuchungshaft, fünf in Sicherheitsverwarnung, drei in Abschiebehaft. In fünf Fällen war die Haftart nicht eindeutig bestimmbar, so dass keine Angaben gemacht werden konnten (vgl. Abbildung 11).

3 Eigene Untersuchungen und Ergebnisse

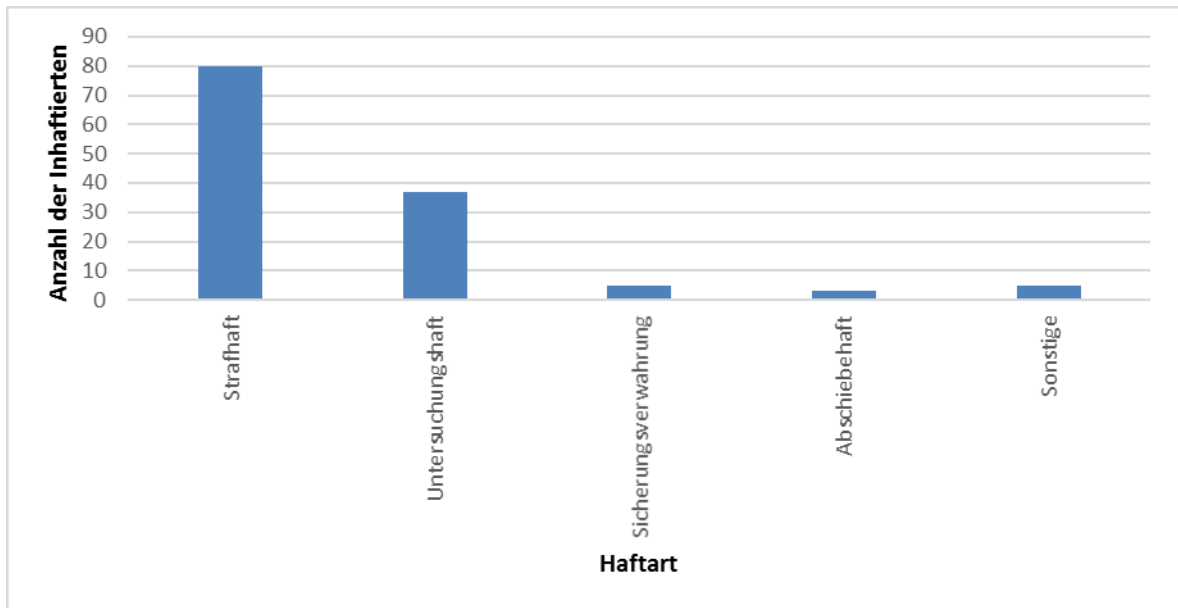


Abbildung 11: Haftart; n=130

3.1.2.4. Frühere Inhaftierungen

Der größte Teil der untersuchten Zielgruppe war vor der aktuellen Haft schon einmal in Haft. 59 waren vor Verbüßung der letzten Strafe mehr als zweimal inhaftiert worden, acht zweimal und 13 einmal. In 23 Fällen war die aktuelle Haft die erste Haft. Bei 27 Häftlingen fehlten die Angaben (vgl. Tabelle 2).

Frühere Inhaftierungen	Ergebnis
>2mal	59
2mal	8
1mal	13
Nein	23
Nicht bekannt	27
Gesamtergebnis	130

Tabelle 2: Frühere Inhaftierungen; n=130

3 Eigene Untersuchungen und Ergebnisse

3.1.2.5. Wie viele Häftlinge hatten sich selbst gestellt?

In den Akten aller 130 Häftlinge wurde recherchiert, ob der jeweilige Häftling sich selbst zur Strafverbüßung gestellt hatte. In 22 Fällen war dies nicht bekannt, auf 82 Fälle traf die Fragestellung nicht zu, da der Häftling sich noch in der Untersuchungshaft befand. Fünf hatten sich nicht gestellt, weil sie nicht geladen worden waren. 13 mussten festgenommen werden, weil sie trotz einer Ladung nicht zum Strafantritt erschienen waren. Nur acht Häftlinge hatten sich selbst gestellt (vgl. Tabelle 3).

Selbst gestellt?	Ergebnis
Ja	8
Nein, Festnahme trotz Ladung zum Strafantritt	13
Nein, wurde nicht geladen	5
Nicht zutreffend (U- Haft)	82
Nicht bekannt	22
Gesamtergebnis	130

Tabelle 3: Anzahl der Häftlinge die sich selber gestellt haben; n=130

3.1.2.6. Arbeit/Ausbildung während der Haft

Während der Haft waren 38 überwiegend tätig, 34 waren überwiegend ohne Verschulden ohne Tätigkeit. Bei 30 war es zu früh für eine Vermittlung, vier waren überwiegend verschuldet ohne Tätigkeit. In 24 Fällen konnte keine Aussage getroffen werden (vgl. Tabelle 4).

3 Eigene Untersuchungen und Ergebnisse

Arbeit/Ausbildung während der Haft	Ergebnis
War überwiegend tätig	38
War überwiegend ohne Verschulden ohne Tätigkeit	34
Zu früh für Vermittlung	30
War überwiegend verschuldet ohne Tätigkeit	4
Nicht bekannt	24
Gesamtergebnis	130

Tabelle 4: Arbeit/Ausbildung während der Haft; n=130

3.1.2.7. Delikte zur Strafverbüßung

Die Delikte wiesen ein breites Spektrum auf. Es kam vor, dass ein Häftling wegen mehrerer Straftaten angeklagt war und die Gesamthaftstrafe wegen sämtlicher Delikte verbüßt wurde. Alle Delikte werden im Folgenden dokumentiert. Kamen sie mehrmals vor, steht hinter dem jeweiligen Delikt die Häufigkeit in Klammern:

Verstoß gegen Waffengesetz

Eigentumsdelikte

Diebstahl mit Waffen (2)

Räuberischer Diebstahl (2)

Schwerer Diebstahl

Bandendiebstahl (3)

Gemeinsamer besonders schwerer Diebstahl

Versuchter Diebstahl (2)

Zahlreiche Diebstähle

Diebstahl (31)

Raub (4)

Schwerer Raub (3)

Bewaffneter Raubüberfall

Versuchter Mord (3)

Mord (13)

2-facher Mord

3 Eigene Untersuchungen und Ergebnisse

3-facher Mordversuch

Totschlag (5)

Versuchter Totschlag

Körperverletzung (10)

Schwere Körperverletzung

Schwere Körperverletzung mit Todesfolge

Gefährliche Körperverletzung (3)

Abschiebehaft (2)

Erpressung (2)

Räuberische Erpressung (4)

Erpresserischer Menschenraub

Verstoß gegen das BtMG (11)

Beförderungserschleichung (3)

Steuerhinterziehung (2)

Betrug (13)

Einbruch (8)

Hausfriedensbruch

Erschleichung von Leistungen (4)

Förderung der Prostitution

Vergewaltigung

Sexuelle Nötigung (2)

Schwerer sexueller Missbrauch von einem oder mehreren Kindern (4)

Erzwingung

Urkundenfälschung

Sachbeschädigung

Meineid

Trunkenheit am Steuer (2)

Illegale Einreise (3)

Urkundenfälschung (3)

Versuchte Erpressung

Straßenverkehrsgefährdung

Computerbetrug

3 Eigene Untersuchungen und Ergebnisse

3.1.2.8. Strafmaß in Monaten

Die meisten Häftlinge verbüßten kürzere Strafen, lediglich bei zwölf betrug das Strafmaß mehr als 100 Monate (vgl. Abbildung 12).

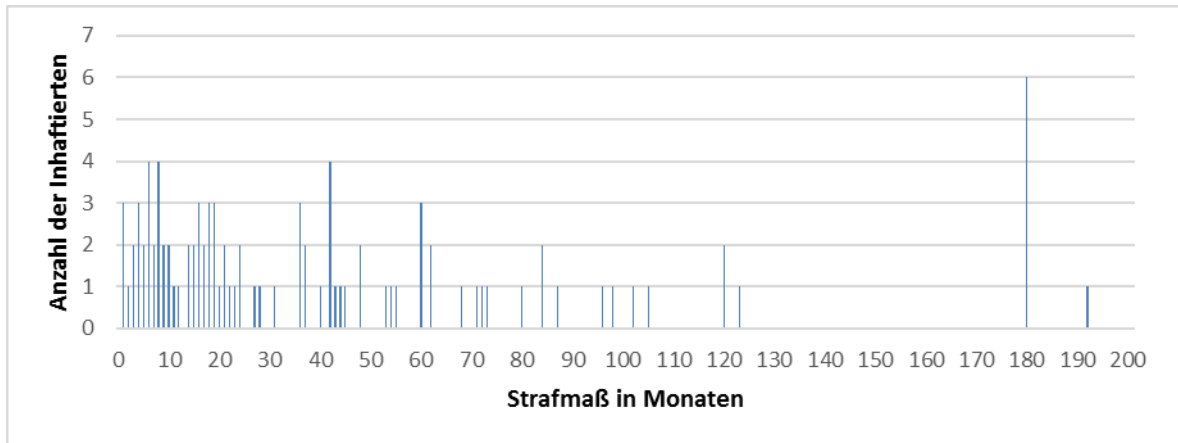


Abbildung 12: Strafmaß in Monaten; n=130

3.1.2.9. Weitere Informationen

In sechs Fällen war während der aktuellen Inhaftierung eine Maßregel nach §66 StGB (Sicherheitsverwahrung) angeordnet worden.

Bei 27 Häftlingen hatte eine Abklärung psychiatrischer Erkrankungen stattgefunden, in neun Fällen war dies nicht der Fall, bei der überwiegenden Mehrheit fanden sich dazu keine Angaben. 15 Häftlinge hatten versucht zu entweichen, zehn Personen einmal, fünf mehrmals.

Sechs Häftlinge wurden während der aktuellen Haft wegen eines Beziehungsdelictes angeklagt bzw. mussten dieses verbüßen. In vier Fällen kam es während dieser Zeit zu sexuellem Missbrauch mit (in den meisten Fällen befreundeten, gut bekannten oder verwandten) Kindern, in einem Fall wurde die geschiedene Frau vergewaltigt und in einem weiteren zwei Mitarbeiterinnen der Haftanstalt (Praktikantin, Mitarbeiterin der Gefängnisbibliothek).

3 Eigene Untersuchungen und Ergebnisse

Neun Häftlinge wurden durch Mitgefangene bedroht oder eingeschüchtert. Dabei reichte die Art der Einschüchterung von Sticheleien, Streit, Bedrohungen, körperlichen Angriffen und anderen strafbaren Handlungen wie Körperverletzung bis hin zum Mordversuch.

3 Eigene Untersuchungen und Ergebnisse

3.2. Auswertung der natürlichen Todesfälle

Zur Analyse der natürlichen Todesfälle konnten bei allen Verstorbenen Angaben aus dem Sterberegister herangezogen werden, in 46 Fällen lagen entsprechende Akten vor und in 37 Fällen ein Sektionsprotokoll.

Es folgt zunächst die Falldarstellung eines natürlichen Todes, dessen Zuordnung nur unter Auswertung des vorhandenen Sektionsprotokolls möglich war. Ansonsten wäre dieser Fall unter der Rubrik „Sonstige“ aufgeführt worden.

3.2.1. Falldarstellung

M. P., dessen Geburtsdatum nicht bekannt war, starb 1996. Er war 1,80m groß und normalgewichtig. Narben oder Tätowierungen hatte er nicht. Die Zuständigkeit lag bei der JVA Fuhlsbüttel. Er befand sich im geschlossenen Vollzug, die Haftart war nicht bekannt. Nationalität, ethnische Herkunft sowie Religionszugehörigkeit waren ebenfalls nicht bekannt. Sein Familienstand war unklar. Er hatte vor seiner Verhaftung keinen festen Wohnsitz. An Unterlagen gab es eine Gesundheitsakte und eine Blattsammlung mit der Dicke von 2,1cm. Ein Sektionsprotokoll lag vor: Tödlicher Herzinfarkt, frische Koronarthrombose, der Tod wäre nicht zu verhindern gewesen.

3.2.2. Personenbezogene Daten

Unter den 130 verstorbenen Häftlingen waren insgesamt 56 natürliche Todesfälle.

3.2.2.1. Altersverteilung

Die Jüngsten starben im Alter von 25 Jahren, der Ältteste wurde 74 Jahre alt. Knapp die Hälfte der natürlichen Todesfälle starb im Alter zwischen 46 und 60 Jahren. Unter 30 waren es drei, über 70 waren es zwei Todesfälle (vgl. Abbildung 13).

3 Eigene Untersuchungen und Ergebnisse

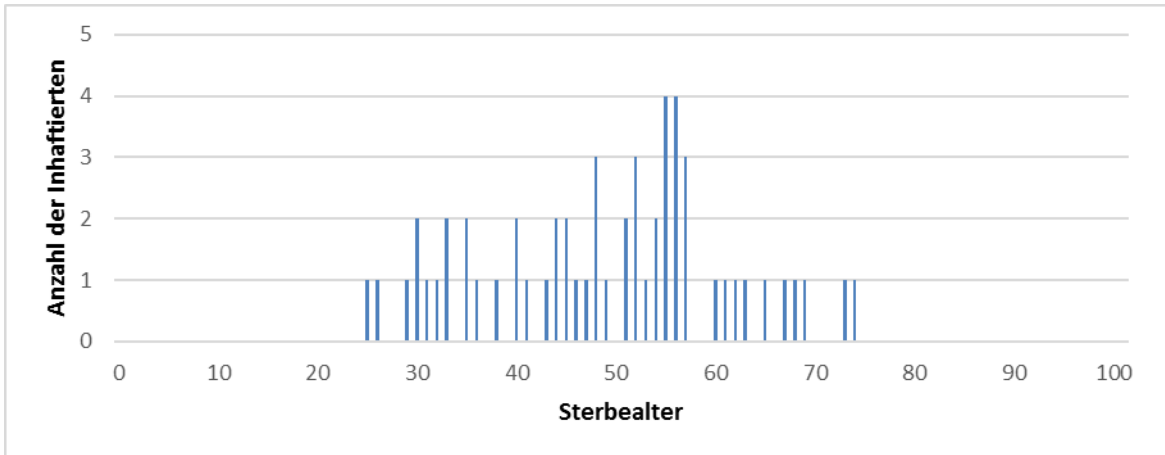


Abbildung 13: Sterbealter; n=56

3.2.2.2. Familienstand

21 Personen, die an einem natürlichen Tod starben, waren ledig und lebten allein (vgl. Abbildung 14). Verheiratet oder verpartnert waren 17. Zehn waren geschieden, drei waren verwitwet und lebten allein. Bei fünf Häftlingen war der Familienstatus unklar.

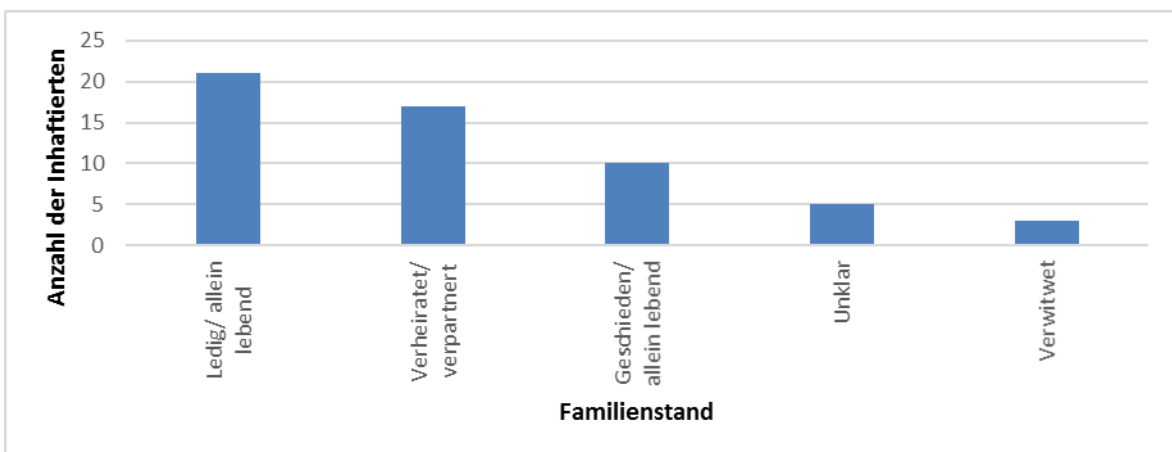


Abbildung 14: Familienstand; n=56

3.2.2.3. Schulabschluss

Der höchste Schulabschluss vor der Inhaftierung war bei 22 der Hauptschulabschluss, sechs hatten Abitur, fünf hatten keinen Schulabschluss sondern ein Ab-

3 Eigene Untersuchungen und Ergebnisse

gangszeugnis, vier hatten einen Realschulabschluss und einer einen Sonder-
schulabschluss (vgl. Abbildung 15).

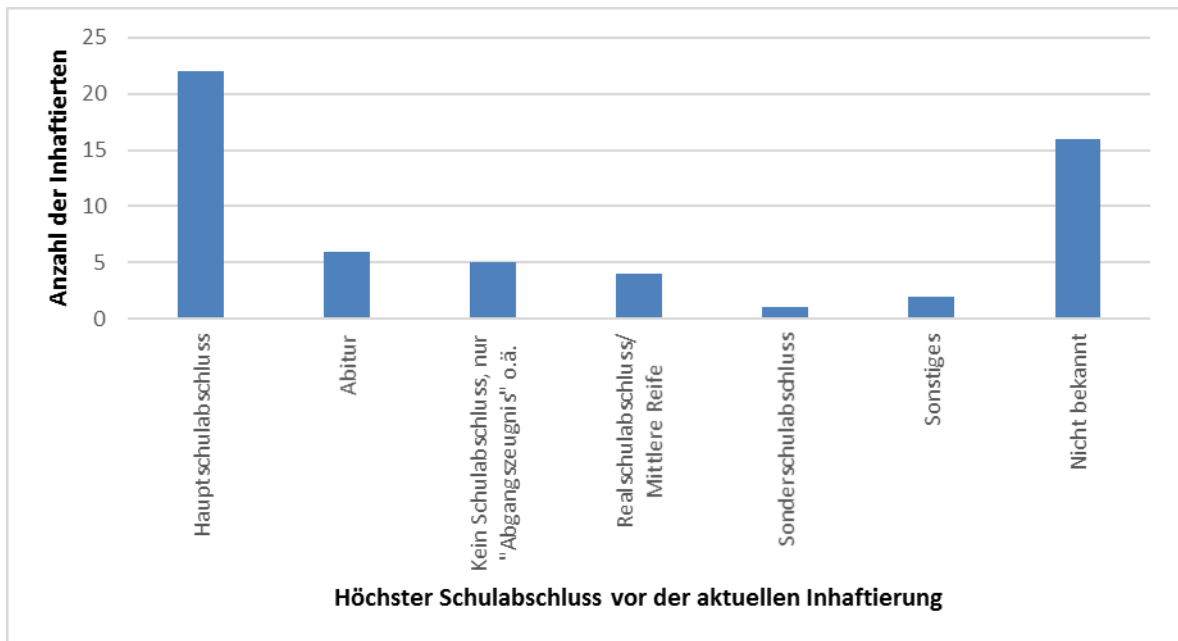


Abbildung 15: Höchster Schulabschluss vor der aktuellen Inhaftierung; n=56

3.2.2.4. Berufsqualifikation

29 konnten eine abgeschlossene Berufsausbildung vorweisen, sechs einen An-
lernberuf. Weder Berufsausbildung noch Anlernberuf hatten vor der aktuellen In-
haftierung 13, einer war noch in der Ausbildung. In sieben Fällen gab es keine An-
gaben (vgl. Abbildung 16).

3 Eigene Untersuchungen und Ergebnisse

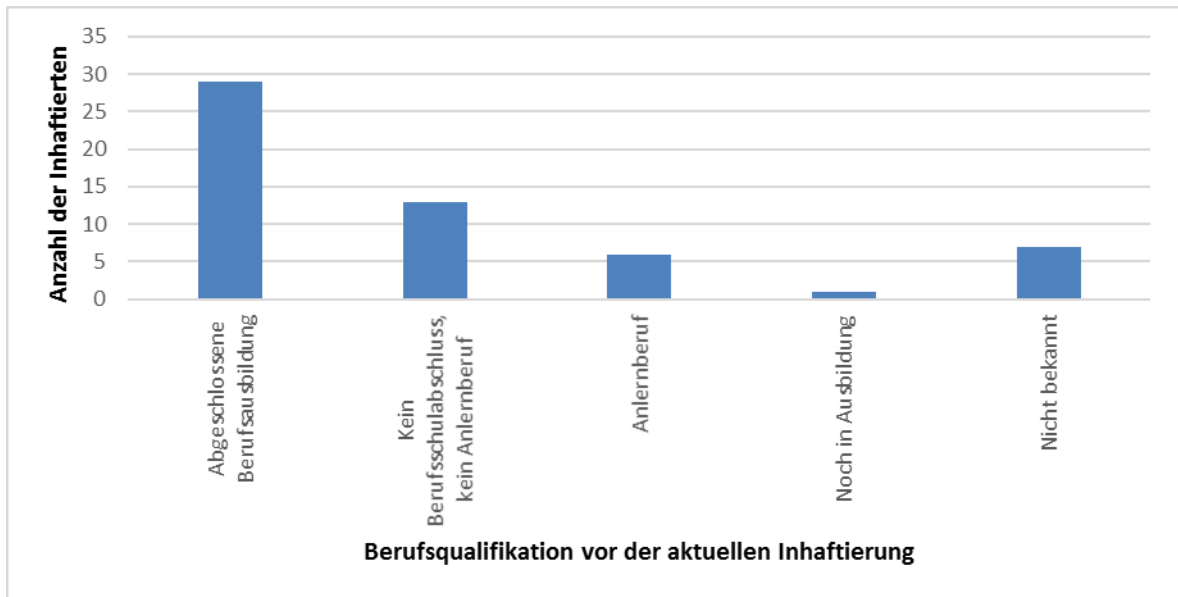


Abbildung 16: Berufsqualifikation vor der aktuellen Inhaftierung; n=56

3.2.2.5. Beschäftigungsstatus unmittelbar vor der Inhaftierung

Die größte Gruppe (25) stellten jene, die vor ihrer Inhaftierung arbeitslos waren. Eine feste Arbeitsstelle konnten nur vier aufweisen. Sechs waren Rentner, einer war Schüler und noch in der Ausbildung. Gelegentlich arbeiteten vier, regelmäßig mit Unterbrechungen aber ohne feste Arbeitsstelle, arbeiteten sechs. In zehn Fällen gab es zu dieser Fragestellung keine Angaben (vgl. Abbildung 17).

3 Eigene Untersuchungen und Ergebnisse

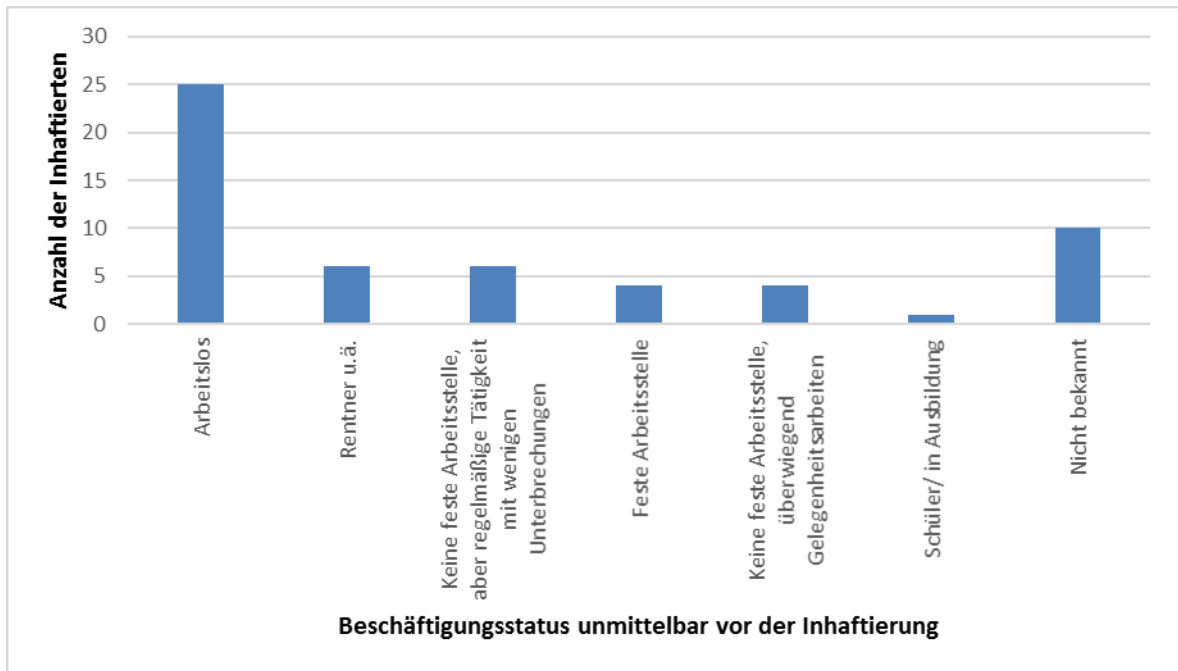


Abbildung 17: Beschäftigungsstatus unmittelbar vor der Inhaftierung; n=56

3.2.2.6. Herkunft

39 waren deutscher Nationalität, fünf waren deutsche Spätaussiedler, zwölf hatten andere Nationalitäten (vgl. Tabelle 5). 40 hatten eine weiße Hautfarbe, drei sahen weiß-osteuropäisch aus, neun waren mediterran-dunkel und in vier Fällen gab es keine Angaben (vgl. Tabelle 6).

Nationalität	Ergebnis
Deutsch	39
Deutsch, Spätaussiedler	5
Sonstige	12
Gesamtergebnis	56

Tabelle 5: Nationalität; n=56

3 Eigene Untersuchungen und Ergebnisse

Ethnische Herkunft	Ergebnis
Mediterran-dunkel	9
Weiß	40
Weiß-osteuropäisch	3
Nicht bekannt	4
Gesamtergebnis	56

Tabelle 6: Ethnische Herkunft; n=56

3.2.2.7. Religionszugehörigkeit

34 waren Christen, sechs Moslems, einer Buddhist, einer gehörte einer anderen Religionsgemeinschaft an, in 14 Fällen war keine Religionszugehörigkeit bekannt (vgl. Tabelle 7).

Religionszugehörigkeit	Ergebnis
Christ (evangelisch, katholisch)	34
Moslem	6
Buddhist	1
Andere	1
Nicht bekannt	14
Gesamtergebnis	56

Tabelle 7: Religionszugehörigkeit; n=56

3.2.2.8. Wohnsituation

Die meisten (36) hatten vor ihrer Inhaftierung einen festen Wohnsitz, 16 keinen. In vier Fällen gab es zu dieser Fragestellung keine Angaben (vgl. Tabelle 8).

3 Eigene Untersuchungen und Ergebnisse

Wohnsituation unmittelbar vor der Inhaftierung	Ergebnis
Fester Wohnsitz	36
Kein fester Wohnsitz	16
Nicht bekannt	4
Gesamtergebnis	56

Tabelle 8: Wohnsituation unmittelbar vor der Inhaftierung; n=56

3.2.3. Haftbezogene Daten

3.2.3.1. Haftsituation/Strafanstalt

Zum Zeitpunkt des Todes lag die Zuständigkeit in 20 Fällen bei der Justizvollzugsanstalt Fuhlsbüttel, in 14 Fällen bei der Untersuchungshaftanstalt, in zehn Fällen bei der Justizvollzugsanstalt Billwerder, in fünf Fällen bei der Justizvollzugsanstalt Glasmoor, in vier Fällen bei der Justizvollzugsanstalt Vierlande und in drei Fällen bei der Justizvollzugsanstalt Hahnöfersand (vgl. Abbildung 18).

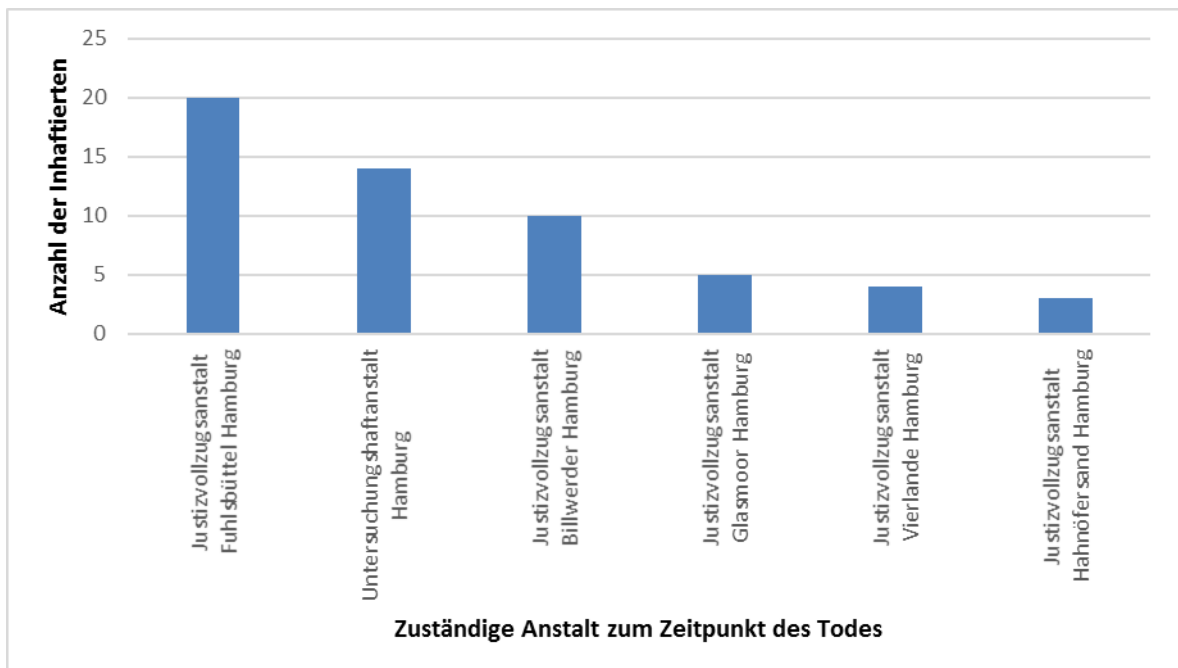


Abbildung 18: Zuständige Anstalt zum Zeitpunkt des Todes; n=56

3 Eigene Untersuchungen und Ergebnisse

3.2.3.2. Vollzugsform

Von den Häftlingen, die eines natürlichen Todes gestorben waren, befanden sich 44 im geschlossenen Vollzug, elf im offenen Vollzug, in einem Fall war die Vollzugsart nicht bekannt.

3.2.3.3. Haftart

Der größte Teil (42) verbüßte eine Strafe, sieben waren in Untersuchungshaft verstorben, fünf in Sicherheitsverwahrung, in zwei Fällen gab es keine Angaben (vgl. Tabelle 9).

Haftart	Ergebnis
Strafhaft	42
Untersuchungshaft	7
Sicherungsverwahrung	5
Sonstige	2
Gesamtergebnis	56

Tabelle 9: Haftart; n=56

3.2.3.4. Frühere Inhaftierungen

Für die meisten war die aktuelle Haft nicht die erste. 32 waren bereits häufiger als zweimal inhaftiert, zwei genau zweimal und sechs einmal. Neun waren vorher noch nie in Haft. In sieben Fällen gab es in den Akten dazu keine Angabe (vgl. Tabelle 10).

3 Eigene Untersuchungen und Ergebnisse

Frühere Inhaftierungen	Ergebnis
>2mal	32
2mal	2
1mal	6
Nein	9
Nicht bekannt	7
Gesamtergebnis	56

Tabelle 10: Frühere Inhaftierungen

3.2.3.5. Selbst gestellt?

Fünf hatten sich selbst gestellt, sieben mussten festgenommen werden, obwohl sie eine Ladung zum Strafantritt erhalten hatten; 37 waren zu dem Zeitpunkt noch in Untersuchungshaft und in sieben Fällen gab es keine Angabe zu der Fragestellung (vgl. Tabelle 11).

Selbst gestellt?	Ergebnis
Ja	5
Nein, Festnahme trotz Ladung zum Strafantritt	7
Nicht zutreffend (U- Haft)	37
Nicht bekannt	7
Gesamtergebnis	56

Tabelle 11: Anzahl der Häftlinge, die sich selber gestellt haben; n=56

3.2.3.6. Strafmaß in Monaten

Das Strafmaß lag bei den meisten unter 20 Monaten (vgl. Abbildung 19). In fünf Fällen lag es bei 180 Monaten oder mehr.

3 Eigene Untersuchungen und Ergebnisse

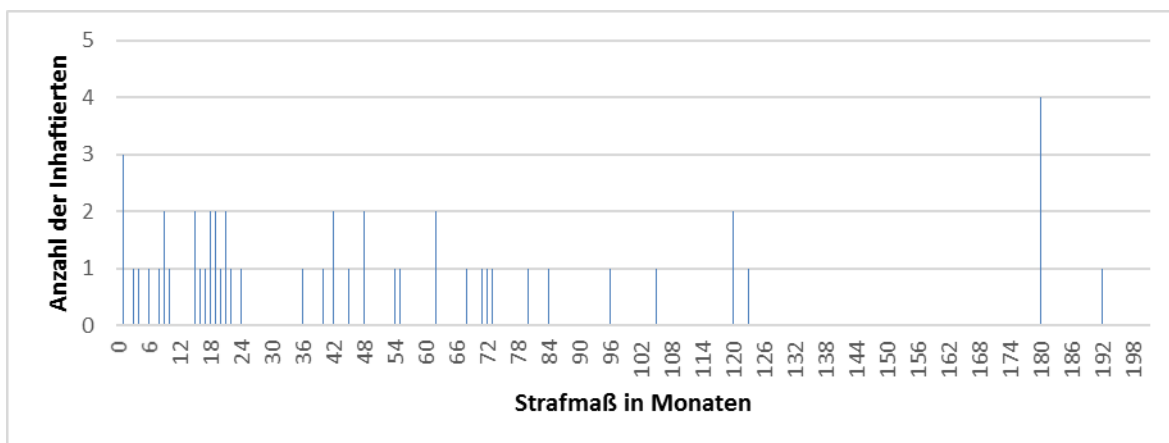


Abbildung 19: Strafmaß in Monaten; n=56

3.2.3.7. Arbeit/Ausbildung während der Haft

23 waren überwiegend ohne Verschulden ohne Tätigkeit, 19 waren überwiegend tätig. Bei fünf war es zu früh für eine Vermittlung. Zwei waren überwiegend verschuldet ohne Tätigkeit. In sieben Fällen gab es keine Angaben (vgl. Tabelle 12).

Arbeit/Ausbildung während der Haft	Ergebnis
War überwiegend ohne Verschulden ohne Tätigkeit	23
War überwiegend tätig	19
Zu früh für Vermittlung	5
War überwiegend verschuldet ohne Tätigkeit	2
Nicht bekannt	7
Gesamtergebnis	56

Tabelle 12: Arbeit/Ausbildung während der Haft; n=56

3.2.4. Gesundheit/Krankheit/Tod

3.2.4.1. Todesart/Erkrankungen

Die meisten Häftlinge, die eines natürlichen Todes gestorben waren, starben an Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems: 22 am Herzinfarkt und fünf an sonstigen Herzerkrankungen. Acht starben an bösartigen Neubildungen (Malignomen),

3 Eigene Untersuchungen und Ergebnisse

vier an Lungenerkrankungen, einer an Erkrankungen des Verdauungssystems (gastrointestinale Erkrankungen), einer an einer neurologischen Erkrankung. 15 Häftlinge starben eines natürlichen Todes sonstiger Ursache (vgl. Abbildung 20).

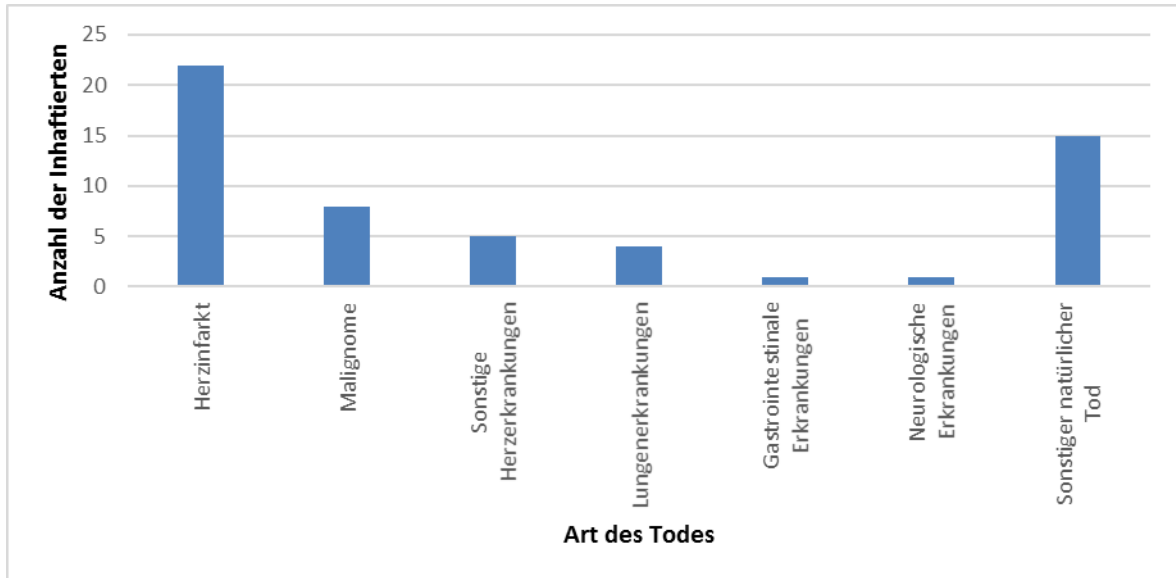


Abbildung 20: Art des Todes; n=56

3.2.4.2. Vorerkrankungen/Begleiterkrankungen

In 38 Fällen waren Vorerkrankungen bekannt, in 18 Fällen nicht. In 19 Fällen wurde explizit die Koronare Herzkrankheit, in zwei Fällen das Bronchialasthma, in drei Fällen beide Arten von Vorerkrankungen gleichermaßen benannt.

Als bekannte Begleiterkrankungen wurden außerdem Hepatitis (in zwei Fällen), HIV (in zwei Fällen), in einem Fall sowohl Hepatitis als auch HIV, in einem Fall ein bestätigter und in einem weiteren Fall ein nicht bestätigter Verdacht auf Intoxikation durch Betäubungsmittel erwähnt.

3 Eigene Untersuchungen und Ergebnisse

3.2.4.3. Ernährungsstand/BMI

Als ein Indiz für die Gesundheit eines Menschen gilt sein Ernährungsstatus. Dieser ist über den Body Mass Index (BMI) definiert, als der Quotient aus Gewicht/(Länge x Länge) mit den Dimensionen kg/m². Sowohl Unter- als auch Übergewicht können auf Krankheiten hindeuten. Als Untergewicht wird ein BMI <18,5 definiert, als Normalgewicht ein BMI zwischen 18,5 und 25. Als Übergewicht wird ein BMI >25 definiert. Von den 56 Verstorbenen waren 21 normal gewichtig, 17 waren übergewichtig und einer untergewichtig. In den restlichen Fällen reichten die Angaben nicht aus, um den BMI zu ermitteln (vgl. Abbildung 21).

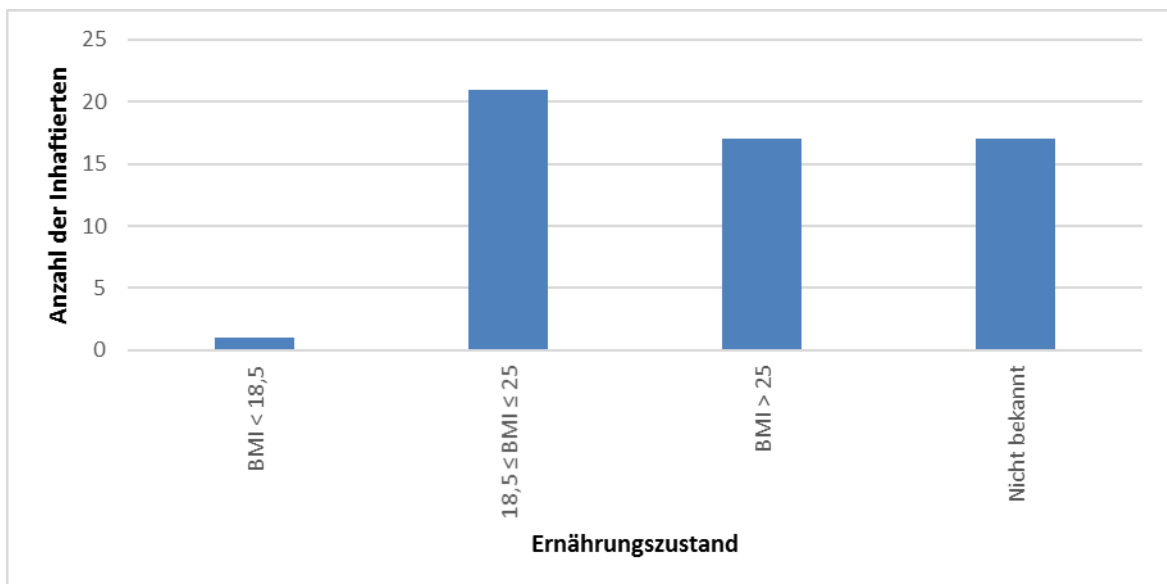


Abbildung 21: Ernährungsstatus; n=56

3 Eigene Untersuchungen und Ergebnisse

3.2.4.4. Zu welcher Uhrzeit wurde der Tod des Inhaftierten festgestellt?

Die meisten natürlichen Todesfälle (18) wurden morgens entdeckt. Nachts waren es zwölf, mittags acht, nachmittags sechs und abends vier. Bei acht Personen war keine Tageszeit angegeben (vgl. Abbildung 22).

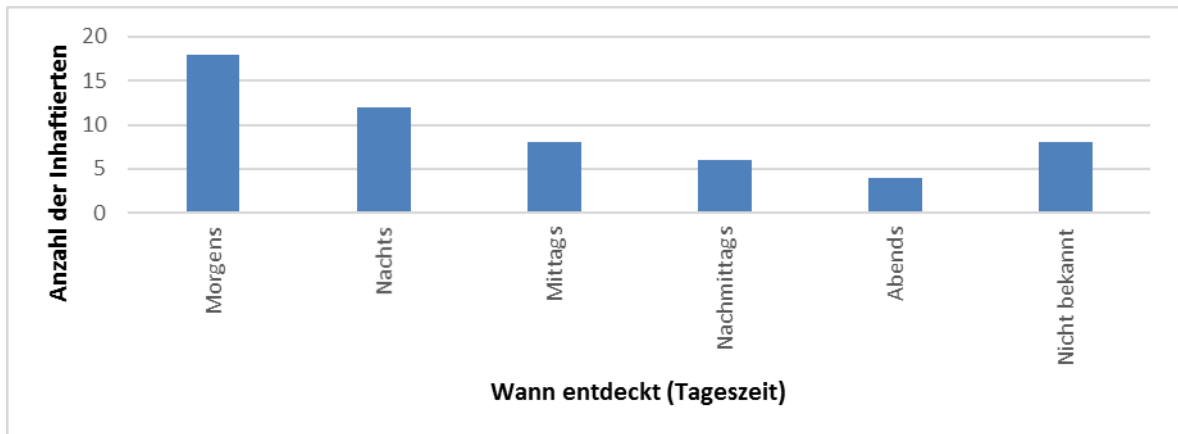


Abbildung 22: Wann entdeckt (Tageszeit); n=56

Die Daten zu der Frage „Wurden Wiederbelebungsversuche unternommen?“ konnten wegen fehlender oder ungenauer Daten nicht ausgewertet werden.

3.2.4.5. Weitere Informationen

Die meisten der 56 natürlichen Todesfälle wiesen keine Narben oder Tätowierungen auf (42), bei 14 waren diese vorhanden. Drei wiesen Narben am Handgelenk auf.

In den meisten (53) Fällen war nicht dokumentiert, ob Alkoholkonsum vorlag. In drei Fällen war dies eindeutig der Fall.

3 Eigene Untersuchungen und Ergebnisse

3.3. Auswertung der Suizidfälle

Zur Analyse der Suizide konnten in allen Fällen Angaben aus dem Sterberegister herangezogen werden. In 41 Fällen lagen Akten und in 26 Fällen lagen Sektionsprotokolle vor.

3.3.1. Falldarstellungen (Fälle 1-3)

Es folgen drei Falldarstellungen, bei denen erst die Heranziehung der Sektionsprotokolle Klarheit über die Todesursache „Suizid“ ergab. Ohne diese Angaben wären diese drei Fälle unter „Sonstige“ eingestuft worden.

3.3.1.1. Fall 1

H.-J. D., geboren 1957, starb an einem Morgen im Jahr 2002 mit einer Nadel in der Hand. Wiederbelebungsversuche wurden durchgeführt. Er war 1,74m groß, Deutscher, weißer Hautfarbe, Christ. Am Oberkörper hatte er Tätowierungen. Er war dem Vollzug 1993 zugeführt worden und befand sich zum Zeitpunkt des Todes in Strafhaft im geschlossenen Vollzug in Untersuchungshaft. Er hatte sich nicht selbst gestellt und war früher schon häufiger als zweimal inhaftiert gewesen. Zuletzt war er 1989 entlassen worden. Angeklagt war er wegen Körperverletzung und Totschlag, sein Strafmaß betrug 84 Monate. Strafende wäre 2011 gewesen. Er galt als nicht therapierbar. Vor Menschenansammlungen hatte er eine Phobie. Während der Haft gab es mehrfach Entweichungen. Eine Maßregel nach §66StGB war angeordnet. Er hatte mehrmals Kontakt zu den Fachdiensten, eine vorherige Abklärung psychiatrischer Erkrankungen hatte stattgefunden, und er galt als nicht suizidgefährdet. Die Zuständigkeit lag zum Todeszeitpunkt bei der Justizvollzugsanstalt Fuhlsbüttel. Er hatte einen Hauptschulabschluss, eine abgeschlossene Berufsausbildung, war aber vor der Haft arbeitslos. Er hatte keinen festen Wohnsitz. Während der Haft war er verschuldet ohne Tätigkeit. Er hatte HIV und Lungenerkrankungen, litt unter Bronchialasthma, war Alkohol- und drogenabhängig.

3 Eigene Untersuchungen und Ergebnisse

Seine Akte war 12,5cm dick, eine Nebenakte 0,3cm, ein Sektionsprotokoll lag vor. Todesursache war laut Sektionsprotokoll: Suizid durch Vergiftung.

3.3.1.2. Fall 2

H. L., geboren 1969, starb im Jahr 2011 abends. Wiederbelebungsversuche wurden nicht durchgeführt. Er war Deutscher, weißer Hautfarbe, ohne Narben oder Tätowierungen. Er war Christ. Zuständig war die JVA Fuhlsbüttel. Er befand sich zum Todeszeitpunkt in Strafhaft im geschlossenen Vollzug. Vor der aktuellen Haft war er bereits häufiger als zweimal inhaftiert gewesen. Jetzt war er zu einer Strafe von 60 Monaten wegen Vergewaltigung verurteilt worden. Strafende wäre 2012 gewesen. Er galt als etwas suizidgefährdet und hatte mehrmals Kontakt zu den Fachdiensten, eine Abklärung psychiatrischer Erkrankungen hatte nicht stattgefunden, da der Häftling die Mitarbeit verweigert hatte. Er war alkohol- und drogenabhängig. Während der aktuellen Haft wurde ein Beziehungsdelikt angeklagt (sexueller Missbrauch der Nichte). Er war ledig und lebte allein, hatte einen Hauptschulabschluss und eine abgeschlossene Berufsausbildung, war arbeitslos und ohne festen Wohnsitz. Während der Haft war er überwiegend tätig. Seine Akte war 34,6cm dick, dazu kamen Gesundheitsakte und Nebenakten mit einer Gesamtdicke von 3,2cm. Dank des Sektionsprotokolls konnte die Todesursache ermittelt werden: Suizid durch Drogen.

3.3.1.3. Fall 3

M. O., geboren 1966, starb an einem Morgen im Jahr 2004. Er war Weißer, hatte keine Narben oder Tätowierungen, war 1,99m groß und normalgewichtig. Wiederbelebungsversuche wurden nicht durchgeführt. Zuständig war die JVA Fuhlsbüttel. Er befand sich in Strafhaft im geschlossenen Vollzug und hatte sich nicht selbst gestellt. Vorher war er noch nie inhaftiert gewesen. Er war wegen Totschlags zu einer Haftstrafe von 98 Monaten verurteilt worden. Strafende wäre 2007 gewesen. Er war schwer drogenabhängig, hatte mehrmals Kontakt zu den Fachdiensten, eine Abklärung psychiatrischer Erkrankungen hatte stattgefunden, dabei war eine Persönlichkeitsstörung bei überdurchschnittlichem IQ festgestellt worden. Er galt

3 Eigene Untersuchungen und Ergebnisse

als nicht suizidgefährdet, Hinweise auf Sticheleien lagen nicht vor. Er hatte während einer Suchttherapie Drogen konsumiert und war deshalb in den geschlossenen Vollzug gekommen. Seine Nationalität war unbekannt. Er war ledig, hatte einen Hauptschulabschluss, eine abgeschlossene Berufsausbildung, war arbeitslos und verfügte über einen festen Wohnsitz. Während der Haft war er überwiegend tätig. Seine Akte war 10cm dick, seine Gesundheitsakte 0,4cm, auch ein Sektionsprotokoll lag vor, in dem als Todesursache vermerkt war: Suizid durch intravenöse Drogenüberdosis.

3.3.2. Personenbezogene Daten

Im angegebenen Zeitraum beendeten 50 Häftlinge ihr Leben durch Suizid, davon drei weibliche (Anmerkung: wegen der geringen Anzahl wurden diese nicht gesondert berücksichtigt). Alle folgenden Angaben beziehen sich auf diese 50 Fälle als Grundgesamtheit.

3.3.2.1. Altersverteilung

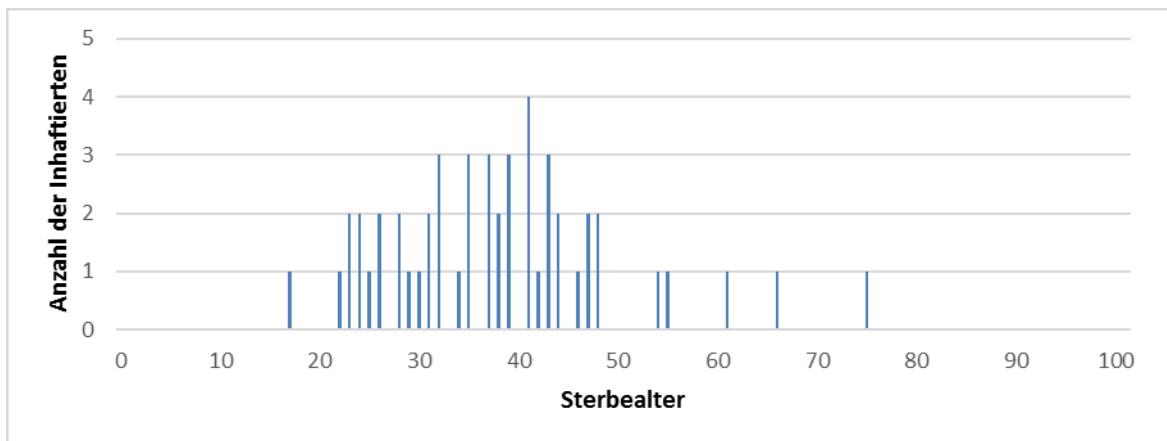


Abbildung 23: Sterbealter; n=50

Die Altersverteilung zeigt, dass neun Suizide in der Altersgruppe 31 bis 35 stattfanden. In der Altersgruppe 21 bis 30 suizidierten sich zwölf Gefangene. Die meisten Suizide (29, 58,0%) ereigneten sich in der Altersgruppe 20 bis 40 Jahre. Es folgt die Altersgruppe 46 bis 50 mit fünf Suizidenten. Der jüngste Suizident war 17 Jahre alt, der älteste 75. (vgl. Abbildung 23).

3 Eigene Untersuchungen und Ergebnisse

3.3.2.2. Familienstand

Um die individuellen Besonderheiten eines Suizids berücksichtigen zu können, müssen mehr Informationen über den jeweiligen Suizidenten bekannt sein. Gibt es persönliche Konstellationen und Lebensbedingungen (außer der Haftsituation), die eine Selbsttötung begünstigen? Nach Bronisch (Bronisch 2002) sollen „...die Verheirateten die niedrigsten Suizid- und Suizidversuchsraten aufweisen“.

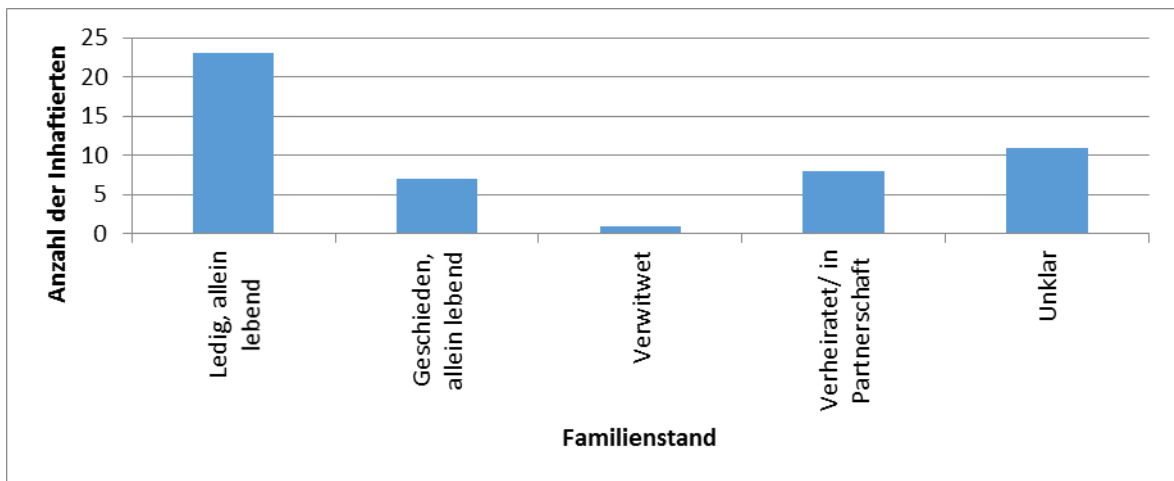


Abbildung 24: Familienstand; n=50

23 Suizidenten waren ledig, sieben geschieden, einer verwitwet und nur acht verheiratet oder in einer Partnerschaft (vgl. Abbildung 24).

3 Eigene Untersuchungen und Ergebnisse

3.3.2.3. Schulabschluss

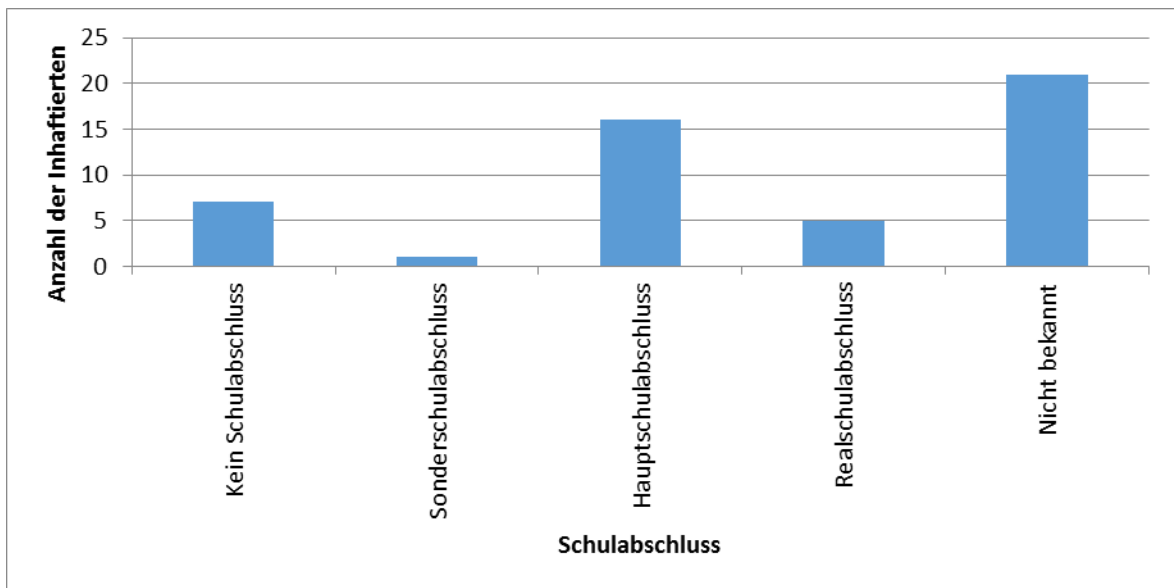


Abbildung 25: Schulabschluss; n=50

In 16 Fällen war ein Hauptschulabschluss vorhanden, in sieben Fällen ein „Abgangszeugnis“ aber kein Schulabschluss, in fünf Fällen ein Realschulabschluss und einmal ein Sonderschulabschluss. In 21 Fällen war der Abschluss nicht ermittelbar (vgl. Abbildung 25).

3 Eigene Untersuchungen und Ergebnisse

3.3.2.4. Berufsqualifikation

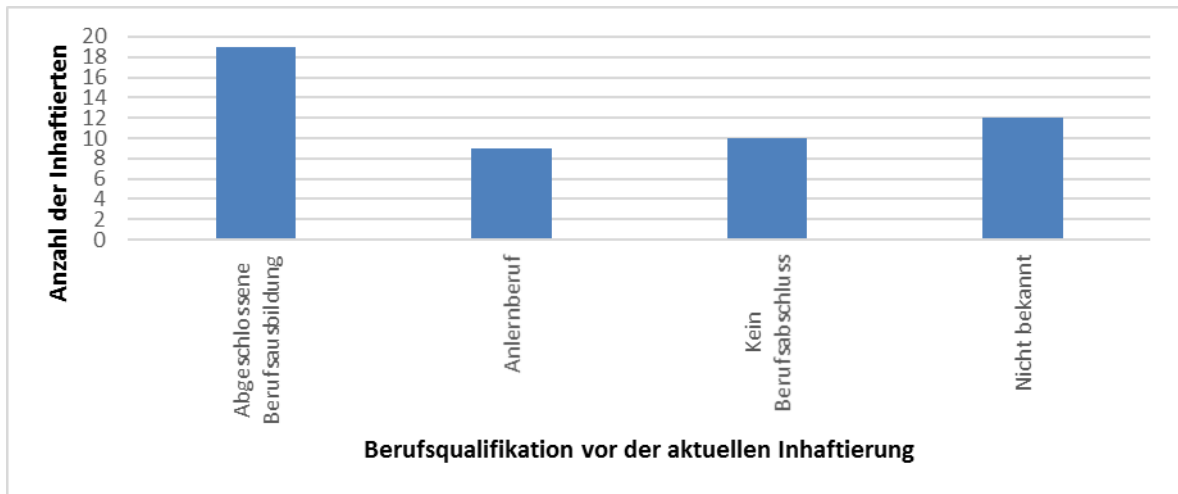


Abbildung 26: Berufsqualifikation vor der aktuellen Inhaftierung; n=50

Eine abgeschlossene Berufsausbildung wiesen 19 Personen auf, einen Anlernberuf neun, zehn hatten keinen Berufsabschluss (vgl. Abbildung 26).

3.3.2.5. Beschäftigungsstatus unmittelbar vor der Inhaftierung

Beschäftigungsstatus unmittelbar vor der Inhaftierung	Ergebnis
Arbeitslos	11
Asylbewerber, anstehende Abschiebung	4
Feste Arbeitsstelle	4
Keine feste Arbeitsstelle, aber regelmäßige Tätigkeit mit wenigen Unterbrechungen	3
Keine feste Arbeitsstelle, überwiegend Gelegenheitsarbeiten	13
Rentner	2
Nicht bekannt	13
Gesamtergebnis	50

Tabelle 13: Beschäftigungsstatus unmittelbar vor der Inhaftierung; n=50

Nur vier Personen hatten vor der Inhaftierung eine feste Arbeitsstelle. Die meisten waren Gelegenheitsarbeiter (13) oder arbeiteten ohne feste Arbeitsstelle regelmä-

3 Eigene Untersuchungen und Ergebnisse

ßig, mit gelegentlichen Unterbrechungen (3). Vier arbeiteten vor ihrer Inhaftierung nicht, weil sie Asylbewerber waren (vgl. Tabelle 13).

3.3.2.6. Herkunft

Die Nationalität wurde aus den Akten erschlossen. Auf eine Identifizierung mittels der Namen wurde verzichtet, da dieses Vorgehen mit Unsicherheiten behaftet ist. Daher konnten vier Fälle nicht ausgewertet werden. Von den 50 Suizidenten waren 27 Deutsche (52%), darunter zwei Spätaussiedler (4%). 20 waren Ausländer (40%) unterschiedlichster Nationalität (vgl. Tabelle 14), bei drei Personen war eine Zuordnung nicht möglich.

Nationalität	Ergebnis
Albaner	1
Algerier	2
Brasilianer	1
Deutscher	27
Georgier	1
Indonesier	1
Jugoslawe	3
Mazedonier	1
Moldawe	1
Perser/Iraner	1
Pole	1
Rumäne	1
Russe	1
Tunesien	1
Tunesier	1
Türke	3
Nicht bekannt	3
Gesamtergebnis	50

Tabelle 14: Nationalität; n=50

3 Eigene Untersuchungen und Ergebnisse

Um noch genauere Aussagen über die Herkunft der Suizidenten zu bekommen, wurden die Fotos, die sich in den Akten befanden, ausgewertet und Gesichtsform sowie Hautfarbe beurteilt.

Ethnische Herkunft	Ergebnis
Mediterran-dunkel	11
Weiß	26
Weiß-osteuropäisch	6
Nicht bekannt	7
Gesamtergebnis	50

Tabelle 15: Ethnische Herkunft; n=50

Nach Auswertung der Portraitfotos in den Akten (soweit vorhanden) waren 26 Suizidenten Weiße, sechs waren Weiße mit osteuropäischem Aussehen und elf vom mediterran-dunklen Typus (vgl. Tabelle 15).

3.3.2.7. Religionszugehörigkeit

Gerade bei Gefangenen mit Migrationshintergrund muss man davon ausgehen, dass sie nicht in der christlichen Religion verwurzelt sind, sondern andere moralische und ethische Grundhaltungen haben.

In den meisten Fällen fand sich in den Unterlagen keine Angabe über die Religionszugehörigkeit. Immerhin ergab sich, dass 20 Suizidenten Christen und 7 Moslems waren (vgl. Tabelle 16).

Religionszugehörigkeit	Ergebnis
Christ	20
Moslem	7
Andere	1
Nicht bekannt	22
Gesamtergebnis	50

Tabelle 16: Religionszugehörigkeit; n=50

3 Eigene Untersuchungen und Ergebnisse

3.3.3. Haftbezogene Daten

3.3.3.1. Haftsituation/Strafanstalt

Um eventuelle Zusammenhänge zwischen der Haftsituation und der Suizidhäufigkeit festzustellen, wurde die Zahl der Suizidenten aus den entsprechenden Haftanstalten ermittelt.

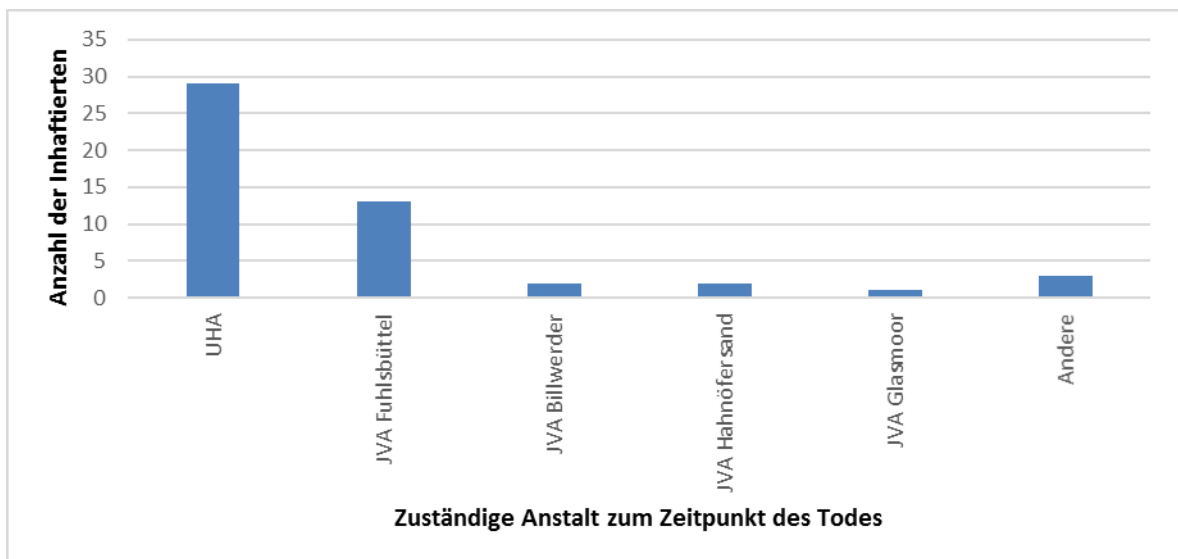


Abbildung 27: Zuständige Anstalt zum Zeitpunkt des Todes; n=50

29 Häftlinge suizidierten sich nach ihrer Festnahme in der Untersuchungshaftanstalt. An zweiter Stelle stand mit 13 Fällen die JVA Fuhlsbüttel, an letzter die JVA Glasmoor mit einem Fall (vgl. Abbildung 27).

3 Eigene Untersuchungen und Ergebnisse

3.3.3.2. Vollzugsform

Welche Vollzugsform?	Ergebnis
Geschlossener Vollzug	45
Offener Vollzug	3
Nicht bekannt	2
Gesamtergebnis	50

Tabelle 17: Vollzugsform; n=50

Die meisten (45) Häftlinge befanden sich im geschlossenen Vollzug, im offenen Vollzug waren nur drei (vgl. Tabelle 17).

3.3.3.3. Haftart

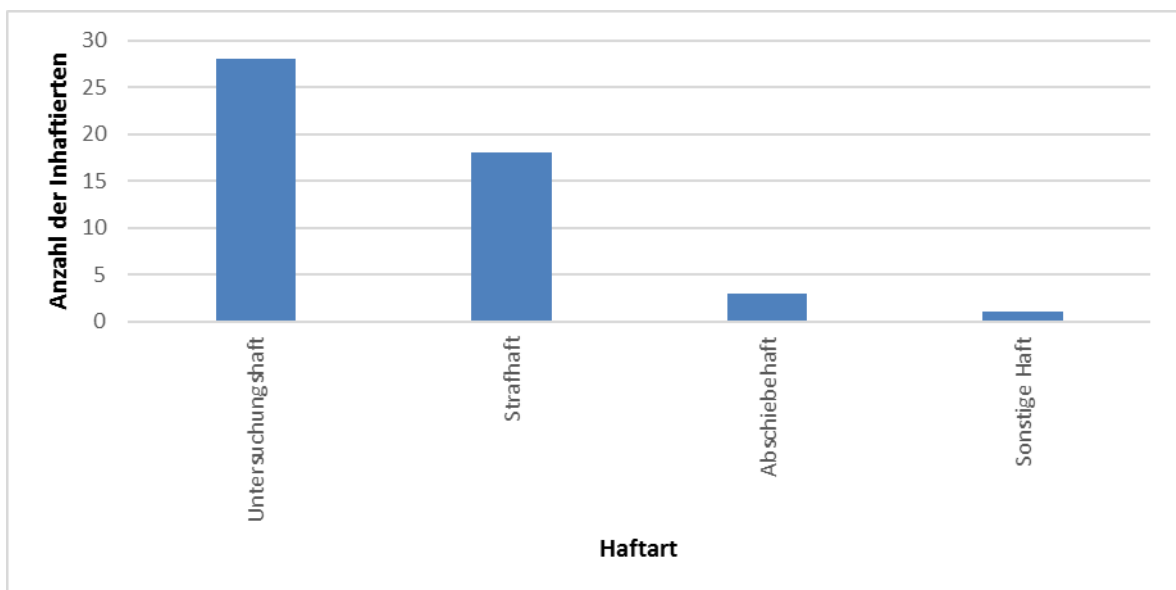


Abbildung 28: Haftart; n=50

Zum Zeitpunkt des Suizids waren 28 Häftlinge in Untersuchungshaft, 18 in Strafhaf, drei in Abschiebehaft (vgl. Abbildung 28).

3 Eigene Untersuchungen und Ergebnisse

3.3.3.4. Frühere Inhaftierungen

Die meisten (24) der 50 Suizidenten, über die in den Unterlagen Angaben zu finden waren, galten als hafterfahren: Zwei befanden sich vor der letzten Inhaftierung schon einmal in Haft, drei bereits zweimal, 19 mehr als zweimal. Für 13 war die letzte Haft gleichzeitig die erste (vgl. Abbildung 29).

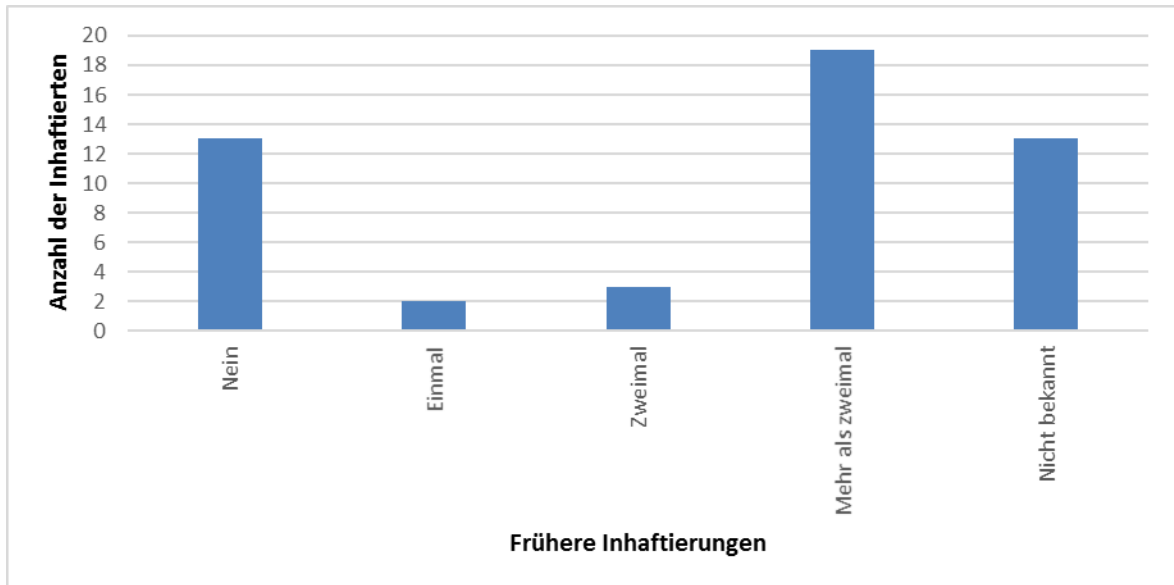


Abbildung 29: Frühere Inhaftierungen; n=50

3.3.3.5. Arbeit/Ausbildung während der Haft

Arbeit/Ausbildung während der Haft	Ergebnis
War überwiegend tätig	12
War überwiegend ohne Verschulden ohne Tätigkeit	8
War überwiegend verschuldet ohne Tätigkeit	2
Zu früh zur Vermittlung	21
Nicht bekannt	7
Gesamtergebnis	50

Tabelle 18: Arbeit/Ausbildung während der Haft; n=50

Für die meisten Personen war es noch zu früh für eine Arbeitsvermittlung oder eine Ausbildung, da sie sich noch in Untersuchungshaft befanden. Zwölf waren

3 Eigene Untersuchungen und Ergebnisse

überwiegend tätig, acht waren ohne Verschulden ohne Tätigkeit, zwei wollten nicht arbeiten (vgl. Tabelle 18).

3.3.3.6. Einschüchterungen/Bedrohungen

Es ist durchaus möglich, dass ein Gefangener durch Mobbing oder direkte Bedrohungen durch Mithäftlinge in den Tod getrieben wird. „Verhält sich ein Inhaftierter nicht den Erwartungen der Subkultur entsprechend, so wird er bei den anderen Insassen auf Misstrauen stoßen [...]. Die Hierarchieordnung kann [...] zu Diskriminierungen führen, welche das Selbstwertgefühl untergeordneter Inhaftierter erschüttern können und möglicherweise in Extremfällen zu suizidalen Handlungen führen“ (Djerkovic et al. 2014).

Gab es Sticheleien, Hinweise auf Einschüchterung/Bedrohung?	Ergebnis
Ja, durch Gefangene	4
Nein	7
Nicht bekannt	39
Gesamtergebnis	50

Tabelle 19: Hinweise auf Sticheleien, Einschüchterung oder Bedrohung; n=50

In den meisten Fällen gab es keine Angaben zu diesem Punkt, vier wurden eingeschüchtert oder bedroht, in sieben Fällen konnte dieses verneint werden (vgl. Tabelle 19).

3 Eigene Untersuchungen und Ergebnisse

3.3.4. Analyse des Suizidgeschehens

3.3.4.1. Suizidzeitpunkt

In den nächsten Abschnitten wird der Frage nachgegangen, ob es Häufungen von Suiziden in bestimmten Jahren, zu bestimmten Jahreszeiten, an Wochentagen oder zu verschiedenen Tageszeiten gab.

3.3.4.2. Jahresverteilung

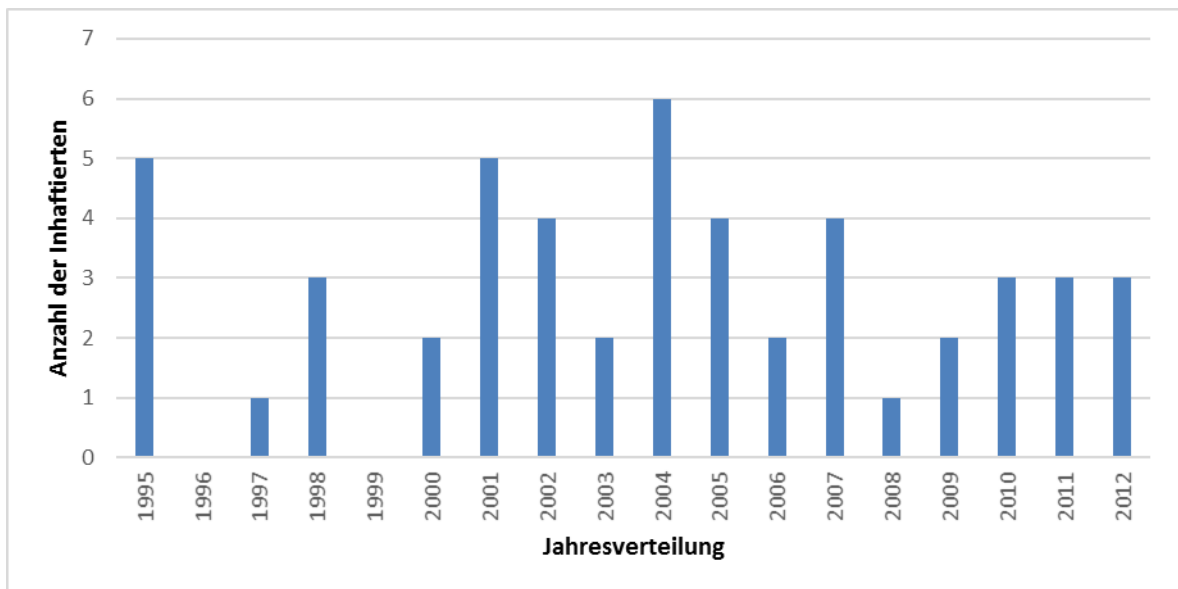


Abbildung 30: Jahresverteilung der Suizide; n=50

Die Anzahl der Suizide während des Untersuchungszeitraums schwankt zwischen null (in den Jahren 1996 und 1999) und maximal sechs im Jahr 2004. Fünf Fälle aus dem Jahr 1995 wurden zusätzlich mit ausgewertet. In den letzten drei Jahren des Untersuchungszeitraums (2010 bis 2012) ist die Anzahl der Fälle mit drei pro Jahr konstant geblieben (vgl. Abbildung 30).

3 Eigene Untersuchungen und Ergebnisse

3.3.4.3. Monatsverteilung

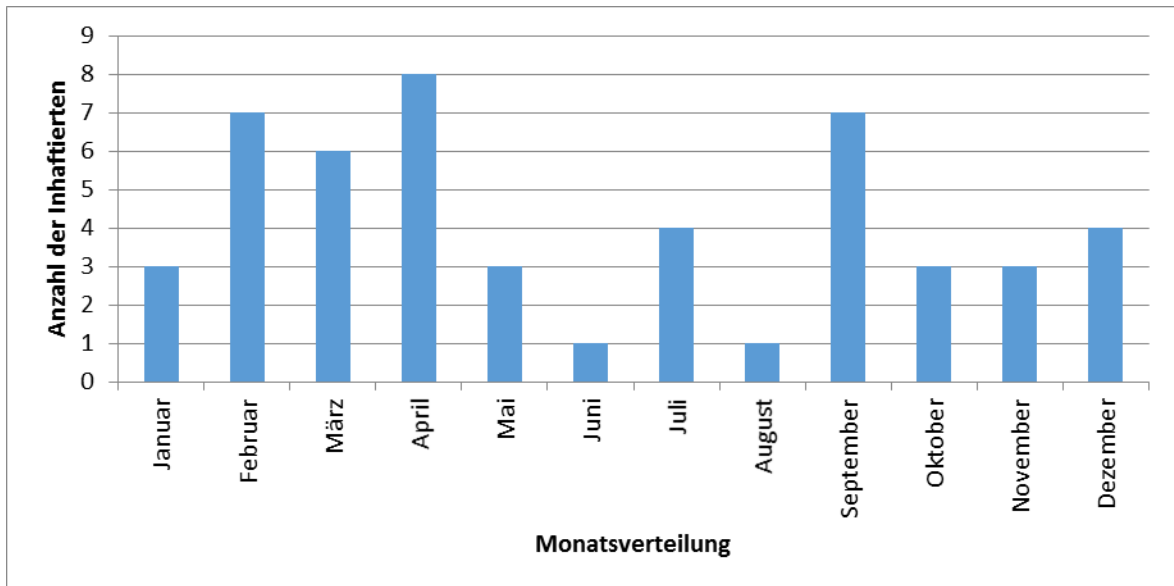


Abbildung 31: Monatsverteilung der Suizide; n=50

Es gab keinen Monat ohne Suizid. Die größte Häufung (8) wies der Monat April auf, gefolgt vom Februar und September (je 7), sowie dem März (6). Im Juli und Dezember ereigneten sich je vier Suizide, im Januar, Mai, Oktober und November je drei. Juni und August wiesen mit je einem die wenigsten Suizide auf (vgl. Abbildung 31).

3.3.4.4. Wochenverteilung

Aus der folgenden Abbildung geht eindeutig hervor, dass der Sonntag für Suizidgefährdete ein besonders kritischer Tag ist. An Sonntagen haben sich 13 Häftlinge das Leben genommen. An Dienstagen und Donnerstagen kamen die wenigsten ums Leben, nämlich jeweils fünf (vgl. Abbildung 32).

3 Eigene Untersuchungen und Ergebnisse

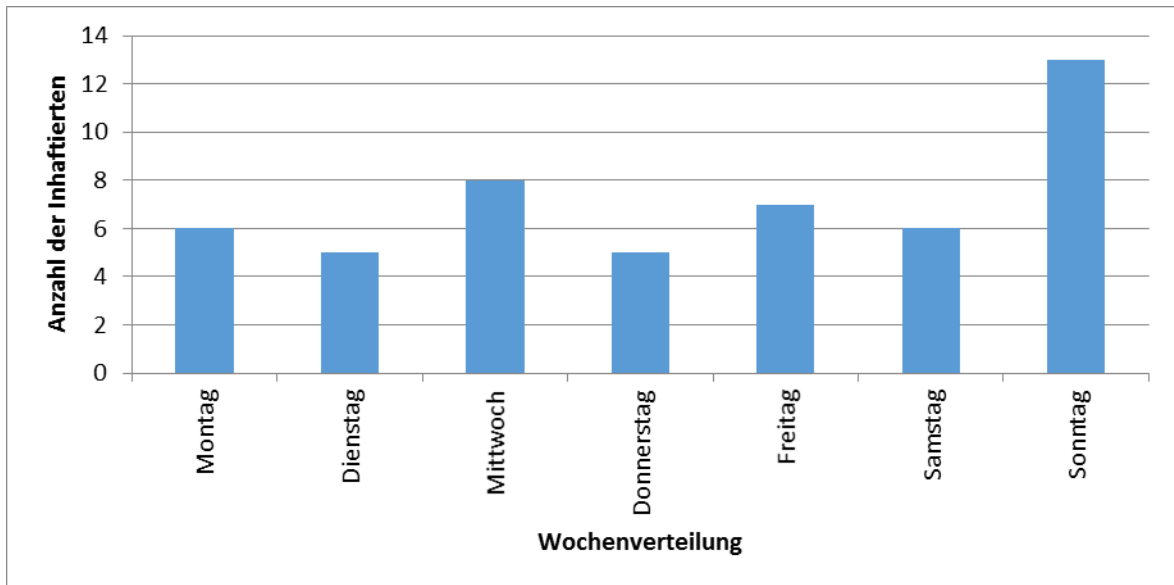


Abbildung 32: Wochenverteilung der Suizide; n=50

3.3.4.5. Tagesverteilung

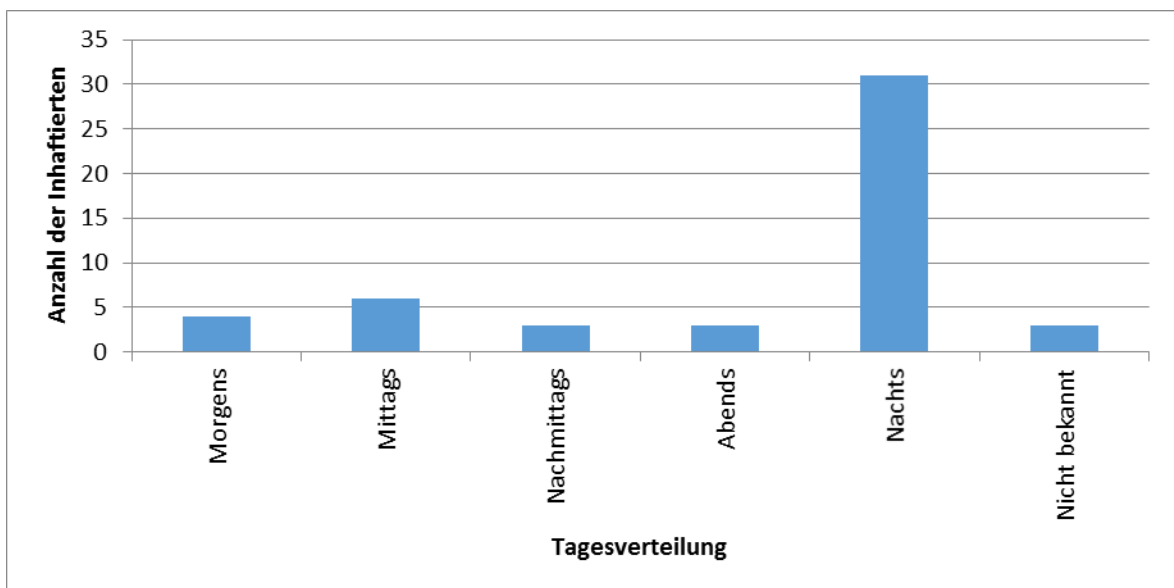


Abbildung 33: Tagesverteilung der Suizide; n=50

Die weitaus meisten (31) Suizide ereigneten sich nachts, vier morgens, sechs mittags, drei nachmittags und drei abends. In drei Fällen war der Tageszeitpunkt des Suizids in den Unterlagen nicht angegeben (vgl. Abbildung 33).

3 Eigene Untersuchungen und Ergebnisse

3.3.4.6. Verweildauer in der UHA bis zum Zeitpunkt des Todes

Verweildauer in der UHA bis zum Zeitpunkt des Todes	Anzahl Häftlinge	Prozent
Bis zu 2 Tage	5	17,2%
3 bis 7 Tage	4	13,8%
8 bis 30 Tage	7	24,1%
31 bis 90 Tage	5	17,2%
91 bis 180 Tage	4	13,8%
Über 181 Tage	4	13,8%

Tabelle 20: Verweildauer in der UHA bis zum Zeitpunkt des Todes; n= 29

Der Anteil der Suizidenten in Untersuchungshaft hat in der vorliegenden Arbeit im Vergleich zu Granzow zugenommen (Granzow: 51,7%, Petersen: 58,0%). Von Interesse dabei ist die Frage, in wie weit der abrupte Übergang von der Freiheit zur Untersuchungshaft sich auf die Suizidalität der Häftlinge auswirkt. Es ist bemerkenswert, dass 31% der in der Untersuchungshaft stattfindenden Suizide sich in den ersten sieben Tagen ereignen (vgl. Tabelle 20). Näheres wird in Kapitel 4.1.4. ausgeführt.

3.3.4.7. Die Suizidmethode

Die Möglichkeiten, sich im Gefängnis zu suizidieren, sind im Gegensatz zu denen in Freiheit eingeschränkt.

3 Eigene Untersuchungen und Ergebnisse

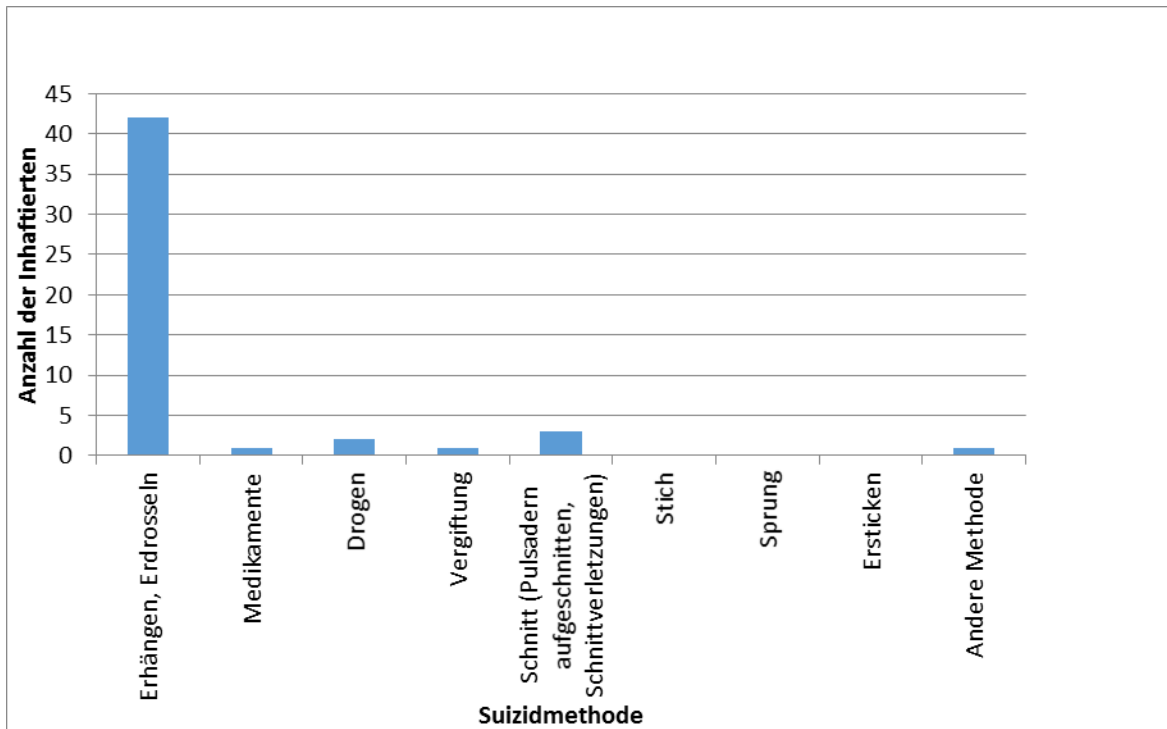


Abbildung 34: Suizidmethode; n=50

42 Suizidenten (84,0%) haben den Tod durch Erhängen gewählt, drei haben sich eine Schlagader aufgeschnitten, und zwei haben sich durch Medikamente/Gift getötet. In zwei Fällen kam der Suizid durch Drogen zustande (vgl. Abbildung 34). Zum Erhängen wurden zerschnittene und zusammen geknüpfte Bettlaken, Kleidungsstücke sowie Gürtel benutzt. Die Schlinge wurde meistens am Fenster aber auch an anderen Orten befestigt, wie: Hochgestelltes Bettgestell, Kleiderstange im Schrank, Stange in der Dusche.

3.3.4.8. Gab es Hinweise auf eine Suizidgefahr?

Eine Suizidabsicht kann sich möglicherweise durch ein verändertes Verhalten ankündigen: Tatvorbereitung, Äußerungen, depressive Stimmungslagen. In 19 Fällen lagen solche Hinweise auf eine Suizidgefährdung vor, in 26 Fällen gab es sie nicht, in fünf Fällen wurden dazu keine Angaben gefunden.

3 Eigene Untersuchungen und Ergebnisse

3.3.4.9. Einschätzung der Suizidgefahr

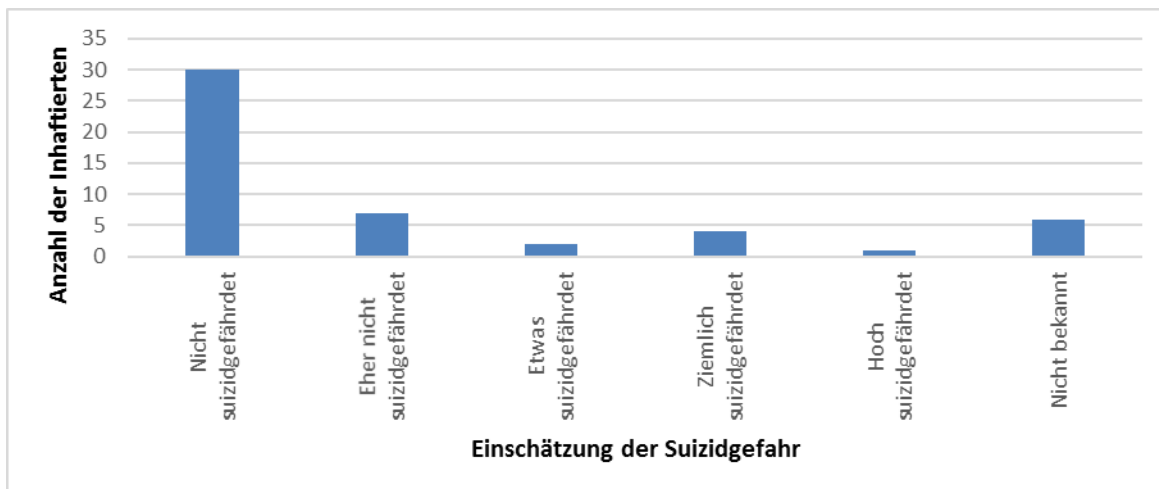


Abbildung 35: Einschätzung der Suizidgefahr; n=50

Aus der Aktenlage, häufig im Vollzugsplan vermerkt, ergab sich in 30 Fällen, dass die Suizidenten vom Gefängnispersonal und den Fachdiensten als „nicht suizidgefährdet“ eingestuft worden waren, sieben als „eher nicht suizidgefährdet“. Nur vier wurden als „ziemlich suizidgefährdet“ eingestuft, zwei als „etwas suizidgefährdet“ und nur einer als „hoch suizidgefährdet“ (vgl. Abbildung 35).

3.3.4.10. Hinweise zur Suizidalität

Hinweise könnten natürlich auch von außerhalb des Gefängnisses gekommen sein, durch besorgte Angehörige oder andere Besucher.

Gab es von außerhalb Hinweise zur Suizidalität?	Ergebnis
Ja	5
Nein	36
Nicht bekannt	9
Gesamtergebnis	50

Tabelle 21: Hinweise zur Suizidalität von außerhalb; n=50

3 Eigene Untersuchungen und Ergebnisse

Tatsächlich gab es von außen in fünf Fällen konkrete Hinweise auf einen möglichen Suizid. In der überwiegenden Zahl der Fälle (36) gab es keine derartigen Vermerke (vgl. Tabelle 21). Bei einem Wechsel der Haftanstalt sollte möglichst zeitnah Hinweise zur psychosozialen Verfassung und einer möglichen Suizidgefährdung dem neuen Gefängnis übermittelt werden. Nur so kann das Personal adäquat reagieren.

3.3.4.11. Informationen über die psychosoziale Verfassung bei Verlegung

Wenn Verlegung aus einer anderen Haftanstalt, lagen Informationen über die psychosoziale Verfassung oder zur Suizidgefährdung vor?	Ergebnis
Ja	7
Nein	10
Nicht bekannt	33
Gesamtergebnis	50

Tabelle 22: Informationen über die psychosoziale Verfassung bzw. Suizidgefährdung bei Verlegung aus einer anderen Haftanstalt; n=50

In sieben Fällen gab es in der Tat entsprechende Informationen über eine mögliche Suizidgefährdung aus der entsendenden Haftanstalt (vgl. Tabelle 22).

3.3.4.12. Wurde gezielt nach einer Suizidgefahr gesucht?

Eine Möglichkeit, potentielle Risiken in Erfahrung zu bringen, ist das Zugangsgespräch mit dem Gefangenen. Aus diesem Grund wurden die Protokolle der Zugangsgespräche gesichtet.

3 Eigene Untersuchungen und Ergebnisse

3.3.4.13. Protokoll des Zugangsgesprächs

Ist das Protokoll des Zugangsgesprächs vorhanden?	Ergebnis
Ja	21
Nein	25
Nicht bekannt	4
Gesamtergebnis	50

Tabelle 23: Protokoll des Zugangsgesprächs; n=50

In nur 21 Fällen wurden die Zugangsgespräche in Form von Protokollen dokumentiert. Bei den restlichen Fällen fehlten entsprechende Unterlagen (vgl. Tabelle 23).

3.3.4.14. Hinweise auf aktuelle Suizidgefährdung im Zugangsgespräch

Gab es im Zugangsgespräch Hinweise auf aktuelle Suizidgefährdung	Ergebnis
Ja	1
Nein	22
Nicht bekannt	27
Gesamtergebnis	50

Tabelle 24: Hinweise auf aktuelle Suizidgefährdung im Zugangsgespräch; n=50

In nur einem Fall deckte das Zugangsgespräch eine aktuelle Suizidgefährdung auf, in 22 Zugangsgesprächen gab es keine Hinweise und in 27 Fällen wurde nichts dokumentiert (vgl. Tabelle 24).

3.3.4.15. Frühere Suizidversuche

Ein vergangener Suizidversuch erhöht das Risiko eines Suizids. Deshalb war es von Interesse, ob bei den 50 Suizidenten ein vorangegangener Suizidversuch bekannt gewesen war.

3 Eigene Untersuchungen und Ergebnisse

Sind frühere Suizidversuche bekannt?	Ergebnis
Ja, aus früheren Zeiten	6
Nein	16
Ja, während der aktuellen Haft	8
Nicht bekannt	20
Gesamtergebnis	50

Tabelle 25: Frühere Suizidversuche; n=50

In früheren Zeiten hatten sechs Häftlinge bereits versucht, sich zu suizidieren, acht sogar während der aktuellen Haft (vgl. Tabelle 25).

3.3.4.16. Konkrete Befragung nach früheren Suizidversuchen

Außerdem sollte in Erfahrung gebracht werden, ob in den Zugangsgesprächen konkret danach gefragt worden war.

Wurde nach früheren Suizidversuchen gefragt?	Ergebnis
Ja	5
Nein	11
Nicht bekannt	34
Gesamtergebnis	50

Tabelle 26: Frage nach früheren Suizidversuchen; n=50

In nur fünf Fällen wurde konkret nachgefragt, in elf Fällen nicht und in 34 Fällen konnte keine Angabe darüber gefunden werden (vgl. Tabelle 26).

3.3.4.17. Kontakte zu Fachdiensten

Gefangene haben die Möglichkeit, von Fachdiensten untersucht bzw. betreut zu werden (Ärzte, Psychologen, Seelsorger etc.).

3 Eigene Untersuchungen und Ergebnisse

Kontakte zu den Fachdiensten	Ergebnis
Ja, einmal	3
Ja, mehrmals	26
Nein	5
Nicht bekannt	16
Gesamtergebnis	50

Tabelle 27: Kontakte zu Fachdiensten; n=50

Mehr als die Hälfte (29) hatten dieses Angebot in Anspruch genommen, 26 sogar mehrmals (vgl. Tabelle 27).

3.3.4.18. Vorstellung der Gefangenen beim psychologischen Dienst

Der Kontakt zum psychologischen Dienst sollte bei allen Suizidgefährdeten obligatorisch sein. Daher wurde untersucht, ob und wie oft dieser Kontakt stattgefunden hat. Manchen Häftlingen wird ein Gespräch mit den Psychologen empfohlen, andere möchten von sich aus ein solches Gespräch führen. Es gibt aber auch Gefangene, die dieses Angebot konsequent ablehnen.

Wurde der Gefangene vom psychologischen Dienst gesehen?	Ergebnis
Ja	16
Nein	14
Nicht bekannt	20
Gesamtergebnis	50

Tabelle 28: Vorstellung der Gefangenen beim psychologischen Dienst; n=50

In 20 Fällen konnten keine Hinweise zu dieser Frage gefunden werden. Nur bei 16 Suizidenten ist dokumentiert, dass der psychologische Dienst mit dem Gefangenen Kontakt hatte, in 14 Fällen war dies nicht geschehen (vgl. Tabelle 28).

3 Eigene Untersuchungen und Ergebnisse

3.3.4.19. Abklärung psychiatrischer Erkrankungen

Hat vorher eine Abklärung psychiatrischer Erkrankungen stattgefunden?	Ergebnis
Ja	4
Nein	11
Nicht bekannt	35
Gesamtergebnis	50

Tabelle 29: Abklärung psychiatrischer Erkrankungen; n=50

Eine psychiatrische Erkrankung erhöht das Suizidrisiko (Payk 1998). Deshalb wurde in den vorliegenden Unterlagen nach Angaben darüber gesucht, ob bei den 50 Suizidenten eine solche Erkrankung vorgelegen hat und eine vorhergehende Abklärung stattgefunden hat. In den meisten (35) Fällen fanden sich keine Angaben. In elf Fällen hatte keine Abklärung stattgefunden. In nur vier Fällen war dies der Fall gewesen (vgl. Tabelle 29).

3.3.4.20. Besondere Maßnahmen

Wenn, aus welchem Grund auch immer, der Verdacht besteht, dass ein Häftling akut suizidgefährdet ist, können verschiedene besondere Sicherungsmaßnahmen angeordnet werden.

3 Eigene Untersuchungen und Ergebnisse

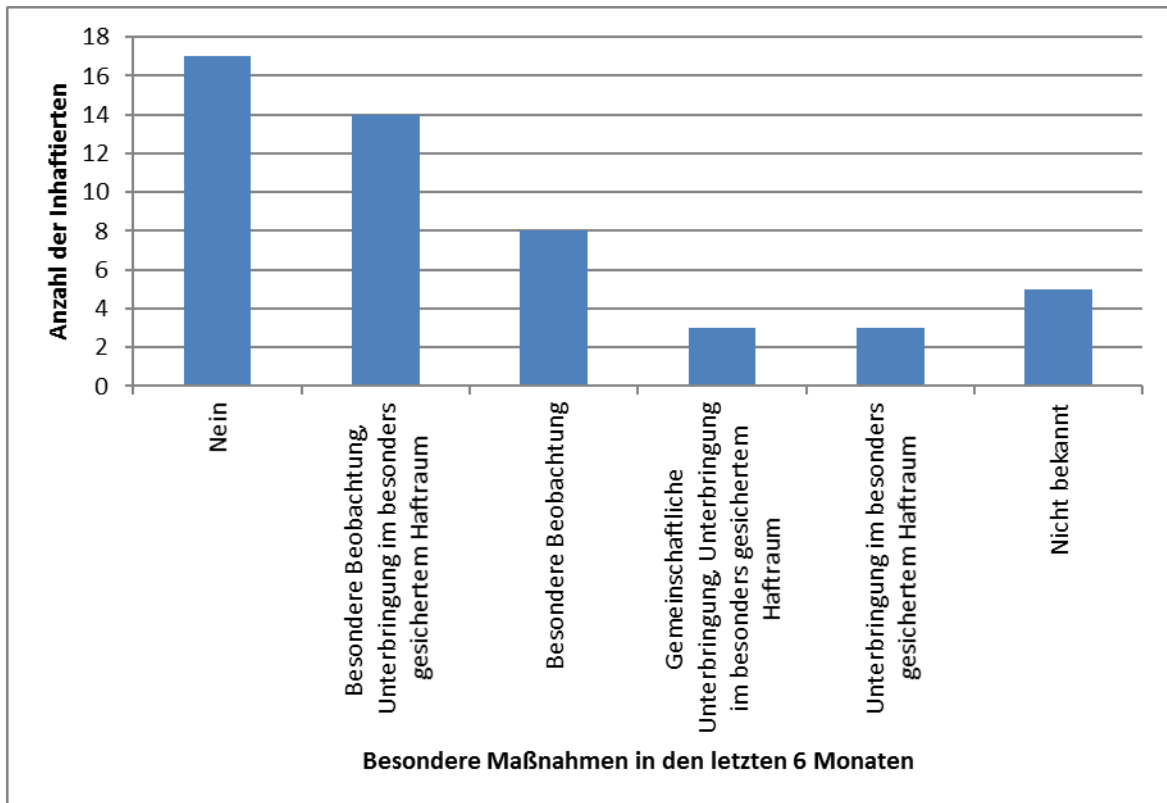


Abbildung 36: Besondere Maßnahmen in den letzten 6 Monaten; n=50

In einigen Fällen waren in den letzten sechs Monaten besondere Maßnahmen angeordnet worden: Dreimal die Unterbringung in einem besonders gesicherten Haftraum, bei drei weiteren Häftlingen sowohl die gemeinschaftliche Unterbringung als auch die Unterbringung in einem besonders gesicherten Haftraum. Acht Häftlinge waren unter besondere Beobachtung gestellt worden. In 14 Fällen kamen beide Maßnahmen zur Anwendung. Bei 17 Häftlingen war keine besondere Maßnahme angeordnet worden und in fünf Fällen gab es in den Akten keine Angabe zu dieser Fragestellung (vgl. Abbildung 36).

3 Eigene Untersuchungen und Ergebnisse

3.4. Auswertung der Drogentodesfälle

Für die Analyse der Daten stand unterschiedliches Material zur Verfügung: In allen Fällen lag ein Eintrag im Sterberegister vor, in fünf Fällen eine Akte, in neun Fällen gab es eine Gesundheitsakte, in zwölf Fällen eine Blattsammlung, in vier Fällen war ein Sektionsprotokoll vorhanden. Krankenakten lagen nicht vor. Zu verschiedenen Fragestellungen gab es in den vorhandenen Unterlagen keine oder ungenaue Angaben.

Zur Methodik der Einordnung sei an dieser Stelle noch folgender Hinweis gegeben: Die in der Arbeit von Granzow (Granzow 1996) unter Drogenfolgeschäden (DF) aufgeführten sieben Fälle werden nicht zu den natürlichen Todesfällen gerechnet sondern in der vorliegenden Arbeit den Drogentoten zugeteilt. Dies erfolgt auf Empfehlung des Bundeskriminalamtes, nach dem alle Rauschgiftfolgetoten, bei denen ein kausaler Zusammenhang mit der Drogenabhängigkeit bestand, als „Rauschgifttote“ (Granzow 1996) zu bezeichnen sind. Somit liegt die Zahl der natürlichen Todesfälle bei Granzow bei 102 bei einer Gesamtzahl von 275 Todesfällen. In der vorliegenden Arbeit liegt die Gesamtzahl der Todesfälle bei 130, wobei 56 auf natürliche Todesfälle entfallen und dreizehn auf Drogentodesfälle.

3.4.1. Personenbezogene Daten

Insgesamt gab es in dem untersuchten Zeitraum dreizehn Drogentote, darunter eine Frau.

3.4.1.1. Altersverteilung

Das Sterbealter lag zwischen 20 und 44 Jahren (vgl. Abbildung 37).

3 Eigene Untersuchungen und Ergebnisse

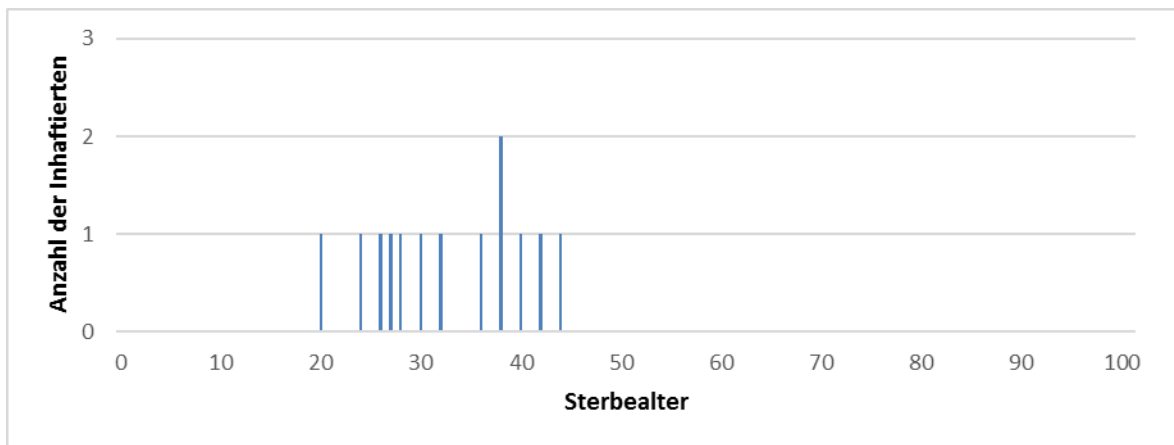


Abbildung 37: Sterbealter; n=13

3.4.1.2. Familienstand

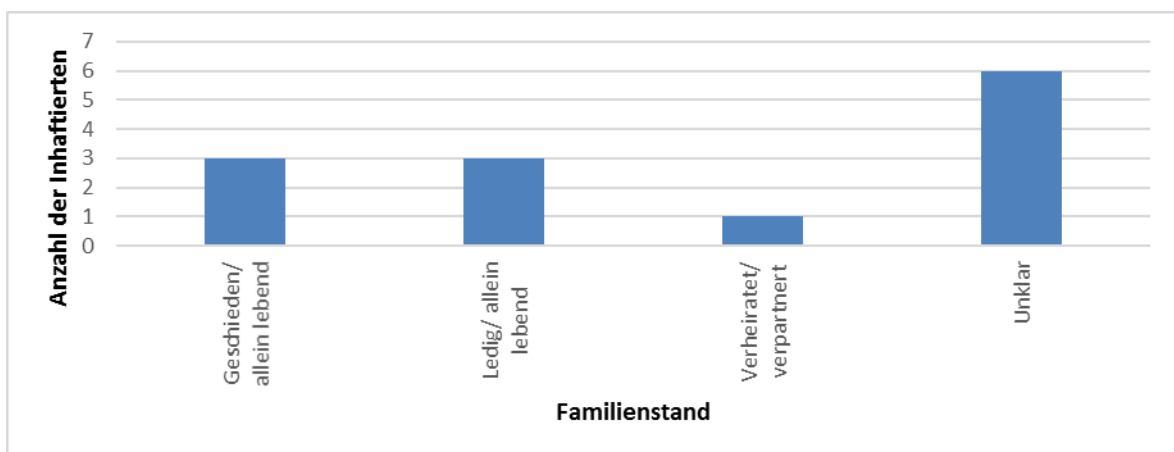


Abbildung 38: Familienstand; n=13

Einer war verheiratet, sechs waren ledig oder geschieden. Bei den meisten war die Situation unklar (vgl. Abbildung 38).

3 Eigene Untersuchungen und Ergebnisse

3.4.1.3. Schulabschluss

Drei hatten einen Hauptschulabschluss, bei den anderen zehn war der Schulabschluss nicht bekannt.

3.4.1.4. Berufsqualifikation

Acht verfügten vor der aktuellen Inhaftierung über eine abgeschlossene Berufsausbildung, einer hatte einen Anlernberuf. Einer hatte weder Anlernberuf noch Berufsausbildung. In drei Fällen gab es keine Angaben (vgl. Abbildung 39).

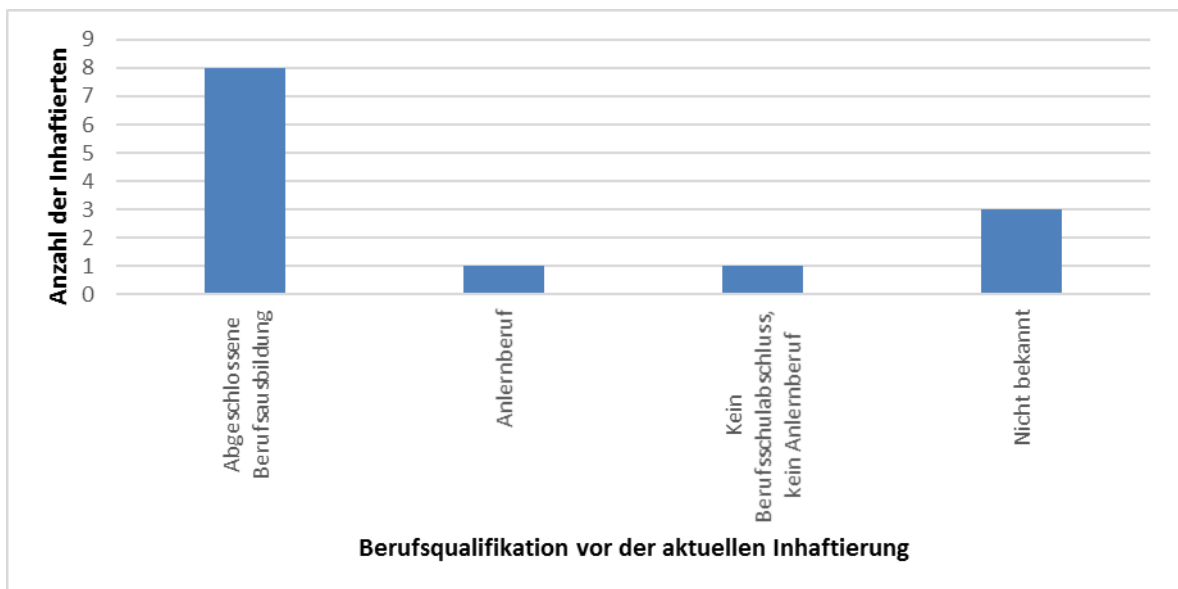


Abbildung 39: Berufsqualifikation vor der aktuellen Inhaftierung; n=13

3.4.1.5. Beschäftigungsstatus/Wohnsituation unmittelbar vor der Inhaftierung

Vier waren vor der Inhaftierung arbeitslos, einer war Rentner, in neun Fällen war der Beschäftigungsstatus unmittelbar vor der Inhaftierung nicht bekannt. Sechs hatten einen festen Wohnsitz, drei hatten keinen, in vier Fällen lagen keine Angaben vor.

3 Eigene Untersuchungen und Ergebnisse

3.4.1.6. Herkunft/Religionszugehörigkeit

Zehn hatten die deutsche, einer die polnische, einer die iranisch/persische Nationalität. Von der ethnischen Herkunft her waren neun Menschen weiß, einer hatte weiß-osteuropäisches Aussehen. In drei Fällen gab es keine Angaben. Fünf waren Christen, zu den anderen gab es keine Angaben.

3.4.2. Haftbezogene Daten

3.4.2.1. Haftsituation/Strafanstalt

Die zuständige Anstalt zum Zeitpunkt des Todes war in sechs Fällen die Justizanstalt Vierlande, in zwei Fällen die Justizvollzugsanstalt Fuhlsbüttel, in zwei Fällen die Justizanstalt Glasmoor, in einem Fall die Justizanstalt Hahnöfersand und in einem Fall die Untersuchungshaftanstalt.

3.4.2.2. Vollzugsform/Haftart

Zwölf befanden sich in Strafhaft, einer in sonstiger Haft. Zehn waren im offenen Vollzug, drei waren im geschlossenen Vollzug. Alle waren in gemeinschaftlicher Unterbringung, einer befand sich zum Zeitpunkt des Todes in einem Einzelhaft-raum.

3.4.2.3. Weitere Informationen

Delikte, für die die aktuelle Strafe verbüßt wurde, waren in sieben Fällen Diebstahl, Drogendelikte und Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz, Raub, räuberische Erpressung und Urkundenfälschung in je einem Fall. In einem weiteren Fall gab es keine Angaben. In drei Fällen gab es weitere anhängige Verfahren.

Für alle Häftlinge, die eines Drogentodes gestorben waren, war die aktuelle Haft nicht die erste Haft. Zwei waren vorher schon zweimal, vier sogar mehr als zwei-

3 Eigene Untersuchungen und Ergebnisse

mal inhaftiert worden. Nur einer hatte sich selbst gestellt. Sechs hatten dies nicht getan. In sechs Fällen gab es keine Angaben. In drei Fällen hatte es je eine Entweichung gegeben.

In zehn Fällen war keine Maßregel angeordnet worden, bei den restlichen drei war nichts dergleichen bekannt. Fünf waren während der Haft überwiegend tätig, bei zweien war es zu früh für eine Vermittlung, bei den anderen war nicht bekannt, ob sie gearbeitet hatten.

3.4.3. Gesundheit/Krankheit/Tod

3.4.3.1. Ort des Todes

Nicht in allen Fällen starben die Gefangenen in der Haftanstalt. So war ein Häftling aus der Landesklinik, ein anderer aus der JVA Glasmoor entwichen, einer war nach einem Ausgang nicht ins Krankenhaus Altona zurückgekehrt, zwei waren während eines Hafturlaubs verstorben.

3.4.3.2. Art und Umstände des Todes

Über die genaue Art des Todes gab es unterschiedliche, ungenaue Informationen. Genannt wurden: Drogenmissbrauch oder -konsum, Methadonintoxikation, Überdosis, Mischintoxikation, Zusammenbruch, Drogentod, akute Opiatintoxikation.

3.4.3.3. Todeszeitpunkt/Wiederbelebungsmaßnahmen

Der Tod wurde in fünf Fällen morgens, in vier Fällen nachts, in zwei Fällen mittags und in einem Fall nachmittags entdeckt. In einem Fall war der Zeitpunkt nicht bekannt. In einem Fall konnte den Akten entnommen werden, dass Wiederbelebungsmaßnahmen durchgeführt worden waren, in zwölf Fällen war dies nicht der Fall.

3 Eigene Untersuchungen und Ergebnisse

3.4.3.4. Welche Drogen wurden konsumiert?

Dass Alkohol eine Rolle spielte, war lediglich in zwei Fällen zu ermitteln. Bei den konsumierten Drogen spielten Haschisch, Heroin, Kokain, Opium, Opiate und Methadon eine Rolle. An Medikamenten wurde Diazepam genannt. In der Regel war ein längerer Drogenabusus vorausgegangen, der dann schließlich zur Abhängigkeit geführt hatte.

3.4.3.5. Art des Drogenkonsums

In acht Fällen wurden die Drogen intravenös konsumiert, in fünf Fällen war die Art und Weise nicht bekannt.

3.4.3.6. Methadonprogramm

Einer der Drogentoten war Teilnehmer am Methadonprogramm, einer hatte seine Therapie nicht angetreten, bei den anderen lagen dazu keine Angaben vor.

3.4.3.7. Begleiterkrankungen

In zehn Fällen war nicht bekannt, ob Begleiterkrankungen vorlagen, einer war HIV positiv, bei einem anderen war sowohl HIV als auch Hepatitis angegeben. Einer litt unter Schlagaderverkalkung, einer unter Gastritis, einer hatte epileptische Anfälle. Ein Häftling litt unter einer Hirnschädigung als Folge seines exzessiven Opiatkonsums und galt dadurch als extrem aggressiv.

3.4.3.8. Weitere Informationen

In sechs Fällen hatten mehrfache Kontakte zu den Fachdiensten stattgefunden. In zwei Fällen war vorab ein psychiatrisches Gutachten erstellt worden. Sechs Häftlinge galten als nicht suizidgefährdet, bei den anderen war die Gefährdung nicht bekannt.

3 Eigene Untersuchungen und Ergebnisse

In einem Fall gab es Sticheleien und Bedrohungen durch Mitgefangene. Fünf waren normalgewichtig, einer untergewichtig, drei übergewichtig. Fünf hatten Narben oder Tätowierungen, acht nicht.

3 Eigene Untersuchungen und Ergebnisse

3.5. Auswertung der Unfalltodesfälle

Vier Häftlinge starben infolge eines Unfalls. Es folgen kurze Einzelfalldarstellungen:

3.5.1. Fall 4

Der männliche Häftling M. O. starb 1996 im Alter von 29 Jahren. Er war ledig und lebte allein, hatte keinen Schulabschluss, nur ein Abgangszeugnis und keinen Beruf erlernt. Der Häftling war Deutscher, hatte eine weiße Hautfarbe und war Christ. Er hatte Übergewicht und Tätowierungen am rechten Oberarm. Vor der Inhaftierung befand er sich in einem festen Arbeitsverhältnis. Zum Zeitpunkt des Todes war die JVA Fuhlsbüttel die zuständige Anstalt, er war dort im geschlossenen Vollzug und befand sich in Strafhaft, in gemeinschaftlicher Unterbringung. Vorher war er bereits zweimal inhaftiert worden. Er verstarb im AK Barmbek. Die vorliegende Akte hatte eine Dicke von 8,2cm. Es gab einen Eintrag im Sterberegister und eine Gesundheitsakte, beides zusammen mit einem Umfang von 0,3cm. Der zum Tode führende Unfall ereignete sich mittags durch einen Sturz nach Angriff eines Mitgefangenen. Wiederbelebungsmaßnahmen wurden nicht durchgeführt.

3.5.2. Fall 5

Der männliche Häftling Z. P. starb 1996 im Alter von 28 Jahren. Der Häftling war Jugoslawe und Christ. Seine Hautfarbe war weiß, er war übergewichtig. Der Häftling war verheiratet und verfügte über eine abgeschlossene Berufsausbildung. Vor der aktuellen Inhaftierung war er arbeitslos. Er war vorher bereits einmal in Haft gewesen. Die zuständige Anstalt zum Todeszeitpunkt war die JVA Vierlande, wo er gemeinschaftlich untergebracht war und eine Strafhaft verbüßte. Er befand sich im offenen Vollzug. Eine Akte lag nicht vor. Es gab jedoch einen Eintrag im Sterberegister und eine Gesundheitsakte, insgesamt mit einem Umfang von 1,3cm. Er wurde nachts während eines Hafturlaubs vor einem Lokal erschossen. Wiederbelebungsmaßnahmen wurden nicht durchgeführt.

3 Eigene Untersuchungen und Ergebnisse

3.5.3. Fall 6

Der männliche Häftling F. U. starb 1999 im Alter von 33 Jahren. Der Häftling war Türke. Seine Hautfarbe war mediterran-dunkel, er war Moslem und übergewichtig. Über seine persönliche Situation war wenig bekannt. Er war Asylbewerber und vor der aktuellen Haft bereits mehr als zweimal inhaftiert gewesen. Zum Zeitpunkt des Todes war die Untersuchungshaftanstalt für ihn zuständig. Er befand sich in gemeinschaftlicher Unterbringung in Strafhaft im geschlossenen Vollzug und verstarb im AK St. Georg. Seine Akte war 8,4cm dick. Es gab einen Eintrag ins Sterberegister, eine Gesundheitsakte und Nebenakten mit einem gemessenen Umfang von 0,2cm. Er geriet in eine Schießerei, die für ihn tödlich endete. Wiederbelebungsmaßnahmen wurden durchgeführt.

3.5.4. Fall 7

Der männliche Häftling B. W. starb 2009 im Alter von 64 Jahren. Der Häftling war Deutscher. Er war Weißer, Christ und normalgewichtig. Er war geschieden, hatte einen Hauptschulabschluss und eine abgeschlossene Berufsausbildung. Vor der aktuellen Inhaftierung war er arbeitslos. Er war vorher bereits häufiger als zweimal inhaftiert gewesen. Die Justizvollzugsanstalt Glasmoor war zum Zeitpunkt des Todes für ihn zuständig. Er befand sich dort in Strafhaft im offenen Vollzug und war gemeinschaftlich untergebracht. Seine Akte war 7,2cm dick. Es gab einen Eintrag im Sterberegister, eine Gesundheitsakte, sowie ein Sektionsprotokoll, insgesamt mit einem Umfang von 4,7cm. Er stürzte um die Mittagszeit nach einem Krampfanfall. Maßnahmen zur Wiederbelebung wurden durchgeführt. Es wurde eine Schädelfraktur festgestellt, eine Einblutung ins Gehirn, außerdem ein bösartiger Nierentumor als Nebenbefund. Er verstarb im UKE.

3 Eigene Untersuchungen und Ergebnisse

3.6. Auswertung der sonstigen Todesfälle

Sieben Todesfälle ließen sich ursächlich nicht eindeutig zuordnen, da zu wenige, unterschiedliche oder mehrdeutige Angaben vorlagen. Deshalb wurden sie als sonstige Todesfälle bezeichnet und hier als Falldarstellungen behandelt. Es handelt sich um sechs Männer und eine Frau. Alle waren im Sterberegister vermerkt. Alle befanden sich in gemeinschaftlicher Unterbringung und waren dem psychologischen Dienst nicht bekannt. Zu den meisten Fragestellungen gab es in den vorliegenden Akten keine Angaben, in diesen Fällen (Angabe „nicht bekannt“) erfolgte in den Ausführungen kein ausdrücklicher Hinweis.

3.6.1. Fall 8

Der 25 jährige Häftling B. B. starb 2012. Seine Religion und sein Ernährungszustand waren nicht bekannt. Wiederbelebungsversuche gab es nicht. Die Untersuchungshaftanstalt war zum Zeitpunkt seines Todes für ihn zuständig, er befand sich im geschlossenen Vollzug. Angeklagt war er wegen Körperverletzung. Er kam aus Sierra Leone und hatte eine mediterran-dunkle Hautfarbe, Narben oder Tätowierungen hatte er nicht. Weder Akten noch Blattsammlungen lagen vor.

3.6.2. Fall 9

Der 41 jährige H.-R. G., starb 1998. Er war Deutscher, ohne Narben oder Tätowierungen. Wiederbelebungsversuche wurden nicht durchgeführt. Er befand sich in Untersuchungshaft im geschlossenen Vollzug und war angeklagt wegen Steuerhinterziehung. Die Untersuchungshaftanstalt war für ihn zuständig. Außer einem Eintrag im Sterberegister lagen keine Unterlagen vor.

3.6.3. Fall 10

Der Häftling R. H. (42 Jahre alt) starb am Abend im Jahr 1996 während eines Hafturlaubs in seiner Wohnung. Er war Deutscher, weißer Hautfarbe, ohne Narben

3 Eigene Untersuchungen und Ergebnisse

oder Tätowierungen, 1,71m groß, bei normalem Ernährungszustand. Er war alkoholabhängig. Strafende wäre am 1996 gewesen. Er befand sich zum Todeszeitpunkt im offenen Vollzug in Strafhaft. Er hatte sich nicht selbst gestellt und war vorher bereits einmal inhaftiert. Angeklagt war er wegen räuberischen Diebstahls und verurteilt zu einer Haftstrafe von zehn Monaten. Er galt als nicht suizidgefährdet. Die Zuständigkeit lag bei der JVA Neuengamme (Vierlande). Er war ledig und lebte allein, hatte keine Berufsqualifikation und war vor Haftantritt arbeitslos. Er hatte einen festen Wohnsitz. Während der Haft war er überwiegend tätig. An Unterlagen lagen vor eine Gesundheitsakte und eine Blattsammlung von insgesamt 0,3cm Dicke.

3.6.4. Fall 11

K.-H. H. starb 2001 in der Nacht nach einer Auseinandersetzung mit einem Gefangenen. Er war deutscher Spätaussiedler, weißer Hautfarbe ohne Narben oder Tätowierungen. Vorab gab es Hinweise auf Sticheleien und Einschüchterungen durch andere Gefangene, ein Streit mit einem anderen Häftling ist dokumentiert. K.-H. H. galt als unauffälliger Mensch, der keine Alkohol- und Drogenprobleme hatte. Wiederbelebungsversuche wurden durchgeführt. Zuständig war die Justizvollzugsanstalt Glasmoor. Er befand sich in Strafhaft im offenen Vollzug. Er hatte sich nicht selbst gestellt und war vorher bereits einmal in Haft, zuletzt entlassen 1996. Er war zu acht Monaten Haft verurteilt worden wegen Betruges. Strafende wäre 2002 gewesen. Er galt als nicht suizidgefährdet. Er war geschieden, hatte eine abgeschlossene Berufsausbildung und war arbeitslos. Einen festen Wohnsitz hatte er nicht. Die vorliegende Akte war 2,5cm dick, Blattsammlung und eine Nebenakte nochmals 0,5cm.

3.6.5. Fall 12

S. S., geboren 1968, starb 2001 gegen Mittag. Er war Deutscher, weißer Hautfarbe, Christ, 1,85m groß, bei normalem Ernährungszustand und hatte Narben oder Tätowierungen in der Leiste (3 Punkte). Wiederbelebungsversuche wurden durchgeführt. Die Zuständigkeit lag bei der JVA Fuhlsbüttel. Er befand sich in Strafhaft

3 Eigene Untersuchungen und Ergebnisse

im geschlossenen Vollzug. Er hatte sich nicht selbst gestellt und war vorher bereits häufiger als zweimal inhaftiert gewesen, seine letzte Entlassung war 1999. Jetzt war er zu einer Haftstrafe von 19 Monaten verurteilt worden wegen Diebstahls sowie des Verstoßes gegen das BtMG. Er war drogenabhängig und HIV positiv. Strafende wäre 2001 gewesen. Es gab eine Entweichung. Er hatte mehrmals Kontakte zu den Fachdiensten. Er war ledig und lebte allein, hatte weder Schulabschluss noch Berufsausbildung und keine feste Arbeit, führte überwiegend Gelegenheitsarbeiten aus. Er war drogenabhängig, eine Therapie war nicht erfolgreich. Ein weiteres anhängiges Verfahren war bekannt. Er hatte mehrmals Kontakt zu den Fachdiensten, galt als nicht suizidgefährdet. Während der Haft war er überwiegend tätig. Seine Akte war 6,5cm dick, Gesundheitsakte, Blattsammlung und Nebenakten nochmals 0,9cm.

3.6.6. Fall 13

S. T. geboren 1939, starb 1998. Wiederbelebungsversuche wurden nicht durchgeführt. Die Zuständigkeit lag bei der Untersuchungshaftanstalt. (JVA Neuengamme, Krankenhaus Bethesda). Er befand sich in Strafhaft im geschlossenen Vollzug. Vorgeworfen wurde ihm räuberische Erpressung. Seine Nationalität war nicht bekannt. Seine ethnische Herkunft und seine Religionszugehörigkeit waren unbekannt, Narben oder Tätowierungen wies er nicht auf. Außer dem Eintrag im Sterberegister waren keine Akten vorhanden.

3.6.7. Fall 14

A. G., geboren 1965, die einzige Frau unter den sonstigen Todesfällen, starb 1995 an einem Abend. Ihre Nationalität war unbekannt, sie hatte eine weiße Hautfarbe und war ohne Narben oder Tätowierungen. Wiederbelebungsversuche wurden durchgeführt. Die Zuständigkeit lag bei der Anstalt „Moritz-Liepmann-Haus“. Dort befand sie sich im offenen Vollzug. Sie war ledig und lebte allein. Vor der aktuellen Haft war sie bereits einmal inhaftiert gewesen. Jetzt war sie zu einer Haftstrafe von 27 Monaten verurteilt wegen Diebstahls. Strafende wäre 1996 gewesen. Mit 22 Jahren hatte sie einen Schlaganfall, war seitdem linksseitig gelähmt und litt

3 Eigene Untersuchungen und Ergebnisse

unter epileptischen Anfällen. Während der Haft war sie überwiegend ohne Verschulden ohne Tätigkeit. Es lagen eine Gesundheitsakte und eine Blattsammlung mit einer Gesamtdicke von 0,8cm vor.

4. Diskussion

Die eigenen Untersuchungsergebnisse werden nachfolgend mit denen der vorausgegangenen Untersuchung aus Hamburg von Granzow (Granzow 1996) und in 4.2. mit denen der bundesweiten Untersuchung von Bennefeld-Kersten (Bennefeld-Kersten 2012) verglichen. Ergebnisse internationaler Studien werden einbezogen. Dabei ist zu bedenken, dass eine Vergleichbarkeit nur dann gegeben ist, wenn die Voraussetzungen identisch sind. Sind bei einer Dokumentation keine Angaben zu einem Punkt vorhanden, kann man nicht vergleichen. Aus diesem Grund ist es nicht möglich, alle Parameter zu berücksichtigen. Unter 4.3. werden die Suizidraten der Hamburger Bevölkerung den Suizidraten der Hamburger Justizvollzugsanstalten gegenübergestellt.

4.1. Vergleich eigener Untersuchungsergebnisse mit denen der früheren Hamburger Untersuchung von Granzow (1996)

Es wird der Frage nachgegangen, ob sich vom Untersuchungszeitraum 1962 bis 1995 (Granzow 1996) bis zum Untersuchungszeitraum der vorliegenden Arbeit 1996 bis 2012 bei ausgewählten Parametern Veränderungen ergeben haben.

4.1.1. Vergleich: Todesart

Der besseren Vergleichbarkeit halber wird die jeweilige Todesart in den beiden Arbeiten in Tabelle 30 gegenübergestellt.

4 Diskussion

Todesart	Petersen (n=130)	Granzow (n=275)
Suizid	50 (38,5%)	120 (43,6%)
Nat. Tod	56 (43,1%)	102 (37,1%)
Unfall	4 (3,1%)	5 (1,8%)
Drogentod	13 (10,0%)	24 (8,7%)
Tod nach Operation	0 (0,0%)	8 (2,9%)
Sonstige	7 (5,4%)	16 (5,8%)

Tabelle 30: Vergleich Todesart; Petersen (n=130), Granzow (n=275)

Vergleicht man Suizid und natürlicher Tod, so stellt man fest, dass eine Umkehrung der Zahlenverhältnisse Suizid/natürlicher Tod eingetreten ist: In der von Granzow untersuchten Population gab es 43,6% Suizide und 37,1% natürliche Todesfälle. In der vorliegenden Arbeit waren es 38,5% Suizide und 43,1% natürliche Todesfälle (vgl. Tabelle 30). Die Suizide haben im Laufe der Jahre in Hamburger Haftanstalten ab- und die natürlichen Todesfälle haben zugenommen. Erwähnenswert ist außerdem, dass es im Gegensatz zum früheren Zeitpunkt keine Todesfälle nach Operationen mehr gegeben hat.

4 Diskussion

4.1.1.1. Natürliche Todesfälle

Alter	Petersen (n=56)		Granzow (n=102)	
	Anzahl	%	Anzahl	%
15-20	0	0,0	1	1,0
21-25	1	1,8	1	1,0
26-30	4	7,1	4	3,9
31-35	6	10,7	8	7,8
36-40	4	7,1	11	10,8
41-45	6	10,7	18	17,6
46-50	6	10,7	17	16,7
51-55	12	21,4	8	7,8
56-60	8	14,3	7	6,9
61-65	4	7,1	13	12,7
66-70	3	5,4	8	7,8
71-75	2	3,6	3	2,9
76-80	0	0,0	3	2,9

Tabelle 31: Vergleich des Sterbealters der natürlichen Todesfälle; Petersen (n=56), Granzow (n=102)

Während bei der vorliegenden Arbeit eine Ballung der natürlichen Todesfälle in der Altersgruppe von 51 bis 60 Jahren (35,7%) auffällt, tritt ein solches Phänomen in der Untersuchung von Granzow nicht auf. Dort zeigt sich ein Maximum in der Altersgruppe von 41 bis 50 Jahren (34,3%) und eine Erhöhung der Sterberate im Segment von 61 bis 65 Jahren (12,7%). Auffällig ist bei Granzow der Altersunterschied zwischen dem jüngsten und dem ältesten Todesfall (15 Jahre und 79 Jahre). Das Alterssegment mit den meisten Todesfällen ist bei beiden Untersuchungen unterschiedlich. In der Gruppe 51-55 Jahre treten bei Petersen 21,4% und bei Granzow 7,8% auf, in der Gruppe 41-45 bei Petersen 10,7% und bei Granzow 17,6% (vgl. Tabelle 31).

4 Diskussion

4.1.1.2. Suizide

Alter	Petersen (n=50)		Granzow (n=120)	
	Anzahl	%	Anzahl	%
16-20	1	2,0	7	5,8
21-25	6	12,0	21	17,5
26-30	6	12,0	27	22,5
31-35	9	18,0	24	20,0
36-40	8	16,0	11	9,2
41-45	10	20,0	10	8,3
46-50	5	10,0	8	6,7
51-55	2	4,0	5	4,2
56-60	0	0,0	2	1,7
61-65	1	2,0	2	1,7
66-70	1	2,0	2	1,7
71-75	1	2,0	0	0,0
76-80	0	0,0	1	0,8

Tabelle 32: Vergleich des Sterbealters der Suizidenten; Petersen (n=50), Granzow (n=120)

Die Altersgruppen mit den meisten Suiziden liegen bei Granzow zwischen 26 und 30 Jahren (22,5%), in der vorliegenden Arbeit zwischen 41 und 45 Jahren (20,0%), also später (vgl. Tabelle 32).

4.1.2. Vergleich: Soziale Situation

4.1.2.1. Berufe

Zur Ermittlung der beruflichen Qualifikation, die Granzow nach Aktenlage ermittelt, wendet er ein Raster an, das den Berufsstand an der Ausbildung misst. Granzow unterscheidet zwischen „ungelernt“, „angelernt“, „gelernt“, „gehoben“, „andere“ und „ohne Beruf“. Bei einer Gesamtzahl von n=71 ist bei acht Personen der Beruf nicht

4 Diskussion

zu ermitteln, ohne Beruf ist einer. „Unbekannt“ wird zur Auswertung nicht herangezogen, „n“ ist daher 63 (vgl. Tabelle 33).

Ohne	1	1,6%
Ungelernt	16	25,4%
Angelernt	14	22,2%
Gelernt	27	42,9%
Gehoben	3	4,8%
Andere	2	3,2%

Tabelle 33: Berufliche Qualifikation der Suizidenten (Granzow); n=63

Nach Granzow zeigt das Spektrum der Berufe überwiegend „niedrige Qualifikationen“. Ein direkter Vergleich mit den Ergebnissen Granzows ist nicht möglich, da in der vorliegenden Arbeit ein anderes Frageraster verwendet wurde.

4.1.2.2. Schulabschluss

In der vorliegenden Arbeit wird davon ausgegangen, dass neben der beruflichen Qualifikation auch der Schulabschluss und vor allem der Beschäftigungsstatus unmittelbar vor der Inhaftierung Auskunft über die soziale Struktur der Gefangenengeneration erteilt. „Nicht bekannt“ wird bei diesem Vergleich nicht herangezogen. Von 50 Fällen konnten 29 ausgewertet werden (vgl. Tabelle 34)

Kein Schulabschluss	7	24,1%
Sonderschulabschluss	1	3,5%
Hauptschulabschluss	16	55,2%
Realschulabschluss	5	17,2%

Tabelle 34: Höchster Schulabschluss der Suizidenten vor der aktuellen Inhaftierung (Petersen); n=29

4 Diskussion

4.1.2.3. Beschäftigungsstatus unmittelbar vor der Inhaftierung

Arbeitslos	11	29,7%
Asylbewerber	4	10,8%
Feste Arbeitsstelle	4	10,8%
Keine feste Arbeitsstelle, aber überwiegend regelmäßig tätig	3	8,1%
Keine feste Arbeitsstelle, überwiegend Gelegenheitsarbeiten	13	35,1%
Rentner	2	5,4%

**Tabelle 35: Beschäftigungsstatus der Suizidenten unmittelbar vor der Inhaftierung (Peter-
sen); n=37**

Regelmäßige, feste Einkünfte, die eine solide Lebensweise ermöglichen, hatten demnach in der vorliegenden Untersuchung nur 16,2% (vgl. Tabelle 35). Wegen der unterschiedlichen Fragestellung bei der Ermittlung des Beschäftigungsstatus ist eine direkte Vergleichbarkeit der Ergebnisse beider Arbeiten nicht möglich.

Auch wenn eine „gelernte“ Tätigkeit bei einem Gefangenen mit einer „regelmäßigen“ Tätigkeit vor Haftantritt nicht gleichzusetzen ist, kann doch mit einer gewissen Berechtigung gesagt werden, dass sich die sozialen Strukturen in Hamburger Gefängnissen über die Jahre nicht verbessert haben. Für Menschen ohne Ausbildung und Beruf ist es schwierig, eine Position in der Gesellschaft zu finden, die mit einer finanziellen Absicherung verbunden ist. Dadurch könnte eine Grundlage für kriminelle Handlungen gegeben sein.

4 Diskussion

4.1.2.4. Familienstand

Bei dem Vergleich des Familienstandes wurden unklare Fälle nicht berücksichtigt.

Familienstand	Petersen (n=39)		Granzow (n=58)	
Ledig	23	59,0%	32	55,2%
Geschieden	7	17,7%	17	29,3%
Verwitwet	1	2,6%	2	3,4%
Verheiratet/Verpartnert	8	20,5%	7	12,1%

Tabelle 36: Vergleich des Familienstandes der Suizidenten; Petersen (n=39), Granzow (n=58)

In beiden Untersuchungen zeigt sich, dass die überwiegende Mehrheit „Single“ war: Mehr als die Hälfte der Suizidenten waren ledig, bei Granzow 55,2% in der vorliegenden Untersuchung 59,0%, hier ist also über die Jahre eine Zunahme von 3,8% festzustellen. Dazu kamen die Geschiedenen, bei Granzow 29,3%, in der vorliegenden Untersuchung 17,7%, hier ist also eine Abnahme von 11,6% festzustellen. Verwitwet waren in beiden Untersuchungen rund 3%. Ein kleinerer Anteil war verheiratet oder verpartnert, bei Granzow 12,1%, in der vorliegenden Untersuchung 20,5% (vgl. Tabelle 36).

4.1.2.5. Herkunft

Seit 1982 ist in Hamburger Gefängnissen ein ständiger Anstieg von Einsitzenden ausländischer Herkunft zu verzeichnen. Er stieg von 11,9% im Jahre 1982 auf 35,1% im Jahre 1992 an (Granzow 1996). Einen Überblick über diese Entwicklung geben Daten des Statistischen Amtes für Hamburg und Schleswig-Holstein. Im Jahre 2003 betrug nach dessen Angaben der Anteil der ausländischen Verurteilten 29% (Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2004). 2005 waren 28% der Einsitzenden Ausländer (Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2006). 2006 waren 34% der Inhaftierten ausländischer Herkunft (Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2007). 2009 traten dieselben Zahlenverhältnisse wie im Jahr 2006 auf (Statistisches Amt für Hamburg und

4 Diskussion

Schleswig-Holstein 2009). Im Jahr 2012 waren 37% der Inhaftierten Ausländer (Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2012).

Nach Angaben des Statistischen Amtes für Hamburg und Schleswig-Holstein betrug im Jahre 2010 die Zahl der Türken in Hamburg 51799 (Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig Holstein 2011), das entspricht einem Anteil unter den Ausländern in Hamburg von 21,8% (Ausländeranteil HH gesamt: 237610). Die zweitstärkste Gruppe stellen die Polen dar (20635, 8,7%), gefolgt von Afghanen (11782, 4,9%), Bewohner aus dem ehemaligen Serbien/Montenegro (11081, 4,7%), Portugiesen (8720, 3,7%). Der Rest, 56,4%, sind sonstiger Herkunft. Diese Internationalität zeigt sich auch bei den Suizidenten in der vorliegenden Arbeit, die ein breites Spektrum der Herkunftsländer widerspiegeln (vgl. Tabelle 14).

4.1.3. Vergleich: Suizidzeitpunkt

Wenn man die Anzahl der Suizide in Strafanstalten verringern möchte, ist es wichtig zu wissen, wann die meisten Suizide stattfinden. Dann hätte man die Möglichkeit, zu diesem Zeitpunkt besondere Maßnahmen zu ergreifen.

4 Diskussion

4.1.3.1. Verteilung: Halbjahre

Halbjahr	Petersen		Granzow	
April-September	24	48,0%	59	49,2%
Oktober-März	26	52,0%	61	50,8%

Tabelle 37: Vergleich des Suizidzeitpunktes: Verteilung Halbjahre; Petersen (n=50), Granzow (n=120)

In beiden Untersuchungen waren es im Winterhalbjahr etwas mehr als im Sommerhalbjahr (vgl. Tabelle 37). Um eine genauere Aussage treffen zu können, wurden die Suizidereignisse beider Untersuchungen quartalsweise gegenübergestellt.

4.1.3.2. Verteilung: Quartale

Quartal	Petersen		Granzow	
Januar-März	16	32,0%	33	27,5%
April-Juni	12	24,0%	33	27,5%
Juli-September	12	24,0%	26	21,7%
Oktober-Dez.	10	20,0%	28	23,3%

Tabelle 38: Vergleich des Suizidzeitpunktes: Verteilung Quartale; Petersen (n=50), Granzow (n=120)

Während in beiden Untersuchungen der prozentuale Anteil in allen Quartalen zwischen 20% und 30% lag, wies lediglich das Quartal „Januar bis März“ in der vorliegenden Untersuchung einen Anteil von über 30% auf (vgl. Tabelle 38).

4 Diskussion

4.1.3.3. Verteilung: Monate

Monat	Petersen (n=50)		Granzow (n=120)	
Januar	3	6,0%	10	8,3%
Februar	7	14,0%	15	12,5%
März	6	12,0%	8	6,7%
April	8	16,0%	14	11,7%
Mai	3	6,0%	8	6,7%
Juni	1	2,0%	11	9,2%
Juli	4	8,0%	12	10,0%
August	1	2,0%	9	7,5%
September	7	14,0%	5	4,2%
Oktober	3	6,0%	10	8,3%
November	3	6,0%	11	9,2%
Dezember	4	8,0%	7	5,8%

Tabelle 39: Vergleich des Suizidzeitpunktes: Verteilung Monate; Petersen (n=50), Granzow (n=120)

Der prozentuale Anteil schwankt in Granzows Untersuchung zwischen einem Minimum von 4,2% im Monat September und einem Maximum von 12,5% im Februar. In der vorliegenden Untersuchung erstreckt sich der prozentuale Anteil von 2,0% im Juni auf 16,0% im April. Die Spanne zwischen Minimum und Maximum ist also größer (vgl. Tabelle 39).

4 Diskussion

4.1.3.4. Verteilung: Wochentage

Wochentag	Petersen (n=50)		Granzow (n=120)	
Montag	6	12,0%	15	12,5%
Dienstag	5	10,0%	21	17,5%
Mittwoch	8	16,0%	13	10,8%
Donnerstag	5	10,0%	15	12,5%
Freitag	7	14,0%	20	16,7%
Sonnabend	6	12,0%	18	15,0%
Sonntag	13	26,0%	18	15,0%

Tabelle 40: Vergleich des Suizidzeitpunktes: Verteilung Wochentage; Petersen (n=50), Granzow (n=120)

In der Untersuchung von Granzow kamen die meisten (17,5%) am Dienstag und die wenigsten (je 12,5%) am Montag und Donnerstag vor. In der vorliegenden Untersuchung fanden am Dienstag und Donnerstag die wenigsten (je 10,0%) Suizide statt, die weitaus meisten, nämlich 26,0%, jedoch am Sonntag. In Granzows Untersuchung waren es sonntags „nur“ 15,0% (vgl. Tabelle 40). Hier erhebt sich die Frage, was in den Haftanstalten sonntags anders ist als an den anderen Wochentagen und ob dieses Suizide begünstigt. Eine Besonderheit am Sonntag ist, dass nicht gearbeitet wird. Wer nicht zur Kirche geht, verbringt eventuell den ganzen Tag in seiner Zelle. Als Ursache werden auch eine ausgedünnte Personaldecke sowie eine größere Langeweile bei den Inhaftierten durch weniger Freizeitangebote erwähnt (Djerkovic et al. 2012).

4 Diskussion

4.1.3.5. Verteilung: Tageszeit

Tageszeit	Petersen (n=50)		Granzow (n=82)	
Morgens, 8-14 Uhr	10	20,0%	12	14,6%
Nachmittags, 14-20 Uhr	6	12,0%	16	19,5%
Nachts, 20-8 Uhr	31	62,0%	54	65,9%
Nicht bekannt	3	6,0%	0	0,0%

Tabelle 41: Vergleich des Suizidzeitpunktes: Verteilung Tageszeit; Petersen (n=50), Granzow (n=82)

Der Vergleich zeigt, dass in beiden Untersuchungen eine deutliche Mehrheit (über 60%) sich in der Nacht suizidierte. Diese Ergebnisse stimmen mit Untersuchungen aus anderen Ländern überein. Nach Bouge und Power (Bouge und Power 1995) suizidieren sich in Schottland die meisten Häftlinge in der Verschlusszeit zwischen 21 und 6 Uhr, auch Spinellis et al. (Spinellis et al. 1997) geben für Griechenland an, dass der überwiegende Anteil der Gefängnissuizide (77%) nachts verübt werden. Ähnliches berichten Topp (Topp 1979), Griffiths (Griffiths 1990) sowie Frühwald (Frühwald 1996). Anders als tagsüber hat der Gefangene in der Nacht eher Gelegenheit, über seine persönliche Situation nachzudenken. Das kann dazu führen, dass er Ängste entwickelt und seine Situation als ausweglos ansieht. Als Suizidzeitpunkt steht an zweiter Stelle mit knapp 20% in Granzows Untersuchung der Nachmittag, in der vorliegenden Untersuchung mit 20% der Vormittag (vgl. Tabelle 41).

4 Diskussion

4.1.4. Vergleich: Suizidort

Suizidort	Petersen (n=50)		Granzow (n=120)	
UHA	29	58,0%	62	51,7%
JVA Fuhlsbüttel	14	28,0%	42	35,0%
JVA Billwerder (ehemals JVA Vierlande)	2	4,0%	4	3,3%
JVA Glasmoor	1	2,0%	1	0,8%
JVA Hahnöfersand	2	4,0%	2	1,7%
AK Ochsenzoll	0	0,0%	4	3,3%
Sonderanstalt Bergedorf	0	0,0%	1	0,8%
Sonstige	2	4,0%	4	3,3%

Tabelle 42: Vergleich des Suizidortes; Petersen (n=50), Granzow (n=120)

Der überwiegende Anteil der Suizide fand, so ergaben beide Untersuchungen, in der Untersuchungshaftanstalt statt (vgl. Tabelle 42). Prozentual waren es in der vorliegenden Untersuchung mit 58,0% sogar noch mehr als in Granzows Untersuchung (51,7%). Der Beginn der Untersuchungshaft stellt einen starken Einschnitt im Leben eines Menschen da, er ist nicht mehr selbstbestimmt sondern fremdbestimmt. Dieses Gefühl der Fremdbestimmung kann sich zu einer Krise ausweiten, in der die Wahrnehmungsfähigkeit des Betroffenen verzerrt ist. Er erlebt eine Art Schock, fühlt sich als Opfer, von allen im Stich gelassen und ungerecht behandelt. Vertraute soziale Unterstützung steht dem Gefangenen nicht mehr zur Verfügung. Es treten häufig Beziehungsprobleme auf, dazu oft ein Gefühl der Hilflosigkeit (Bennefeld-Kersten 2009b). In ihrer Dissertation aus dem Jahr 1979 berichtet S. Seifert (Seifert 1979), dass sich von 350 Suiziden, die zwischen 1945 und 1974 in Bayrischen Justizvollzugsanstalten stattgefunden haben, 234 in Untersuchungshaft ereigneten.

Eine Häufung von Suiziden tritt in den ersten Tagen der Untersuchungshaft auf. Nach eigenen Berechnungen ereignen sich in Hamburg 31,0% aller in der Untersuchungshaft auftretenden Suizide in den ersten sieben Tagen, davon alleine 17,2% in den ersten zwei Tagen (vgl. 3.3.4.6). In deutschen Haftanstalten haben sich zwischen 2000 und 2004 sieben Gefangene nach weniger als 24 Stunden

4 Diskussion

das Leben genommen (Kriminologischer Dienst im Bildungsinstitut des niedersächsischen Justizvollzuges 2005).

In den ersten 30 Tagen der Untersuchungshaft suizidierten sich nach den vorliegenden Untersuchungsergebnissen in Hamburg mehr als die Hälfte der Suizidenten (55,1%, vgl. 3.3.4.6 Tabelle 20). Auch andere Autoren geben vergleichbar hohe Zahlen an: 23% der Häftlinge verstarben in den beiden ersten Tagen an Suizid (Fully et al. 1965), 46% suizidierten sich im ersten Monat nach Inhaftierung (Dooley 1990). Daher sollte bereits in den beiden ersten Tagen die Suizidgefährdung des Häftlings beurteilt werden, damit seine Unterbringung gleich zu Beginn so gestaltet werden kann, dass Suizide erfolgreich verhindert werden (Missoni und Konrad 2008).

An zweiter Stelle standen in beiden Untersuchungen die Justizvollzugsanstalt Fuhlsbüttel. Prozentual waren es mit 28,0% in der vorliegenden Untersuchung aber weniger als bei Granzows Untersuchung (35,0%). An letzter Stelle steht in beiden Untersuchungen die Justizvollzugsanstalt Glasmoor.

4.1.5. Vergleich: Suizidmethoden

Suizidmethode	Petersen (n=50)		Granzow (n=120)	
Erhängen	42	84,0%	106	88,3%
Blutiger Suizid	3	6,0%	6	5,0%
Medikament	1	2,0%	5	4,2%
Drogen	2	4,0%	0	0,0%
Kombiniert/Andere Methode	2	4,0%	1	0,8%
Erstickten	0	0,0%	2	1,7%

Tabelle 43: Vergleich der Suizidmethoden; Petersen (n=50), Granzow (n=120)

In beiden Untersuchungen steht an erster Stelle mit weitem Abstand zu den anderen Suizidmethoden das Erhängen. Bei der vorliegenden Untersuchung zeigt sich eine Abnahme im Vergleich zu Granzows Untersuchung von 88,3% auf 84,0%. Auch andere Studien kommen zu dem Ergebnis, dass das Erhängen die Haupt-

4 Diskussion

methode bei Gefängnissuiziden ist. 97% (Spinellis et al. 1997), 90% (Topp 1979), 86% (Bouge und Power 1995), 85% (Frühwald 1996). Suizid durch Erstickten und durch Stichverletzungen kamen in der vorliegenden Untersuchung nicht vor (vgl. Abbildung 34).

4.1.6. Vergleich: Einschätzung der Suizidalität

Die Einschätzung der Suizidgefahr ergab bei Granzow, dass bei (n=72) 40 Fällen (55,5%) eine Suizidgefahr erkannt worden war, in der vorliegenden Untersuchung (n=44) war dies bei 14 Fällen (31,8%) gegeben. Allerdings kommentiert Granzow diese Zahlen in seiner Arbeit: „In 40 Fällen war die Suizidgefahr bekannt, und zwar in 20 Fällen dadurch, dass ein früherer Suizidversuch stattgefunden hatte. In der Regel lagen diese Ereignisse schon länger zurück, so dass Suizidalität für die aktuelle Situation verneint wurde. Acht Personen hatten mit Suizid gedroht“ (Granzow 1996).

In der vorliegenden Untersuchung war nach Aktenlage in 14 (31,8%) Fällen eine Suizidgefahr dokumentiert worden, wobei allerdings nur sieben (15,9%) als hoch-, ziemlich- bzw. etwas suizidgefährdet bezeichnet worden waren. Die anderen sieben wurden als „eher nicht suizidgefährdet“ eingeschätzt. Hinweise auf eine Suizidgefahr gab es in sieben Fällen von anderen Haftanstalten. Die gleiche Anzahl von Hinweisen kam von Außenstehenden (Eltern, Freunde). Frühere Suizidversuche sind in sechs Fällen dokumentiert, acht während der aktuellen Haft. Bei Granzow ist nur in einem Fall ein Hinweis aus einer anderen Haftanstalt dokumentiert.

4 Diskussion

4.2. Vergleich eigener Untersuchungsergebnisse mit denen der bundesweiten Untersuchung von Bennefeld-Kersten (2012)

Im Kapitel 4.2. werden Ergebnisse der eigenen Untersuchung mit den Ergebnissen der bundesweiten Untersuchung von Bennefeld-Kersten (Bennefeld-Kersten 2012) verglichen. In 4.2.1. und 4.2.2. geht es zunächst um die Suizidhäufigkeit im internationalen und nationalen Vergleich. In 4.2.3. werden dann Hamburger mit bundesweiten Suizidraten verglichen und in 4.2.4. wird die Abhängigkeit der Anzahl der Suizide von der Anzahl der Häftlinge berechnet. In 4.2.5. bis 4.2.8. werden ausgewählte Parameter (die Einschätzung der Suizidgefahr, die Suizidart, der Suizidzeitpunkt, das Suizidalter) verglichen.

4.2.1. Suizidhäufigkeit im internationalen Vergleich

Es ist festzustellen, dass „Suizidalität im Strafvollzug weder ein neues noch typisch deutsches Problem darstellt“ (Lehmann 2009). Nach Angaben von Rabe und Konrad (Rabe und Konrad 2010) betrug die Suizidrate in den Haftanstalten der EU 105 (Suizidenten bezogen auf 100.000 Gefangene). Je nach Land traten nach den Angaben der Autoren dabei starke Unterschiede auf. Während in Malta und Zypern die Suizidrate 0 betrug, lag sie in Finnland, Luxemburg und Tschechien bei 300. Dieselben Autoren geben für die USA für den Zeitraum 1960 bis 2004 eine Suizidrate für männliche Gefangene von 92,4 an.

Nach Braun (Braun 2000) sind die Suizidraten in Gefängnissen fast aller Länder Europas durchweg höher als in der Allgemeinbevölkerung, Deutschland liegt nach seinen Untersuchungen bei den Gefängnis-Suiziden im Mittelfeld. Die Suizidraten in den verschiedenen Bundesländern sind unterschiedlich. So liegen sie in Bayern für den Zeitraum 1952-1974 zwischen 100 und 130, in Berlin für 1970-1979 bei 177, in Hamburg für den Zeitraum 1962-1995 bei 133 (Granzow und Püschel 1998).

4 Diskussion

4.2.2. Suizidhäufigkeit im nationalen Vergleich

Nach Angaben von Bennefeld-Kersten (Bennefeld-Kersten 2012) suizidierten sich in Deutschland von 2000 (117) bis 2010 (61) insgesamt 907 Inhaftierte. Die zeitliche Entwicklung wird in Abbildung 40 dargestellt.

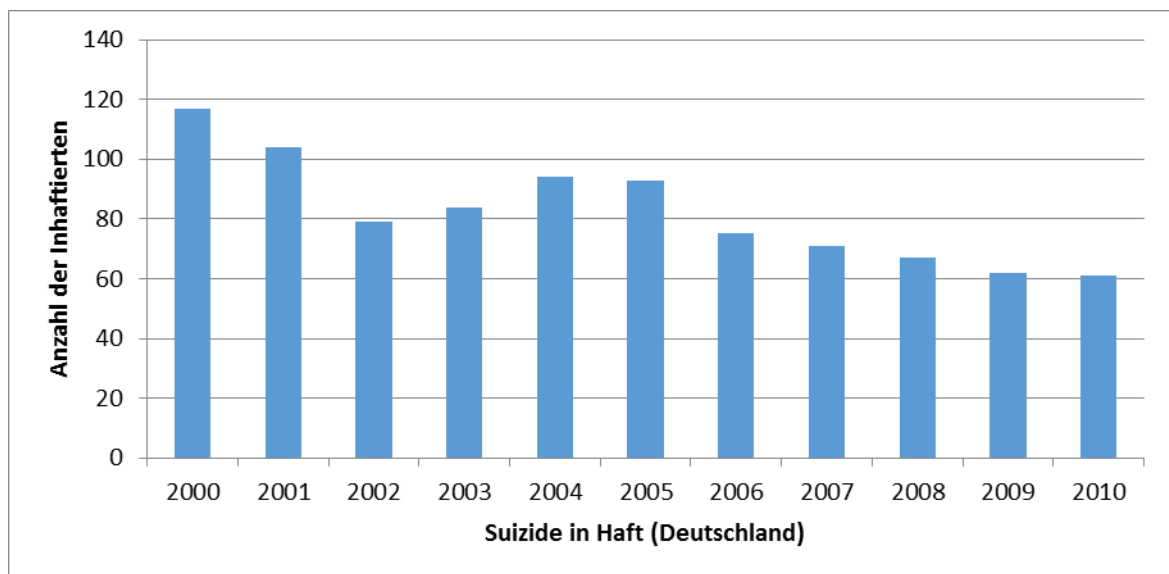


Abbildung 40: Suizide in deutschen Haftanstalten zwischen 2000 bis 2010; Bennefeld-Kersten (2012); n=907

4.2.3. Vergleich: Anzahl der Suizide/Suizidraten

Die Hamburger Zahlen aus der vorliegenden Untersuchung werden nun mit denen aus Deutschland (Bennefeld-Kersten 2012, Statistisches Bundesamt 2015) verglichen. Dazu musste zunächst die Suizidrate bestimmt werden.

Wie in 2.12. ausgeführt, wird zur Bestimmung der Suizidrate die Zahl der Suizide, die im Vergleich mit der Zahl der natürlichen Todesfälle gering ist, auf 100.000 Einwohner bezogen und als Suizidrate S bezeichnet (vgl. Tabelle 44, dritte Spalte, Suizidrate S). Bei den geringen Zahlen von Suiziden pro Jahr in den Haftanstalten ist diese Vorgehensweise mit Vorsicht zu beurteilen, da bei einer kleinen Gruppe von Teilnehmern eine geringfügige Abweichung zu starken Veränderungen führen kann.

4 Diskussion

Es werden in der Tabelle 44 die jährlichen Sterbefälle durch vorsätzliche Selbstbeschädigung (Suizid) in der BRD (zweite Spalte, Suizide BRD) sowie die Suizide in der BRD pro 100.000 Einwohner (dritte Spalte, Suizidrate S BRD) denen in allen deutschen Justizvollzugsanstalten (vierte Spalte, Suizide JVA/BRD) sowie denen in den Hamburger Justizvollzugsanstalten (fünfte Spalte, Suizide JVA/HH) aus den Jahren 2000 bis 2010 gegenüber gestellt.

Jahr	Suizide BRD	Suizidrate (S) BRD	Suizide JVA/BRD	Suizide JVA/HH
2000	11065	13,5	117	2
2001	11156	13,5	104	5
2002	11163	13,5	79	4
2003	11150	13,5	84	2
2004	10733	13,0	94	6
2005	10260	12,4	93	4
2006	9765	11,9	75	2
2007	9402	11,4	71	4
2008	9451	11,5	67	1
2009	9616	11,7	62	2
2010	10021	12,3	61	3
				MW: 3,2

Tabelle 44: Gesamtzahl der Suizide in der BRD (Spalte 2, Suizide BRD) und der Suizidrate der BRD (Spalte 3, Suizidrate (S) BRD), in den Justizvollzugsanstalten der BRD (Spalte 4, Suizide JVA/BRD) und den Justizvollzugsanstalten in Hamburg (Spalte 5, Suizide JVA/HH) in den Jahren 2000 bis 2010 (Spalte 1, Jahr)

Anmerkung:

Quelle Spalte 2 und 3: Statistisches Bundesamt (2015)

Quelle Spalte 4: Bennefeld-Kersten (2012)

Quelle Spalte 5: Eigene Untersuchungen

Aus Tabelle 44 ist zu entnehmen, dass die Zahl der Suizide in der BRD bis zum Jahre 2007 rückläufig ist und danach bis 2010 wieder ansteigt (vgl. Spalte 2).

4 Diskussion

In den Justizvollzugsanstalten der BRD hingegen ist die Zahl der Suizide bis auf einen geringfügigen Anstieg im Jahr 2004 auch über das Jahr 2007 hinaus weiter rückläufig (vgl. Spalte 4). Bezogen auf das Jahr 2000 hat dort die Zahl der Suizide bis zum Jahr 2010 um 52,1% abgenommen.

Ein solcher Trend ist in Hamburg nicht zu beobachten (vgl. Spalte 5). Vielmehr schwankt die Zahl der Suizide in den Hamburger Haftanstalten innerhalb von 11 Jahren um den Mittelwert 3,2. (vgl. auch Kapitel 3.3.4.2., Analyse des Suizidge-
schehens, Abbildung 30, Jahresverteilung), obwohl sich seit dem Jahr 2000 die Anzahl der Häftlinge nahezu halbiert hat (vgl. Tabelle 45, Spalte 4).

Genauere Aussagen zur Suizidentwicklung von 2003 bis 2010 lassen sich nur treffen, wenn die Veränderung der Bestandszahlen, d.h. der Anzahl der Einsitzenden, berücksichtigt wird. Es ist einleuchtend, dass die Anzahl der Suizidenten auch von der Gesamtzahl der Inhaftierten abhängt. Wenn sich diese Bestands- oder Belegungszahlen über die Jahre verändern, sollte dies auch Auswirkungen auf die Zahl der Suizide haben. Diese Hypothese wird in 4.2.4. weiterentwickelt.

4.2.4. Abhängigkeit der Anzahl der Suizide von der Anzahl der Häftlinge

Die Anzahl der Häftlinge wird im Folgenden auch als Belegung bezeichnet, andere Autoren (Statistisches Bundesamt 2014) benutzen den Begriff „Bestand“ oder „Bestandszahlen“. Veränderungen bei der Belegung und deren prozentuale Veränderung in bundesdeutschen und Hamburger Haftanstalten sind in Tabelle 45 zusammengefasst.

Die Spalten 2 (Belegung JVA BRD) und 4 (Belegung JVA HH) zeigen die jährlichen Belegungs- oder Bestandszahlen bundesweit und in Hamburg. Als Stichtag wurde der 31. März des jeweiligen Jahres gewählt. In den Spalten 3 (Veränderung in %) und 5 (Veränderung in %) werden die entsprechenden prozentualen Veränderungen der Belegung zwischen 2003 und 2010 dargestellt, wobei der Bestand von 2003 als 100% gesetzt wird. Letzteres gilt ebenfalls für die Tabelle 46.

4 Diskussion

Jahr	Belegung JVA BRD	Veränderung in %	Belegung JVA HH	Veränderung in %
2003	81176	100,00	3089	100,00
2004	81166	99,99	2920	94,50
2005	80410	99,06	2762	89,40
2006	78581	96,80	2575	83,40
2007	75756	93,32	2257	73,10
2008	75056	92,46	2066	66,90
2009	73592	90,66	1923	62,30
2010	72052	88,76	1806	58,50

Tabelle 45: Vergleich der Belegung (Bestandszahlen) in bundesdeutschen Gefängnissen (Spalte 2, Belegung JVA BRD) und Hamburger Gefängnissen (Spalte 4, Belegung JVA HH) sowie deren prozentuale Veränderung in der BRD (Spalte 3, Veränderung in %) und in Hamburg (Spalte 5, Veränderung in %) in den Jahren 2003 bis 2010 (Spalte 1, Jahr)

Anmerkung:

Quelle Spalten 2 und 4: Statistisches Bundesamt (2014)

Unter Verwendung der entsprechenden Zahlenwerte aus den Tabellen 44 (Spalte 4, Suizide JVA/BRD) und 45 (Spalte 3, Veränderung in %) ist es nun möglich, die prozentualen Veränderungen an Suiziden und der Belegungsdichte in den deutschen Justizvollzugsanstalten zu errechnen. Dabei werden, wie oben erwähnt, die Werte des Jahres 2003 als Ausgangswert genommen und als 100% gesetzt.

4 Diskussion

Jahr	Veränderung Suizide JVA BRD (%)	Veränderung Belegungsdichte JVA BRD (%)
2003	100,00	100,00
2004	+11,90	-0,01
2005	+10,71	-0,94
2006	-10,71	-3,20
2007	-15,47	-6,68
2008	-20,23	-7,54
2009	-26,19	-9,34
2010	-27,38	-11,24

Tabelle 46: Prozentuale Veränderungen der Anzahl der Suizide sowie der Belegungsdichte in bundesdeutschen Haftanstalten von 2003 bis 2010

In Spalte 2 der Tabelle 46 wird die Veränderung der Anzahl der Suizide zwischen 2003 und 2010, bezogen auf die Anzahl der Suizide aus dem Jahr 2003, prozentual dargestellt. Die prozentuale Zunahme ist mit (+) gekennzeichnet (vgl. 2004 und 2005), die prozentuale Abnahme ist mit (-) gekennzeichnet (vgl. 2006 bis 2010).

Ein Vergleich der Werte von 2010, bezogen auf das Jahr 2003 zeigt, dass 11,2% weniger Gefangene inhaftiert waren, die Anzahl der Suizide aber nicht linear dazu um ebenfalls 11,2% gesunken ist, sondern um 27,4%. Diese Nichtlinearität zwischen der Belegungszahl und der Anzahl der Suizide wird durch eine weitere Berechnung gestützt: Ausgehend von der Belegungszahl und der Anzahl der Suizide 2003 und der Annahme, dass die Anzahl der Suizide nur von der Belegung abhängig ist, lassen sich für die Jahre bis 2010 entsprechende theoretische Zahlen errechnen und mit der bekannten Anzahl an aufgetretenen Suiziden vergleichen. In Spalte 2 (Suizide real) der Tabelle 47 sind die realen, in Spalte 3 (Suizide errechnet) die theoretisch zu erwartenden, errechneten Suizide dargestellt.

4 Diskussion

Jahr	Suizide real	Suizide errechnet
2003	84	84
2004	94	84
2005	93	83
2006	75	81
2007	71	78
2008	67	78
2009	62	76
2010	61	75

Tabelle 47: Reale und errechnete Anzahl der Suizide in allen bundesdeutschen Gefängnissen von 2003 bis 2010 bei Annahme einer Abhängigkeit von der Belegung

Bezugswerte für die Berechnung in Tabelle 47 sind die Belegungszahlen (vgl. Tabelle 45, Spalte 2) und die Anzahl der Suizide in allen deutschen Gefängnissen im Jahr 2003 (vgl. Tabelle 44, Spalte 4). Es ist auffällig, dass ab 2005 die Zahl der Suizidenten stärker abnimmt als von der Belegungszahl „gefordert“.

4.2.5. Vergleich: Einschätzung der Suizidgefahr

Es ist leichter möglich, einen Suizid zu verhindern, wenn entsprechende Hinweise vorliegen (Bennefeld-Kersten 2012). Diese können von dem Suizidenten selbst stammen (verbale Äußerungen, akute Verhaltensänderungen, frühere Suizidversuche) oder von außen kommen (Angehörige, Gefängnispersonal).

Nach Bennefeld-Kersten (Bennefeld-Kersten 2012) gab es bei 241 (27%) Suiziden (n=907) Hinweise verschiedener Art auf eine mögliche Suizidgefahr. In dem Zeitraum 2005 bis 2010 wurden bei 110 Gefangenen (n=429) eine mögliche Suizidgefahr erkannt und entsprechende Sicherheitsmaßnahmen eingeleitet. In der vorliegenden Untersuchung beziehen sich vergleichbare Angaben auf die letzten sechs Monate vor dem Suizid. Hier wurden bei 44 Gefangenen, die suizidal gefährdet waren, in 27 Fällen Sicherheitsmaßnahmen eingeleitet.

4 Diskussion

4.2.6. Vergleich: Suizidart

Bundesweit suizidierten sich 89,6% der Inhaftierten durch Erhängen (Bennefeld-Kersten 2012), in Hamburg waren es 84,0%.

Die folgende Tabelle 48 zeigt einen Vergleich verschiedener Suizidmethoden: „Erhängen“, „Blutiger Suizid“ sowie „Medikamente/Drogen“ zwischen Bennefeld-Kerstens und der vorliegenden Untersuchung.

	Erhängen		Blutiger Suizid		Medikamente/Drogen	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Bennefeld- Kersten	813	92,0	50	5,6	25	2,8
Petersen	42	87,5	3	6,3	3	6,3

Tabelle 48: Vergleich der verschiedenen Suizidmethoden; Petersen (n=48), Bennefeld-Kersten (n=888)

Obwohl wegen der geringen Anzahl der Fälle ein Vergleich mit Vorsicht zu beurteilen ist, kann man feststellen, dass der Anteil an Suizidenten, die Medikamente bzw. Drogen benutzt haben, in der vorliegenden Arbeit ca. doppelt so hoch ist wie in der bundesweiten Untersuchung von Bennefeld-Kersten. Der Anteil der Suizide durch „Erhängen“ ist hingegen in Hamburg niedriger.

4 Diskussion

4.2.7. Vergleich: Suizidzeitpunkt, Verteilung Wochentage

Wochentag	Bennefeld-Kersten (n=907)		Petersen (n=50)	
Montag	131	14,4%	6	12,0%
Dienstag	110	12,1%	5	10,0%
Mittwoch	149	16,4%	8	16,0%
Donnerstag	98	10,8%	5	10,0%
Freitag	134	14,7%	7	14,0%
Sonnabend	101	11,1%	6	12,0%
Sonntag	184	20,3%	13	26,0%

Tabelle 49: Vergleich der Wochentage, an denen Suizide stattgefunden haben; Petersen (n=50), Bennefeld-Kersten (n=907)

In beiden Untersuchungen ist eine Häufung von Suiziden am Mittwoch und am Wochenende (Freitag bis Sonntag) festzustellen. Dabei ist der Sonntag in beiden Untersuchungen mit Abstand der Tag mit den häufigsten Suiziden, bei Bennefeld-Kersten 20,3%, in der vorliegenden Untersuchung sogar 26,0% (vgl. Tabelle 49).

4.2.8. Vergleich: Suizidalter

Nach Angaben von Bennefeld-Kersten finden sich die meisten Suizidenten in der Altersgruppe zwischen 20 und 40 Jahren. Von 907 Menschen gehören 532 dieser Gruppe an. Das prozentuale Verhältnis entspricht dem der eigenen Untersuchungen (Bennefeld-Kersten 58,7%, eigene Untersuchungen 58,0%).

4 Diskussion

4.3. Suizidrisiko in Hamburg innerhalb und außerhalb der Gefängnisse

Unter 4.3. wird zunächst behandelt, wie sich die Anzahl der Suizide in den Hamburger Vollzugsanstalten von 2003 bis 2010 entwickelt hat (vgl. 4.3.1.). Dabei wird auf Berechnungen aus 4.2.4. zurückgegriffen. Unter 4.3.2. wird dann ein Vergleich der Hamburger Suizidraten innerhalb und außerhalb der Gefängnisse durchgeführt.

4.3.1. Entwicklung der Suizide in Hamburger Vollzugsanstalten von 2003 - 2010

Wie aus Tabelle 46, Spalte 2 und 3 zu entnehmen ist, sind bundesweit die Belegungszahlen von 2003 bis 2010 um 11,2% und die Zahl der Suizide um 27,4% zurückgegangen. In Hamburg ist eine solche Abnahme nicht zu verzeichnen. Vielmehr schwankt die Anzahl der Suizide innerhalb von elf Jahren um den Mittelwert von 3,2 (vgl. Tabelle 44, Spalte 5). Die Anzahl der Suizide in Hamburg scheint „bestandsunabhängig“ zu sein. Nach Granzow und Püschel folgt die Zahl der Suizide in Hamburg in den Jahren 1962-1995 keiner signifikanten Tendenz; im Mittel errechnen sie 3,5 Suizide pro Jahr (Granzow und Püschel 1998).

Zur Verdeutlichung sei folgende Berechnung angestellt: Unter Verwendung der Werte aus Tabelle 44, Spalte 4 (Suizide JVA/BRD) und Tabelle 45, Spalten 2 und 4 (Belegung JVA BRD, Belegung JVA HH) lassen sich, unter der Annahme, dass die Hamburger Zahl an Suiziden dem Bundestrend folgt, entsprechende Zahlen errechnen und mit den aufgetretenen Suiziden vergleichen. Das Ergebnis ist in Tabelle 50 dargestellt.

4 Diskussion

Jahr	Suizide JVA/HH real	Suizide JVA/HH errechnet
2003	2	3,2
2004	6	3,4
2005	4	3,2
2006	2	2,5
2007	4	2,1
2008	1	1,8
2009	2	1,6
2010	3	1,5

Tabelle 50: Gegenüberstellung der tatsächlichen Zahl der Suizide in Hamburger Haftanstalten (Spalte 2) und der theoretischen Anzahl der Suizide, die sich ergäbe, wenn Hamburg dem Bundestrend folgen würde (Spalte 3) im Zeitraum von 2003 bis 2010.

Die mittlere Spalte (Suizide Hamburg real) gibt die tatsächliche Anzahl der Suizide in Hamburger Justizvollzugsanstalten an, die in den Jahren 2003 bis 2010 aufgetreten sind. Die rechte Spalte (Suizide Hamburg errechnet) gibt die errechnete Zahl der Suizide an, die sich ergäbe, wenn Hamburg dem Bundestrend folgte.

Demnach müsste sich die Zahl der Suizide um mehr als die Hälfte verringern. Es ist offensichtlich, dass dieses nicht der Fall ist (Tabelle 50, Spalte 2). Aus den Zahlen in Spalte 3, die theoretischer Natur sind, ist aber keinesfalls abzuleiten, dass Hamburg in der Suizidprophylaxe nicht auf dem Niveau der anderen Bundesländer ist. Sie sind aus einem kleinen Zahlenmaterial (22 Suizide) abgeleitet und beziehen sich auf einen kurzen Zeitraum von acht Jahren (2003 bis 2010).

International schwanken die Suizidraten in Haftanstalten zwischen 0 und 300. In Deutschland liegen sie unter 200, wobei es Unterschiede zwischen den Bundesländern und im Jahresverlauf gibt (vgl. 4.2.1.). Hamburgs Haftanstalten nehmen mit einer Suizidrate von 123,5 keine Sonderstellung ein.

4 Diskussion

4.3.2. Vergleich der Hamburger Suizidraten innerhalb und außerhalb der Gefängnisse

In der Tabelle 51 wird die jährliche Suizidrate der Hamburger Bevölkerung dargestellt. Die dazu verwendeten Daten (Zahl der Einwohner/alle Suizide) sind in den Spalten 2 und 3 aufgeführt.

Jahr	Einwohner HH ab 20 Jahre	alle Suizide ab 20 Jahre	Suizidrate
2002	1448480	251	17,3
2003	1450819	249	17,2
2004	1451939	265	18,3
2005	1458099	237	16,3
2006	1469510	214	14,6
2007	1479325	237	16,0
2008	1431107	186	13,0
2009	1428617	215	15,1
2010	1441117	-	-
2011	1452705	233	16,0

Tabelle 51: Errechnung der Suizidrate der Hamburger Bevölkerung ab 20 Jahre (Spalte 4) aus der Einwohnerzahl (Spalte 2) und der Anzahl der Suizide (Spalte 3) für die Jahre 2002 bis 2011.

Quelle Spalte 2: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig Holstein (2013a)

Quelle Spalte 3: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig Holstein (2013b)

Damit ist es möglich, die Suizidrate der Hamburger Bevölkerung mit der in Deutschland, sowie derjenigen in Hamburger Gefängnissen zu vergleichen. Die Ergebnisse sind in Tabelle 52 dargestellt.

In Spalte 2 (Suizidrate Einwohner HH) ist die Suizidrate der Hamburger Bevölkerung angegeben, in Spalte 3 und 4 die der Häftlinge in Hamburg (Suizidrate Häftlinge HH) und Deutschland (Suizidrate Häftlinge BRD). Die errechneten Mittelwer-

4 Diskussion

te stehen jeweils unter den Tabellen. Zwecks Vergleichbarkeit wurde die Bevölkerung Hamburgs unter 20 Jahren nicht berücksichtigt.

Jahr	Suizidrate Einwohner HH	Suizidrate Häftlinge HH	Suizidrate Häftlinge BRD
2003	17,2	64,7	103,5
2004	18,3	205,5	115,8
2005	16,3	144,8	115,7
2006	14,6	77,7	95,4
2007	16,0	177,2	93,7
2008	13,0	48,4	89,3
2009	15,1	104,0	84,2
2010	-	166,1	84,7
	MW: 15,8	MW: 123,5	MW: 97,8

Tabelle 52: Vergleich der Suizidrate der Hamburger Bevölkerung (Spalte 2) mit der Suizidrate der Hamburger Häftlinge (Spalte 3) und die der Häftlinge in bundesdeutschen Gefängnissen (Spalte 4) für die Jahre 2003 bis 2010

Die Aussagekraft der Suizidrate S mag bei geringen Fallzahlen begrenzt sein; nicht zu bestreiten aber ist, dass insbesondere bei der höheren Fallzahl, wie die BRD betreffend, das Suizidrisiko in Gefängnissen höher ist als in Freiheit. Wie aus der Tabelle 52 ersichtlich, betragen die Suizidraten zwischen 2003 und 2010 in der Hamburger Bevölkerung 15,8, bei den Hamburger Häftlingen 123,5 und bei den Häftlingen der BRD 97,8.

Es sei in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass in Haftanstalten die Zahl nicht entdeckter Suizide zu vernachlässigen ist, da nahezu jeder Suizid als solcher erkannt wird. Im Untersuchungszeitraum konnten dank der Sektionen drei zweifelhafte Fälle eindeutig als Suizide nachgewiesen werden, während außerhalb der Gefängnisse eine schlecht abschätzbare Zahl von Suiziden unentdeckt bleibt und somit die Dunkelziffer die tatsächliche Zahl an Suiziden verschleiert.

Zusammenfassend ergeben sich für den Zeitraum von 2003 bis 2010 folgende Verhältnisse: Für die Hamburger Bevölkerung ab 20 Jahren ergibt sich eine gemittelte Suizidrate von 15,8, für die entsprechende Gefängnispopulation von 123,5.

4 Diskussion

Ein Einsitzender hat demnach in Hamburg ein etwa achtfach höheres Suizidrisiko als ein Bürger Hamburgs in Freiheit. Die Suizidrate der über 20-jährigen für deutsche Gefängnisse beträgt 97,8. Für den Zeitraum von 1962 bis 1995 wird eine Gesamtsuizidrate aller Einsitzenden in Hamburger Gefängnissen von 138 angegeben (Granzow und Püschel 1998).

Bennefeld-Kersten (Bennefeld-Kersten 2012) schreibt in ihrer Arbeit „Letztlich ist es unerheblich, ob Suizide unter Gefangenen häufiger vorkommen als Suizide in der Allgemeinbevölkerung. Entscheidend ist die Frage, ob [...] möglicherweise einige heute noch leben könnten, hätte man die Suizidgefahr rechtzeitig erkannt.“ Sie fordert deshalb: „Präventive Maßnahmen müssen [...] darauf abzielen, grundsätzlich alle Gefangenen nach Zugang in der Haftanstalt zu erreichen.“

5. Kasuistik

5.1. Natürliche Todesfälle

Kasuistik 1 und Kasuistik 2 erläutern, wie Häftlinge trotz optimaler medizinischer Notfallversorgung sowie psychotherapeutische Betreuung, die sie in Freiheit vermutlich nicht erhalten hätten, verstarben.

5.1.1. Kasuistik 1 (Natürlicher Tod durch Herzinfarkt)

H.H. S. wurde 1952 in Hamburg geboren. Er besuchte die Volksschule und verließ diese mit Abschluss. Schon im Alter von 15 Jahren erfolgte der erste Eintrag ins Erziehungsregister; gemeinschaftlicher Diebstahl, schwerer Diebstahl und Diebstahl. Dieses Strafmuster durchzog sein weiteres Leben, angereichert mit Delikten wie Fahren ohne Erlaubnis und Verstößen gegen das BtMG. Im Gefängnis war er „pflegeleicht“; er kannte den „Betrieb“ und „eckte“ nur wenig an. In seinem erlernten Beruf als Tischler arbeitete er nur, wenn er im Gefängnis war; in Freiheit war er als Drogendealer oder als Einbrecher tätig. 1992 konsumierte er erstmals Heroin, war ab 1996 drogenfrei, bis er 2002 im Gefängnis einen Rückfall erlitt. Bis zum Jahre 2005 brachte er es auf 27 Eintragungen im Zentralregister. Von 56 Lebensjahren verbrachte er 33 Jahre im Gefängnis. Er verfügte über keine sozialen Kontakte und hatte keinen festen Wohnsitz. Häufig fand er bei einer Drogenabhängigen Unterschlupf. Nach seiner Meinung hatten immer die anderen an seiner Misere Schuld. Der Strafvollzug hätte ihn nicht hinreichend auf die Entlassung vorbereitet, die Agentur für Arbeit hätte für ihn keine Arbeit, das Sozialamt keine Wohnung, wie S. anlässlich des Urteils vom 23.09.2005 erklärte. Die Richter stellten fest, dass er seine Einstellung nicht geändert hätte und er vom Strafvollzug nicht mehr beeindruckbar wäre. An einem Morgen im Jahr 2008 um 9:35 Uhr wurde er taumelnd im Fahrstuhl angetroffen, nach einer sofortigen notfallmäßigen Versorgung konnte er Fragen wieder klar beantworten. Um 10 Uhr erlitt er einen Rückfall, wurde sofort reanimiert, starb jedoch um 10.45 Uhr. Todesursache war ein Herzinfarkt.

5 Kasuistik

5.1.2. Kasuistik 2 (Natürlicher Tod durch Herzinfarkt)

R. P. wurde 1945 in Brandenburg geboren. Er besuchte die Jugendsportschule in Brandenburg und absolvierte nach Abschluss der 10. Klasse eine Lehre als Schlosser im Betrieb seines Vaters. Danach wurde er Berufssoldat in einer Pioniereinheit und wurde zum Scharfschützen, Sprengmeister und Taucher ausgebildet. Zudem erhielt er eine Spezialausbildung im Dschungelkampf in Swerdlowsk. Ende 65/66 erfolgte die Verlegung nach Nordvietnam. Er war Zeuge und Täter bei grauenhaften Ausschreitungen gegen die Zivilbevölkerung; er vergewaltigte zum ersten Mal eine Frau bei der Erstürmung eines Wehrdorfes. Verwundungsbedingt verließ er die NVA und wurde stellvertretender Leiter einer Gelatinefabrik in Brandenburg. Nach Streit mit dem Parteisekretär und körperlicher Gewalt gegen Vopos erhielt er 5 Jahre Gefängnis. Nach seiner Entlassung beging er 1972 Raubüberfälle, wurde zu 4 Jahren Haft verurteilt. 1976 saß er ein Jahr in Untersuchungshaft wegen subversiver Tätigkeit und erhielt Berufsverbot. 1977 flüchtete er aus der DDR und erhielt eine Stelle bei dem Verlag Bau und Wissen; daneben baute er eine kommerzielle Fluchthelferorganisation auf. 1978 erfolgte die Trennung von seiner Frau, da diese mit seinen Waffengeschäften nicht einverstanden war. 1979 wurde er in Berlin wegen Raubes mit Vergewaltigung verurteilt. In Berliner Haft deckte er „mafiose Strukturen“ (Rauschgifthandel) und wurde bei einem Mordanschlag im Gefängnis schwer verletzt. Es folgten weitere Verurteilungen wegen Vergewaltigung. Seit 1992 war P. in psychotherapeutischer Behandlung. Ein Gutachterstreit fand 1994 wegen einer Verlegung in die Sozialtherapeutische Anstalt Bergedorf statt. Diese erfolgte im August 1995. Während eines Freigangs im März 1998 beging P. mit einem anderen Freigänger einen versuchten bewaffneten Überfall auf eine Frau. Nach einem Gutachten von 1998 wurde P. eine narzisstische Persönlichkeitsstörung bescheinigt, verbunden mit antisozialen und sadistischen Merkmalen, die schwer behandelbar seien. P. litt an einer Diabetes und an einer chronischen Bronchitis. Er starb im Dezember 2000 in der JVA Fuhlsbüttel an einem Herzinfarkt.

5.2. Suizidfälle

5.2.1. Kasuistik 3 (Suizid durch Erhängen)

Die folgende Kasuistik soll zeigen, wie trotz Durchführung von Sicherungsmaßnahmen ein Suizid nicht zu verhindern war.

D. I. wurde 1978 in der Türkei geboren und siedelte früh zu seinen Eltern nach Deutschland über, wo er die Realschule mit dem Abschluss der mittleren Reife verließ. Er erlernte allerdings keinen Beruf, sondern half im Lebensmittelgeschäft seiner Eltern aus und betätigte sich als Musiker. Außerdem bezog er Sozialhilfe. 2004 wurde er wegen Verdachts auf Vergewaltigung in Kiel verhaftet und in die UHA Hamburg überführt. Seit Jahren bestand bei ihm eine ausgeprägte Suchtproblematik, einhergehend mit einer schweren affektiven Psychose. Er kam zur Entgiftung ins Klinikum Nord-Ost, um danach eine Langzeittherapie im „Kieler Fenster“ antreten zu können. Sein Suchtmittelkonsum war beträchtlich. Vor 2004 rauchte er täglich 50 Zigaretten, dazu konsumierte er wöchentlich 1 bis zweimal 2 bis 5g Heroin und 2 bis 4g Kokain. Sein fast täglicher Cannabiskonsum wurde von den Eltern und Geschwistern, zu denen er Kontakt hatte, sowie dem „türkischen Kulturkreis“ akzeptiert. In der UHA fanden regelmäßig Konsultationen mit dem Psychiater statt, der einen stabilen Gesamtzustand bestätigte. D. wurde regelmäßig medikamentös behandelt (u.a. Haldol). Sicherungsmaßnahmen waren: Abgeschirmte Dauerbeleuchtung, keine Gemeinschaftsveranstaltung im Freien, Abnahme gefährlicher Gegenstände, Tragen von Anstaltskleidung. Er wurde schließlich um ca. 21:10 Uhr von einem Krankenpfleger erhängt in der Zelle gefunden. Alle Rettungsversuche waren erfolglos.

5.2.2. Kasuistik 4 (Suizid durch Erhängen)

In dieser Kasuistik soll auszugsweise gezeigt werden, in welcher Intensität sich der Strafvollzug um Delinquenten kümmert, wenn Verdacht auf Suizidalität besteht und wie dennoch ein Suizid nicht verhindert werden konnte. Es wird aus Verlaufsakten und entsprechenden Mitteilungen zitiert, aus Datenschutzgründen werden die Namen der Beteiligten nicht genannt.

M. T. wurde 1966 im heutigen Bosnien-Herzegowina geboren. Er wurde 2000 wegen Mordes von einem Gericht in Braunschweig zu lebenslanger Haft verurteilt. Zu seinem Schutz vor seinen vier ebenfalls verurteilten Mittätern wurde er 2002 in die JVA Lübeck verlegt. Die Aufnahmeuntersuchung bescheinigte ihm eine „unauffällige seelische und geistige Artung“, auch wäre er ärztlicher Behandlung nicht bedürftig.

In einer anstaltsärztlichen Stellungnahme wurde folgendes ausgeführt; „Kreislaufzusammenbrüche, Schweißausbrüche, Schlafstörungen, eine Entzündung des Herzens sind mir, als Anstaltsarzt, absolut unbekannt. Es ist festzuhalten, dass sich Herr T. nicht einmal zum Arzt gemeldet hat, bei derartigen Beschwerden“. Es erfolgte eine kardiologische Untersuchung. Der Patient berichtet über Schwindel und Verwirrheitszustände, an denen er seit drei bis vier Wochen litte.

Es käme zu einem leichten Picken und Drücken, nachts schlage das Herz unregelmäßig. Die Diagnose ergab keinen Hinweis für eine organische Herzerkrankung. Zur Untersuchung wurde ein Ruhe-EKG durchgeführt sowie ein Echokardiographie und eine 12 Kanal-Ergometrie. Danach erfolgte der erste von zahlreichen Besuchen beim Nervenarzt, Psychotherapeuten und Psychoanalytiker, der ihn auch medikamentös behandelte. Im Weiteren wird aus den Akten von C. zitiert:

„April: Er schläft schlecht. Schüttelfrost und Erbrechen hat er gehabt. Die Mutter hatte im Alter von 30 Jahren einen Nervenzusammenbruch mit Wahnvorstellungen. Vor einer Woche noch hatte der Patient jeden Zusammenhang zwischen körperlichen Beschwerden und psychischen Belastungen abgelehnt.“

5 Kasuistik

„Mai: Sein Befinden schwankt sehr. Wenn die Wirkung von Stangyl nachlässt, bekommt er Weinkrämpfe.“

„Juni: Er habe keine Perspektiven mehr. Er könne jetzt nicht mehr. Ich sprach mit Herrn P. und dem Abteilungsleiter. Der Patient solle vermehrt beobachtet werden.“

An zwei Tagen wird T. wegen eines Suizidversuches in der Chirurgischen Klinik behandelt. Er hatte sich am linken Unterarm Schnittverletzungen beigebracht. Monatlang war T. im Psychiatrium in Neustadt/Holstein untergebracht und wurde dann nach Lübeck zurückverlegt.

Ein Eintrag aus dem Behandlungsblatt 2003: *„Die Stationsbeamten haben Bedenken, die gesamte Box dem Patienten auszuhändigen. Sie meinen, es ist sicherer, die Tabletten unter Sicht zu geben, damit sie den Patienten im Auge behalten können.“*

Immer wieder war T. wegen Suizidgefahr unter Beobachtung. Schließlich entdeckt der Psychologe P. am Hals des T. erhebliche Strangulationsmerkmale, die von einem Suizidversuch herrühren, bei dem aber das verwendete Elektrokabel gerissen sei. In einer Stellungnahme führt der Anstaltsarzt F. folgendes aus: *„Herr T. wird hier in der Anstalt von einem Psychologen in regelmäßigen, kurzfristigen Abständen betreut. Außerdem befindet sich Herr T. in nervenärztlicher Mitbehandlung. Dies ist grundsätzlich eine optimale Kombination, auch außerhalb des Vollzuges würde die Betreuung nicht besser sein. Herr T. ist grundsätzlich unzufrieden, am liebsten würde er den gesamten Vollzug verschlafen, da er sich dann den Problemen der Tat nicht zu stellen braucht. Dies werden wir nicht verändern können.“*

T. wurde in die JVA Fuhlsbüttel überstellt. Dort wurde er erhängt in seiner Zelle gefunden. Für den Suizid hatte er sich einen Strick aus Stoffstreifen geflochten.

6. Praktische Konsequenzen und Vorschläge für die Suizidprävention im Gefängnis

Wie lassen sich die Todesfälle in Haftanstalten reduzieren?

Die bisherigen Erörterungen haben gezeigt, dass wegen der Komplexität des Themas eine einfache Antwort auf diese Frage nicht möglich ist. Immer wieder wird es nötig sein, zu überprüfen, ob sich im Strafvollzug Fehler und Versäumnisse eingeschlichen haben, neue wissenschaftliche Erkenntnisse nicht zur Anwendung gekommen sind oder sogar notwendige Untersuchungen nicht stattgefunden haben. Im Folgenden werden eigene Vorschläge unterbreitet. Dabei geht es zunächst um sämtliche Todesfälle in Gefängnissen (vgl. 6.1. bis 6.4.), dann speziell um die Prävention von Suiziden (vgl. 6.5.).

6.1. Datenlage verbessern

Eine Verbesserung der Datenlage ermöglicht genauere Analysen, deren Ergebnisse dazu beitragen könnten, Todesfälle in Haftanstalten zu reduzieren. Ein Instrument dazu ist der in Niedersachsen entwickelte Erhebungsbogen (Kriminologischer Dienst des niedersächsischen Justizvollzuges 2005). Dieser Bogen ließ sich in der vorliegenden Untersuchung in keinem Fall in dem zur Verfügung stehenden Aktenmaterial finden. Für die Prävention von Todesfällen und das richtige Reagieren aller Beteiligten in kritischen Situationen wäre es wünschenswert, wenn ein besserer Informationsaustausch gegeben wäre. Vermutlich stehen Bestimmungen des Datenschutzes dem entgegen. Dieses sollte überprüft werden.

6 Praktische Konsequenzen und Vorschläge für die Suizidprävention im Gefängnis

6.2. Wissenschaftliche Untersuchungen weiter führen

Es hat sich gezeigt, dass sich im Laufe der letzten Jahre zahlreiche gesellschaftliche Veränderungen ergeben haben, die sich natürlich auch im Strafvollzug widerspiegeln. Eine Prävention von Todesfällen im Strafvollzug muss diese Veränderungen berücksichtigen. Es ist zudem notwendig, dass angewandte Präventionsmaßnahmen kontinuierlich überprüft, kritisch hinterfragt und verbessert werden. Dazu wäre eine Fortführung der Dokumentation und wissenschaftlichen Analyse, die von Granzow im Jahre 1962 begonnen worden ist und die die vorliegende Untersuchung für den Zeitraum 1996 bis 2012 vorgenommen hat, wünschenswert. Granzow und Püschel haben in ihrer Arbeit bereits konkrete Vorschläge unterbreitet (Granzow und Püschel 1998), wie z.B. die Ausweitung infektionsprophylaktischer Maßnahmen, Spritzentausch- sowie Methadonprogramme.

Auch eine Ausweitung der Untersuchung auf neue Fragestellungen wäre in Erwägung zu ziehen: Nach einer Auswertung bundesweiter Studien in den USA (Feltous und Saß 2010) ist ein Zusammenhang zwischen Art der strafbaren Handlung und dem Suizid in Haftanstalten gegeben. Die Straftaten mit den höchsten Suizidraten waren dort Entführung, Vergewaltigung und Tötungsdelikte.

6.3. Sektionsrate erhöhen

Es hat sich bei der Auswertung des umfangreichen Datenmaterials gezeigt, dass die Angaben zur Todesursache und zur Bewertung des Todesgeschehens manchmal sehr unterschiedlich waren und derselbe Sachverhalt aus unterschiedlicher Sicht verschieden bewertet wurde. Eine eindeutige Festlegung der Todesursache liefert im Regelfall die Obduktion. Deshalb wäre es wünschenswert, wenn bei allen Todesfällen in Haftanstalten Sektionen durchgeführt und dokumentiert würden. Dies geschieht auch regelhaft, entsprechend einer internen Dienstanweisung der Staatsanwaltschaft. Obduziert werden sollten auch alle Todesfälle im zeitlichen Umfeld der Haft. Die Ergebnisse sollten in die o.g. wissenschaftlichen

6 Praktische Konsequenzen und Vorschläge für die Suizidprävention im Gefängnis

Auswertungen mit einfließen. Wie Schmitt festgestellt hat, wird mit der Abnahme der Sektionsrate eine sinkende Suizidrate ermittelt (Schmidt 2011).

6.4. Strukturelle Voraussetzungen verbessern

Ein weiterer Vorschlag wären strukturelle Veränderungen, die zur Anwendung kommen könnten. Da diese aber bei den verschiedenen Todesursachen unterschiedlich ins Gewicht fallen, wird dieser Vorschlag im Folgenden für die verschiedenen Todesursachen, zuletzt für die Suizide, konkretisiert:

6.4.1. Natürliche Todesfälle

„Krankheit schützt in der Regel [...] nicht vor Strafe. Werden kranke Menschen zu einer Freiheitsstrafe verurteilt, nehmen sie ihre Krankheit hinter die Gefängnismauern mit. Auch der Strafvollzug schützt nicht vor Krankheit, Knast selbst macht nicht selten krank. Deshalb bleiben gesund einrückende Straftäter nicht notwendig von Krankheit verschont...“ (Hillenkamp und Tag 2005).

Durch strukturelle Maßnahmen lässt sich die Anzahl der natürlichen Todesfälle schwerlich vermindern. Der Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung wird von Jahr zu Jahr größer. Wie die vorliegende Untersuchung gezeigt hat, verschiebt sich der Altersschwerpunkt der Häftlinge, die eines natürlichen Todes gestorben sind, nach oben. Es ist anzunehmen, dass sich aufgrund der höheren Lebenserwartung auch die Zahl der älteren Häftlinge vergrößern wird. Dem entsprechend könnte sich in den nächsten Jahren der Anteil der natürlichen Todesfälle in den Haftanstalten vergrößern. Andererseits werden die Medikamente und die Behandlungsmethoden in der Medizin immer wirkungsvoller. Diese Entwicklung könnte wiederum dafür sorgen, dass kranke Häftlinge länger leben. Die Voraussetzung dafür ist natürlich, dass diese Errungenschaften den Häftlingen ebenso zugutekommen, wie den Menschen in Freiheit. Bei der Durchsicht und Analyse der Daten entsteht der Eindruck, dass in den Haftanstalten alles dafür getan wurde, zu verhindern, dass ein kranker Häftling stirbt. In manchen Fällen schien die Tatsache, dass ein Mensch Insasse einer Haftanstalt war, eher lebensverlängernd für ihn zu

6 Praktische Konsequenzen und Vorschläge für die Suizidprävention im Gefängnis

sein (etwa bei einem in der Freiheit lebenden kranken Obdachlosen, der in der Haft bestens medizinisch betreut wurde (vgl. 5.1.1. Kasuistik 1)).

6.4.2. Drogentodesfälle

Aus der Durchsicht und Analyse der Aktenlage geht hervor, dass viele Straftaten unter Drogeneinfluss begangen worden waren und die Haftstrafe bereits wegen Straftaten, die unter „Beschaffungskriminalität“ subsumiert werden können, verhängt worden war. Die Mehrheit der Drogentodesfälle waren zu Lebzeiten Freigänger und konnten sich, mit gewissen Auflagen, außerhalb der Haftanstalt frei bewegen. In diesen Fällen war es natürlich leicht, sich Drogen zu beschaffen. Der Strafvollzug ist darauf ausgerichtet, die Häftlinge an ein Leben in Freiheit zu gewöhnen. Die Beschaffung von Drogen einzuschränken, hieße, diese Freizügigkeit zu beschneiden. Drogenabhängige Häftlinge, so ging aus den Akten hervor, bekommen während der Haftzeit Hilfen angeboten und haben die Möglichkeit, an Entwöhnungsprogrammen teilzunehmen. Werden diese Hilfen und Angebote nicht angenommen, ist die entsprechende Haftanstalt machtlos. In diesen Fällen muss entschieden werden, ob ein rigiderer Entzug mit schärferen Überwachungsmaßnahmen gewünscht ist.

6.4.3. Unfalltodesfälle

Unfälle lassen sich nicht vermeiden, weder in Freiheit noch im Gefängnis. Eventuell hätten sich drei der vier untersuchten Unfälle durch strengere Strafvollzugsmethoden (kein Freigang, mehr Aufsicht) verhindern lassen. Dies könnte allerdings den Prinzipien des modernen Strafvollzugs, die auf Resozialisierung ausgerichtet sind, widersprechen.

6.4.4. Sonstige Todesfälle

Die Todesfälle in dieser Rubrik ließen sich nicht eindeutig den anderen Rubriken zuordnen. Abhilfe schaffen könnte eine einheitlichere Dokumentation, die weniger

6 Praktische Konsequenzen und Vorschläge für die Suizidprävention im Gefängnis

Widersprüche zulässt. Es wäre nützlich, wenn jeder in der Haftanstalt Verstorbene im Institut für Rechtsmedizin unter forensischen Fragestellungen obduziert werden könnte.

6.5. Vorschläge für eine Suizidprävention in Gefängnissen

Eine Prävention von Todesfällen durch strukturelle Maßnahmen lässt sich bei der Todesart „Suizide“ gut vorstellen. Auf diese Todesart legt die vorliegende Arbeit einen besonderen Schwerpunkt, der unter 6.5. genauer ausgeführt wird.

Faust verweist bei einer Rezension eines Buches von Bennefeld-Kersten auf die Judasgeschichte (Faust o.D.): „Wenn wir die Erwartung haben, dass ein Gefangener in der Strafanstalt Gelegenheit haben soll, über das Unrechtmäßige seiner Tat nachzudenken, sollten wir darüber nachdenken, inwieweit unser Vergeltungsbedürfnis befriedigt wird, wenn sich Judas nach seinem Verrat erhängte. Könnte dies eine mögliche Ursache sein, dass den hohen Suizidraten in Gefängnissen bisher nur wenig Beachtung geschenkt wurde?“

Der Suizid ist ein Phänomen, das weltweit allgegenwärtig ist. Es ist daher unrealistisch, anzunehmen, dass es im Strafvollzug nicht vorkommt. Es gibt zahlreiche Vorschläge zur Suizidprävention. Diese reichen von eher praktischen Maßnahmen, wie der Abnahme von Gegenständen, die möglicherweise zur Durchführung eines Suizids dienen könnten oder der intensiveren Observanz bis hin zu verbesserter Krisenintervention nach Suizidversuchen sowie zu besserer psychiatrischer Betreuung von Häftlingen. Weitgehend besteht Einigkeit darin, dass die ersten Tage und Wochen in Untersuchungshaft besonders risikobehaftet sind, was auch durch die vorliegende Untersuchung bestätigt wird. Als mögliche Gründe könnten emotionaler Stress, impulsives Handeln sowie Unsicherheit als Reaktion auf Schuldgefühle und Scham in Frage kommen.

Eine möglichst frühzeitige Identifikation gefährdeter Häftlinge könnte dazu beitragen, Suizide zu verhindern. Durch gezielte Screeningmaßnahmen könnten Gruppen mit erhöhtem Suizidrisiko rechtzeitig herausgefiltert werden, damit präventive Maßnahmen eingeleitet werden können. Beispielsweise gelten jüngere Häftlinge,

6 Praktische Konsequenzen und Vorschläge für die Suizidprävention im Gefängnis

besonders dann, wenn sie in Haftanstalten zusammen mit erwachsenen Häftlingen untergebracht sind, als besonders gefährdet. Auch Drogen- und Alkoholabhängigkeit, lange Haftstrafen, psychiatrische Erkrankungen sowie vorherige Suizidversuche gelten als Risiken für einen erneuten Suizid. Unverheiratete oder geschiedene Häftlinge sind eher suizidal gefährdet als verheiratete Häftlinge. Auch Verurteilte von Sexualstraftaten haben ein erhöhtes Suizidrisiko (Rabe und Konrad 2010). Ein intaktes Familienleben, Religiosität sowie die Ausübung einer Tätigkeit in Haft gelten dagegen als protektive Faktoren (Bronisch 2002).

Auch die Haftbedingungen können Suizide begünstigen. Eine mögliche Gefahr birgt einerseits die Einzelhaft mit ihrer sozialen Isolation. Andererseits wird auch die Überbelegung von Hafträumen als suizidfördernd beschrieben. Eine hohe individuelle Vulnerabilität wird, unabhängig von den Haftbedingungen, als mögliches Suizidrisiko angesehen. Benannt werden Zukunftsängste, soziale Diskriminierung, Hoffnungs- und Hilflosigkeit sowie mangelnde Copingstrategien.

Reduzieren ließen sich Suizide im Strafvollzug, wenn es gelänge, „den Gewahrsam auf ein Minimum zu reduzieren und stattdessen nichtstationäre Strafrechtsanktionen einzusetzen“ (Rabe und Konrad 2010). Studien zur erfolgreichen Suizidverhütung sind eher pessimistisch (Seifert 1979). Suizidgefährdete könnten kontinuierlich durch Kameras in beleuchteter Zelle mit Hilfe eines ständig beobachteten Monitors überwacht werden. Aber das wäre Folter und würde die Menschenrechte verletzen. Solche Vorgehensweisen bleiben damit rein hypothetisch. Auf der Grundlage der vorgelegten Untersuchung lassen sich einige weitere realistische Verbesserungsvorschläge ableiten, die im Folgenden aufgeführt werden.

6.5.1. Strukturelle Maßnahmen verbessern und konsequent anwenden

Bei dem Verdacht, dass sich beim Häftling das Suizidverlangen konkretisiert, können in Hamburger Haftanstalten so genannte harte Maßnahmen angeordnet werden nach § 74 Abs. 2 Hamburg(J) StVollzG bzw. §54 Ab.2 HmbUVollzG (Behörde für Justiz und Gleichstellung 2012b). Diese Maßnahmen können der Entzug gefährlicher Gegenstände sein, sowie die regelmäßige Beobachtung und die Unter-

6 Praktische Konsequenzen und Vorschläge für die Suizidprävention im Gefängnis

bringung in einem besonderen Haftraum. Solche Maßnahmen bedeuten eine starke Einschränkung der ohnehin geringen Freiheiten eines Gefangenen und ein Eindringen in seine Intimsphäre.

Ist die Suizidgefährdung gering, können weichere Methoden zur Anwendung kommen, die eine geringere Belastung für den Gefangenen darstellen. So ist beispielsweise eine Unterbringung in einer Einzelzelle nicht anzuraten, da sich die Mehrzahl aller Suizide dort ereignete (Beck 1988). In Frage kämen die Unterbringung in einem Gemeinschaftsraum oder in einem speziellen Haftraum, Freizeitangebote wie Fernsehen, Radio, Literatur und die Zuweisung von Arbeit. Das Auftreten von drei Suiziden innerhalb von vier Monaten im Jahre 2010 hat die zuständige Behörde veranlasst, weitere Maßnahmen zur Suizidprävention zu ergreifen (Dreyer 2010). In den Haftanstalten Billwerder, Fuhlsbüttel, Hahnöfersand, UHA und der Sozialtherapeutischen Anstalt in Bergedorf wurden gefährdungsarme Hafträume eingerichtet, deren Einrichtung die Suizidmöglichkeit vermindert. Sollten weitere Hafträume nötig sein, so wäre dies möglicherweise leicht zu bewerkstelligen, da den Gefängnissen Raumüberkapazitäten vorhanden sind (Drucksache 19/4556 10.11.2009).

Bei der Beurteilung der Suizidgefährdung gilt das „Vier Augen Prinzip“: Eine psychologische Fachkraft führt unter Hinzuziehung einer weiteren entsprechen qualifizierten Person das beurteilungsrelevante Gespräch mit dem Gefangenen. Die psychologische Versorgung am Wochenende wird durch Aufstockung des Personals verbessert. Im Rahmen bestehender Maßnahmen wird bei allen Gefangenen bei der Aufnahmeuntersuchung und im Zugangsgespräch geprüft, ob es Anhaltspunkte für eine Suizidgefährdung gibt. Nach jedem vollendeten Suizid wird eine Suizidkonferenz einberufen, bei der die näheren Umstände des Suizids geklärt werden und eine Motivanalyse stattfindet. Hierzu werden externe Fachkräfte des Universitätsklinikum Hamburg- Eppendorf (UKE) hinzugezogen.

Die Untersuchung des vorliegenden Aktenmaterials sowie die Literaturrecherche haben deutlich gemacht, dass bereits viele strukturelle Möglichkeiten vorgegeben sind, mit deren Hilfe eine Suizidgefährdung erkannt werden könnte. Diese Struktu-

6 Praktische Konsequenzen und Vorschläge für die Suizidprävention im Gefängnis

ren sollten sorgfältiger genutzt, bzw. überhaupt zur Anwendung gebracht werden: In den Akten fehlen häufig die offiziellen, unterschriebenen Protokolle von geführten (Zugangs-) Gesprächen, die evtl. Hinweise auf eine mögliche Suizidgefährdung geben könnten. Sie werden, vermutlich aus Datenschutzgründen, dem nicht medizinisch/psychologischen Gefängnispersonal nicht zugänglich gemacht. Wenn Protokolle der Zugangsgespräche existieren, vermisst man häufig die Frage nach früheren Suizidversuchen.

6.5.2. Dokumentierte Befragung zu Beginn der Haft

Als Ziel für eine Suizidprävention wird eine frühzeitige Identifizierung gefährdeter Häftlinge angesehen. Um wirksam zu sein, müssen entsprechende Suizidscreeningmaßnahmen unmittelbar nach Aufnahme der Gefangenen zum Einsatz kommen, wie es die Weltgesundheitsorganisation in einem Leitfaden zur Suizidprävention im Justizvollzug (Bertelote 2007) fordert.

Auch andere Autoren (Frottier et al. 2008) empfehlen ebenso wie die WHO, spezielle Screeningmethoden anzuwenden. Eine Möglichkeit, in standardisierter Form eine Suizidgefährdung bereits beim ersten Kontakt des Häftlings mit der Haftanstalt zu erfassen, bietet der ausgearbeitete umfangreiche Fragebogen von Bennefeld-Kersten, der eigentlich seit 2005 in allen Bundesländern zur Anwendung kommen sollte. In keiner untersuchten Akte befand sich ein ausgefülltes Exemplar des sechsseitigen Erfassungsbogens aus dem Kriminologischen Dienst im Bildungsinstitut des niedersächsischen Strafvollzuges. Vielleicht wurde dieser Fragebogen nicht eingesetzt, weil er nur durch ausgebildete Fachleute zur Anwendung gebracht werden kann, die im Gefängnis knapp sind. Der Inhaftierte ist in Haftanstalten Einschränkungen unterworfen, die seine gewohnten Lebensrhythmen unterbrechen. Die Bedingungen, die sich aus der Haftsituation ergeben, können ebenso suizidfördernd sein, wie die üblicherweise hinzukommenden Stress- und Risikofaktoren. Diese Liste ist lang, doch seien an dieser Stelle einige wenige angeführt wie die Art des Verbrechens, Drogen- und Alkoholabhängigkeit, fehlende familiäre Bindungen. Diese negativen Faktoren sollen festgestellt und, soweit es möglich ist, abgebaut werden. In der Praxis sind sie oft schwer feststellbar, ob-

6 Praktische Konsequenzen und Vorschläge für die Suizidprävention im Gefängnis

wohl dieses notwendig ist, um entsprechende Maßnahmen wie z.B. Verlegung auf eine spezielle Station einzuleiten.

Durch eine spezielle Gesprächsführung, den Einsatz von Fragebögen oder anderen Screeningmethoden lassen sich Risikokonstellationen bei Gefangenen erheben. Auf bestimmte Tests, die in der Literatur beschrieben sind, wie z.B. „VISCI“, sei an dieser Stelle besonders hingewiesen. „VISCI“ wird unter 6.5.3. genauer beschrieben. Durch solche Screenings werden Gefangene erfasst, die mutmaßliche Tötungsdelikte, Sexualdelikte oder Brandstiftungsdelikte begangen haben, die an einer psychotischen Erkrankung leiden oder sich im Alkohol- oder Drogenentzug befinden. Ebenso werden Gefangene herausgefiltert, die während der Gewährung von Vollzugslockerungen eine neue Straftat begangen haben oder solche, bei denen Angaben im Haftbegleitzettel auf ein erhöhtes Suizidrisiko hindeuten. Für Gefangene, bei denen ein erhöhtes Suizidrisiko bestehen könnte, werden in der Untersuchungshaftanstalt besondere Sicherungsmaßnahmen angeordnet.

6.5.3. Vereinfachte Möglichkeiten zur Erkennung von Suizidrisiken schaffen

Eine einfache und damit praktikable Vorgehensweise bietet VISCI, das Wiener Instrument für Suizidgefahr in Haft, Viennese Instrument for Suicidality in Correctional Institutions (Frottier et al. 2008). Auf der Grundlage eines umfassenden Forschungsprojektes von 1992 bis 2011 in Österreich wurde dieses Verfahren entwickelt, mit dessen Hilfe suizidgefährdete Insassen von Haftanstalten leichter erkannt werden können. Es sei im Folgenden kurz dargestellt: Mittels eines Frage-rasters, das durch statistisch signifikante Ergebnisse abgesichert ist, wird ein Suizidrisiko ermittelt und dieses entsprechenden Ampelfarben zugeordnet. Je nach Farbwert können dann suiziderschwerende Maßnahmen ergriffen werden. Das Verfahren ist computergestützt und wird nicht von ausgebildeten Psychiatern sondern vom Wachpersonal durchgeführt. Der Gefangene kommt erst dann in die Zelle, wenn das VISCI-Verfahren durchgeführt worden ist. Visci gibt es in 12 Sprachen und ist in der EU anerkannt.

6 Praktische Konsequenzen und Vorschläge für die Suizidprävention im Gefängnis

6.5.4. Erfahrungen aus psychiatrischen Kliniken nutzen

Es gibt viele praktische Vorschläge: Man könnte bestimmte Gegenstände, die als Suizidwerkzeug zur Anwendung kommen könnten, wie z.B. Gürtel und Schnürsenkel konfiszieren. Auch sollten Textilien (Anstaltskleidung, Bettzeug), die bei entsprechender Vorbereitung (verknüpfen, verdrillen, verflechten) ebenfalls als Werkzeug zur Selbsttötung dienen könnten, ausgetauscht werden durch solche aus nicht reißfestem Papier. Die Verantwortlichen könnten in diesem Zusammenhang auf Erfahrungen in psychiatrischen Kliniken zurückgreifen um praktische Tipps zu erhalten, wie man durch einfache bauliche Veränderungen mögliche Suizide erschweren kann. An möglichen Aufhängepunkten könnten "Sollbruchstellen" eingebaut werden. Duschvorhangs- und Kleiderschrankstangen könnten beispielsweise mit Magneten an der Badezimmer- oder Schrankdecke befestigt werden. Wenn ein Häftling versuchen würde, sich daran zu erhängen, würde sich die gesamte Stange von der Magnetaufhängung lösen.

6.5.5. Psychologische und psychiatrische Versorgung verbessern

Bei den meisten Gefangenen besteht ein großer Redebedarf (Djerkovic et al. 2012). Ihre Interviews mit Gefangenen und Gefängnispersonal hatten ergeben: „Viele Gefangene leiden unter sozialen Nöten, wie durch das Verlassen werden von der Freundin oder dass sie keinen Kontakt zum Kind haben.“ Für viele Gefangene sei es auch schwierig, mit ihren Delikten zu leben. Im Rahmen der Fachdienste stehen für die Konfliktbewältigung bei Bedarf Psychologen zur Verfügung. In der Untersuchungshaftanstalt, wo die meisten Suizide stattfinden, sollte ein Psychiater vor Ort anwesend sein, der mögliche psychiatrische Erkrankungen sowie Krisensituationen rechtzeitig erkennt und geeignete Maßnahmen einleitet. Eine rasche Intervention ist umso dringender, da, wie eigene Untersuchungen ergeben haben, 31% dieser Suizide sich in den ersten sieben Tagen ereignen und 55% innerhalb von 30 Tagen. Psychisch auffällige Häftlinge dürfen nur dort untergebracht werden, wo es genügend Psychologen oder Psychiater gibt. Auf keinen Fall darf das Niveau der psychologischen und ärztlichen Betreuung abgesenkt werden.

6 Praktische Konsequenzen und Vorschläge für die Suizidprävention im Gefängnis

6.5.6. Kommunikation und seelischen Beistand am Sonntag verbessern

An Sonntagen sollten mehr Kommunikations- und Freizeitmöglichkeiten vorgehalten werden und eine dichtere Personaldecke. Einen Raum für Gespräche bietet auch die Kirche. In Niedersachsen wurden, nach Schaffung der personellen und technischen Voraussetzungen, mit einer telefonischen Seelsorge gute Erfahrungen gemacht. Auch andere Bundesländer könnten von den dort gemachten Erfahrungen profitieren, wenn sie dieses Modell in ihren Haftanstalten realisierten. An diesen Tagen sollten genügend Seelsorger zum Einsatz kommen. Diese könnten, vielleicht noch intensiver als bisher, den Gefangenen die Botschaft vermitteln, dass jedes Menschenleben seinen Wert hat, auch das eines Gefangenen, obwohl dieser vielleicht eine große Schuld auf sich geladen hat, mit der er allein nicht fertig wird.

6.5.7. Verstärkung positiver Impulse durch Bildungs- und Kulturmaßnahmen

Die meisten Taten, auch Suizide, finden zuerst im Kopf statt. Wie man sich suizidiert, muss geplant werden, im Gefängnis mit den für die Gefangenen begrenzenden Möglichkeiten dauert es sicher länger, einen entsprechenden Plan zu erarbeiten. Die geistige Beschäftigung mit anderen Inhalten sowie körperliche Arbeit dienen daher der Suizidprophylaxe. Hier gibt es viele Möglichkeiten, von denen nur einige aufgeführt werden. Zur Vorbereitung auf ein Leben in Freiheit ist es bei vielen Häftlingen nötig, Defizite in der schulischen und beruflichen Ausbildung zu kompensieren. Dazu kommen religiöse Inhalte, Weiterbildung, Sprachkurse, diverse soziale Aktivitäten wie gemeinsames Fernsehen, Spiele und Sport. Es gilt, die negativen Impulse zu reduzieren und die positiven zu erhöhen.

6.5.8. Netzwerke aus Verantwortlichen und Laienhelfern bilden

Aus der Sicht eines Gefangenen ist er Mittelpunkt eines vielfältig verschlungenen Netzes, dessen Akteure möglichst viel über ihn wissen wollen, er selber aber hat wenig Gelegenheit, selbst aktiv zu werden. Die vielen Benutzer dieses Netzes ha-

6 Praktische Konsequenzen und Vorschläge für die Suizidprävention im Gefängnis

ben jedoch die Möglichkeit, unter Verwendung der raschen Signalweitergabe die entsprechenden Stellen umgehend zu aktivieren. Bei Hinweisen auf eine Suizidalität eines Gefangenen kann das Personal daher schnell handeln. In ein solches Netzwerk lässt sich über entsprechende Schaltstellen alles einspeisen, was zur Erkennung der Suizidalität und ihrer Behandlung nötig ist, wie z.B. neuere wissenschaftliche Erkenntnisse und deren Umsetzung in den Haftanstalten, die evidenzüberprüft, als verbesserte Leitlinien wieder zurückfließen und umgesetzt werden können. Bei allen Aktivitäten gilt es immer zu bedenken, dass, wie Herr Fiedler anlässlich einer Suizidkonferenz bemerkte, eine Suizidgefährdung letztendlich nur im persönlichen Gespräch mit den Betroffenen erkennbar ist (Behörde für Justiz und Gleichstellung, Strafvollzugsamt 2012a).

6.5.9. Trainings-, Schulungs- und Sensibilisierungsmaßnahmen

Das Wachpersonal, das den intensivsten Kontakt zu den Häftlingen hat, sowie das gesamte interdisziplinäre Team bis hin zu den Leitungen sollte regelmäßig weitergebildet und sensibilisiert werden. Alle Personen aus dem multiprofessionellen Netzwerk sollten die Möglichkeit erhalten, an Supervisionen teilzunehmen. Freunde und Verwandte sowie Mitgefangene sollten als Laienhelfer und „Kümmerer“ mit in die Fortbildungsmaßnahmen einbezogen werden, bringen sie doch in der Regel besonders viel Verständnis und Erfahrungen mit.

6.5.10. Anlaufstelle für Notfälle

Wenn sich in einem persönlichen Gespräch akuter Handlungsbedarf ergibt, wäre eine Einrichtung hilfreich, an die sich diejenigen, die im engsten Kontakt zu den Strafgefangenen stehen, in Notfällen unbürokratisch wenden könnten. Eine solche Kriseninterventionsstelle müsste mit Experten besetzt sein, die der Schweigepflicht unterliegen.

6 Praktische Konsequenzen und Vorschläge für die Suizidprävention im Gefängnis

6.5.11. Verantwortungsvolle Berichterstattung in der Öffentlichkeit

Es sei auch auf die teilweise problematische Darstellung von Gefängnissuiziden durch die Presse und die politischen Parteien hingewiesen. Eine möglichst zurückhaltende Darstellung bei Unterdrückung rascher Schuldzuweisungen sollte die Regel sein. Eine solche Vorgehensweise wäre nötig, um dem Werther Effekt, dem Suizid als Nachahmungstat, entgegenzuwirken. Dieser Effekt ist nach dem Selbstmord des jungen Werthers benannt, dem Helden des 1774 entstandenen gleichnamigen Romans (Goethe 1962). Es ist sinnvoll und wünschenswert, Suizide und deren Analysen unter Ausschluss der Öffentlichkeit in Fachkonferenzen zu erörtern, obwohl dieses in einer Demokratie wegen der Pressefreiheit im Normalfall nur schwer realisierbar ist. Der Einwand, dass Suizidgefährdete ihre Tat nur vorgezogen hätten, ist widerlegt. „Es besteht kein Zweifel mehr, dass die Medien zu Suiziden beitragen und dass eine unreflektierte Berichterstattung zwangsläufig zu weiteren Suiziden führen wird (Ziegler und Hegerl 2002).

6.5.12. Weitere Humanisierung des Strafvollzuges

Der humane Strafvollzug hat die Resozialisierung des Straftäters zum Ziel (Grünberger 2007). Er ist weit entfernt von jeglichem Rachedenken, vielmehr soll dem Gefangenen begreifbar gemacht werden, dass er unrichtig gehandelt hat. Alle Maßnahmen zielen darauf ab, ihm den Weg zu sozialer Verantwortung zurück in die Gesellschaft zu ermöglichen. Zu einem modernen Strafvollzug gehören auch entsprechende bauliche Voraussetzungen, eine adäquate Ausstattung jeder Zelle sowie entsprechende Kommunikationsmöglichkeiten. Ein humaner Strafvollzug lässt sich am effektivsten verwirklichen, wenn er sich auf ein breites Netzwerk von Menschen stützen kann, die mit dem Gefangenen in Verbindung stehen, für ihn erreichbar sind und auch für ihn Verantwortung übernehmen können. Dazu zählen neben dem professionellen Netzwerk auch Mitgefangene, Freunde und Verwandte. Letztlich ist ein humaner Strafvollzug die beste Prophylaxe für eine wirksame Suizidverhinderung.

7. Zusammenfassung und Fazit

Es wurden 130 Todesfälle von Inhaftierten in Hamburg aus den Jahren 1996-2012 (zuzüglich 13 Fälle aus dem Jahr 1995) unter besonderer Berücksichtigung der Suizide untersucht und Vorschläge zur Suizidprävention in Gefängnissen unterbreitet. Ausgewählte Ergebnisse wurden mit denen anderer Autoren (Granzow 1996, Bennefeld-Kersten 2012) verglichen.

Im Vergleich zu Voruntersuchungen (Granzow 1996) ist festzustellen, dass die soziale Ausgangssituation der Gefangenen in Hamburger Gefängnissen sich über die Jahre nicht verbessert hat. Vor Strafantritt standen nur 10,8% der Suizidenten in einem festen Arbeitsverhältnis. Über regelmäßige Einkünfte verfügten 16,2%. Verheiratet/verpartnert war jeder Fünfte. Die meisten waren hafterfahren und verbüßten in Strafhaft eine eher kürzere Strafe.

Es ist eine „Umkehrung“ der Zahlenverhältnisse Suizid/natürlicher Tod eingetreten: Während bei Granzow die Haupttodesursache mit 43,6% der Suizid ist (natürliche Todesfälle: 37,1%), sind es in der vorliegenden Untersuchung mit 43,1% die natürlichen Todesfälle (Suizide: 38,5%). Außerdem hat sich das Maximum des Sterbealters der natürlichen Todesfälle bei der vorliegenden Untersuchung zum höheren Alter hin verschoben. Bei Granzow waren es im Alterssegment 41-45 Jahre 17,6% in der vorliegenden Untersuchung im Alterssegment 51-55 Jahre 21,4%. Ursache der meisten natürlichen Todesfälle sind Herzerkrankungen. Die Häftlinge werden älter und sterben eher an natürlichen Todesursachen, meistens am Herzinfarkt. Die medizinische Versorgung der Häftlinge in Hamburger Haftanstalten ist gut, für manche Insassen besser als in Freiheit.

Ein Einsitzender hat in den Jahren 2003-2010 ein achtfach höheres Suizidrisiko als die in Freiheit lebende Bevölkerung. Für die Hamburger Bevölkerung ergibt sich eine Suizidrate von 15,8 Suizidenten pro 100.000 Einwohner. Die Suizidrate für die Hamburger Gefangenen beträgt im Zeitraum 2003-2010 123,5. Im Zeitraum 1962-1995 lag sie bei 138. Sie hat sich also gesenkt.

7 Zusammenfassung und Fazit

Die Ergebnisse der bundesweiten Untersuchung von Bennefeld-Kersten und die der vorliegenden Arbeit zeigen große Übereinstimmungen. In beiden Untersuchungen suizidierten sich die meisten (Bennefeld-Kersten: 58,7%, Petersen: 58,0%) der Häftlinge in der Altersgruppe 20-40 Jahre. Bei der Suizidart „Erhängen“ weichen sie voneinander ab, bundesweit erhängten sich 89,6% der Suizidenten, in der vorliegenden Untersuchung, Hamburg betreffend, „nur“ 84,0%. In den ersten 30 Tagen ereignen sich 55,1% der Suizide, die in Untersuchungshaft stattfinden. Die mit Abstand meisten Suizide ereigneten sich sonntags (Bennefeld-Kersten: 20,3%, Petersen: 26,0%), die bevorzugte Methode ist das Erhängen.

Die Arbeit hat die Wichtigkeit von Sektionen bestätigt: In drei Fällen konnten die Todesursache „Suizid“ und in einem Fall die Todesursache „natürlicher Tod“ erst dadurch eindeutig bestimmt werden.

Zur Suizidprävention werden 15 Vorschläge unterbreitet:

- Datenlage verbessern
- Wissenschaftliche Untersuchungen weiter führen
- Sektionsrate erhöhen
- Strukturelle Maßnahmen verbessern und konsequent anwenden
- Dokumentierte Befragung zu Beginn der Haft
- Vereinfachte Möglichkeiten zur Erkennung von Suizidrisiken schaffen
- Erfahrungen aus psychiatrischen Kliniken nutzen
- Psychologische und psychiatrische Versorgung verbessern
- Kommunikation und seelischen Beistand am Sonntag verbessern
- Verstärkung positiver Impulse durch Bildungs- und Kulturmaßnahmen
- Netzwerke aus Verantwortlichen und Laienhelfern bilden
- Trainings-, Schulungs- und Sensibilisierungsmaßnahmen
- Anlaufstelle für Notfälle
- Verantwortungsvolle Berichterstattung in der Öffentlichkeit
- Weitere Humanisierung des Strafvollzuges

7 Zusammenfassung und Fazit

Der „typische“ Selbstmordkandidat im Gefängnis ist nach vorliegender Datenlage ein lediger Mann mit Hauptschulabschluss zwischen 20 und 45 Jahren, der vor der Haft keiner regelmäßigen Arbeit nachgegangen ist, sich nicht zum ersten Mal im Gefängnis befindet, als „nicht suizidgefährdet“ eingestuft worden ist und sich im Monat April in einer Sonntagnacht während der ersten 30 Tage in seiner Einzelzelle in der Untersuchungshaftanstalt erhängt. Hautfarbe, Herkunftsland und Religion sind ohne Präferenz.

Die Tendenz bei den Todesursachen in Hamburger Gefängnissen scheint sich allerdings weg vom Suizid zu entwickeln. Die Gefangenen leben länger und sterben, wie die meisten Menschen in Freiheit auch, an Zivilisationserkrankungen, allen voran dem Herzinfarkt.

Summary and Conclusions

This dissertation examined 130 cases of prisoner deaths in Hamburg over the period from 1996-2012 (plus 13 cases from 1995), with special attention paid to suicides and suggestions made for suicide prevention in correctional facilities. Results were compared to those of other researchers, where applicable.

As compared to prior research on the topic (Granzow 1996) findings show that inmates' social standing prior to their incarceration is similarly low. Merely 10.8% of inmates held a steady job and only 16.2% received any regular income. 20% of inmates were married. Most of the prisoners had been to prison before and were in the process of serving a relatively short sentence.

There is a reversal of the number of suicides vs. natural deaths: While in Granzow's study the main cause of death is suicide with 43.6% of cases (natural causes: 37.1%), in this study natural deaths are most common at 43.1% (suicides: 38.5%). Furthermore, the maximum age at death has risen. In Granzow's study 17.6% died in the age bracket 41-45 years old, while in this study 21.4% died in the age group of 51-55 years old. The main cause of death among those cases dying of natural causes is heart disease. Inmates reach an older age and are more likely to die of natural causes, mostly heart diseases. Medical care for inmates in Hamburg's prisons is good, for some prisoners better than outside of jail.

An inmate for the period from 2003-2010 has eight times as high of a suicide risk as compared to people living in freedom. Hamburg's population has a suicide rate of 15.8. For inmates in Hamburg's prisons the suicide rate between 2003 and 2010 was 123.5 as compared to 138 for the period from 1962-1995, so it has decreased.

Results of the study by Bennefeld-Kersten that considered data from the whole Federal Republic of Germany, and those of this dissertation show great consistency. In both studies inmates of the age group 20-40 years old represented the largest group of suicides (Bennefeld-Kersten: 58.7%, Petersen: 58%). They differ in the method of suicide with the federal data showing 89.6% of suicides by hanging, in Hamburg "only" 84% of inmates committed suicide by hanging. Within the first 30 days 55.1% of suicides occur, of those suicides that occur in pre-trial custody.

7 Zusammenfassung und Fazit

Most suicides occur on Sundays, by a wide margin (Bennefeld-Kersten: 20.3%, Petersen: 26.3%), the preferred method is by hanging.

The study at hand has reinforced the importance of autopsies: In three cases, the cause of death “suicide” and in case the cause of death “natural causes” could only be determined after performing an autopsy. 15 suggestions for suicide prevention were made:

- Improving data availability
- Continue scientific research into the subject
- Increase autopsy rate
- Improve structural measures and apply them consistently
- Documented questioning at the beginning of detention period
- Create easier detection mechanisms for suicide risks
- Draw on experiences from psychiatric clinics
- Improve psychological and psychiatric care
- Improve communication and spiritual/mental care on Sundays
- Increase positive impulses achieved through educational and cultural offerings
- Build networks of designated coordinators and assistants
- Measures to improve training, schooling and sensibility
- Emergency contact point
- Responsible media reporting
- Further humanization of the penal system

The typical suicide candidate, according to this set of data, is a single man between the age of 20-45, who did not hold a regular job prior to his incarceration, who does not serve his first prison term, was labeled “not suicidal” and commits suicide by hanging, on a Sunday night in the month of April, in a solitary cell, during pre-trial confinement. Ethnicity, heritage and religion do not seem to hold any significance.

The trend in terms of causes of death within Hamburg’s prisons seems to be going away from suicides, however. Inmates tend to live longer and die as most people on the outside do, as well of lifestyle diseases, first and foremost heart disease.

8. Abkürzungsverzeichnis

abs.	Absolut
BMI	Body-Mass-Index
BRD	Bundesrepublik Deutschland
BtM	Betäubungsmittel
BtMG	Betäubungsmittelgesetz
bzw.	Beziehungsweise
EKG	Elektrokardiogramm
et al	<i>et alii</i> (Maskulinum), <i>et aliae</i> (Femininum) oder <i>et alia</i> (Neutrum)- und andere
etc.	et cetera (und so weiter)
EU	Europäische Union
HH	Freie und Hansestadt Hamburg
HIV	Humane Immundefizienz-Virus
HmbUVollzG	Hamburgisches Untersuchungshaftvollzugsgesetz
IQ	Intelligenzquotient
JVA	Justizvollzugsanstalt
Lfd. Nr.	Laufende Nummer
Maßregel nach §66StGB	Sicherheitsverwahrung
MW	Mittelwert
o.D.	Ohne Datum
o.g.	Oben genannt
S	Suizidrate (Anzahl der Suizide/100.000 Einwohner)
StGB	Strafgesetzbuch
StVollzG	Strafvollzugsgesetz
u.a.	Unter anderem
UHA	Untersuchungshaftanstalt
USA	Vereinigte Staaten von Amerika
vgl.	Vergleiche
VISCI	Viennese Instrument for Suicidality in Correctional Institutions (Wiener Instrument für Suizidgefahr in Haft)
w	Weiblich
z.B.	Zum Beispiel

9. Literaturverzeichnis

- Beck, U. C. (1988). *Todesfälle in bayrischen Justizvollzugsanstalten in den Jahren 1975 bis 1983 unter besonderer Berücksichtigung der Suizide. Medizinische Dissertation*. München, Deutschland: Institut für Rechtsmedizin der Universität München.
- Behörde für Justiz und Gleichstellung, Strafvollzugsamt. (2012a). *Zusammenfassende Darstellung des Suizides von S. J. am 20.04.2012 in der Untersuchungshaftanstalt* (Leitzeichen: V 22).
- Behörde für Justiz und Gleichstellung, Strafvollzugsamt. (2012b). *Suizidprävention - Sachstand* (Leitzeichen: V 22).
- Behörde für Justiz und Gleichstellung, Strafvollzugsamt. (2012d). *Allgemeine Informationen zu Aufgaben und Organisation des Justizvollzugs*.
- Behörde für Justiz und Gleichstellung, Strafvollzugsamt. (2012c). *Suizidprävention, knappe Darstellung der Eckpunkte des aktuellen Präventionskonzeptes*.
- Bennefeld-Kersten, K. (2009a). *Ausgeschieden durch Suizid - Selbsttötungen im Gefängnis; Zahlen, Fakten, Interpretationen*. Lengerich, Deutschland: Pabst Science Publishers.
- Bennefeld-Kersten, K. (2009b). *Ausgeschieden durch Suizid - Selbsttötung im Gefängnis*. *Suizidprophylaxe*, 36(4), 186-189.
- Bennefeld-Kersten, K. (2011). *Ein Jahr Telefonseelsorge für Gefangene im niedersächsischen Justizvollzugsanstalten*. Celle, Deutschland: Kriminologischer Dienst im Bildungsinstitut des niedersächsischen Justizvollzuges.

9 Literaturverzeichnis

- Bennefeld-Kersten, K. (2012). *Suizide von Gefangenen in Deutschland 2000-2010* (Kriminologischer Dienst im Bildungsinstitut des niedersächsischen Justizvollzuges).
- Bertolote, J. M. (2007). *Suizidprävention: Ein Leitfaden für Mitarbeiter des Justizvollzugsdienstes*. Genf, Schweiz: WHO Press.
- Bouge, J., & Power, K. (1995). Suicide in Scottish Prisons, 1976-1993. *Journal of Forensic Psychiatry*, 6(3), 527-540.
- Braun, U. (2000). *Der Gefängnissuizid in Europa. Medizinische Dissertation*. Berlin, Deutschland: Institut für Forensische Psychiatrie der Freien Universität Berlin.
- Bronisch, T. (2002). *Der Suizid: Ursachen - Warnsignale - Prävention* (4. Aufl.). München, Schweiz: C. H. Beck.
- Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg, Ausschuss für Justiz, Datenschutz und Gleichstellung. (o.D.). *Aktuelle Todesfälle von Gefangenen insbesondere in der Untersuchungshaftanstalt* (Drucksache 20/xxxx, 20. Wahlperiode).
- Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg. (2009). *Neustrukturierung des Hamburgischen Strafvollzuges durch Abbau der Überkapazitäten und Weiterentwicklung des offenen Vollzuges für erwachsene männliche Strafgefangene, hier: Nachbewilligung einer Verpflichtungsermächtigung in Höhe von 1 Mio. Euro im Haushaltsjahr 2010 für die Durchführung eines Architektenwettbewerbs* (Drucksache 19/4556, Mitteilung des Senats an die Bürgerschaft).
- Coesfeld, F. (2012). Hohe Suizidrate in Gefängnissen. *Hamburger Abendblatt*, S. 17.

9 Literaturverzeichnis

- Die Welt. (2012). UKE soll die Tode in Haft untersuchen, Justizsenatorin verspricht Verbesserungen. Abgerufen 24. Januar, 2016, von http://www.welt.de/print/die_welt/hamburg/article106235378/UKE-soll-die-Tode-in-Haft-untersuchen.html
- Djerkovic, D., Jasker, J., Kunze-Klempert, S., & Morick, Y. (2012). *Suizidfälle in Untersuchungshaft - Qualitative Teilstudie: Reduzierung von suizidfördernden Maßnahmen in der Untersuchungshaft* (Institut für Rechtsmedizin der Universität Hamburg).
- Djerkovic, D., Jasker, J., Kunze-Klempert, S., Morick, Y., Thiel, A., Briken, P., & Püschel, K. (2014). Leitfadeninterviews zur Suizidalität in der hamburgischen Untersuchungshaftanstalt. *Archiv für Kriminologie*, 234, 91-102.
- Dooley, E. (1990). Prison Suicide in England and Wales 1972-1987. *British Journal of Psychiatry*, 156, 40-45.
- Dreyer, C. (2010). *Verfügung: Maßnahmen zur Suizidprävention und bei einer Nahrungsverweigerung* (Vfg. Nr. 03/2010).
- Faust, V. (o.D.). Buchbesprechung: Ausgeschieden durch Suizid - Selbsttötungen im Gefängnis. Abgerufen 24. Januar, 2016, von http://www.psychosoziale-gesundheit.net/bb/BB%28Ausgeschieden_durch_Suizid%29.html
- Felthous, A. R., & Saß, H. (2010). Zusammenhang zwischen Art der strafbaren Handlung und Suizid in Haftanstalten der USA. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 4(3), 170-181.
- Fitzpatrick, T. B. (1975). Soleil et Peau. *Journal de Médecine Esthétique*, 2, 33-34.

9 Literaturverzeichnis

- Frottier, P., König, F., Matschnig, T., Seyringer, M. E., & Frühwald, S. (2008). Das Wiener Instrument für Suizidgefahr in Haft. *Psychiatrische Praxis*, 35, e1-e8.
- Frühwald, S. (1996). Kriminalität und Suizidalität: Selbstmorde in Österreichs Haftanstalten 1975-1994. Ursachen, Statistik, Schlussfolgerungen. *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe*, 4, 218-224.
- Fully, G., Hivert, P. E., & Schaub, S. (1965). Suicides in a prison milieu. Study of 183 cases observed in France since 1955. *Ann Med Leg Criminol Police Sci Toxicol*, 45, 108-115.
- Goethe, J. W. (1962). *Goethes Werke in 10 Bänden, dritter Band: Der junge Goethe, Die Leiden des jungen Werthers*. Weimar, Deutschland: Volkerverlag Weimar.
- Granzow, B. M. (1996). *Todesfälle im Hamburger öffentlichen Gewahrsam 1962-1995. Medizinische Dissertation*. Hamburg, Deutschland: Institut für Rechtsmedizin der Universität Hamburg.
- Granzow, B., & Püschel, K. (1998). Todesfälle im Hamburger Strafvollzug 1962-1995. *Archiv für Kriminologie*, 201, 1-10.
- Griffiths, A. W. (1990). Correlates of suicidal history in male prisoners. *Medicine, Science and the Law*, 30(3), 217-218.
- Grünberger, J. (2007). *Humaner Strafvollzug: Am Beispiel Sonderanstalt Mittersteig*. Wien, Österreich: Springer Verlag.
- Hauner, H. (2014). Diabetes: Adipositas als Promotor. *Deutsches Ärzteblatt*, 111(20), 4.

9 Literaturverzeichnis

- Hillenkamp, T., & Tag, B. (2005). *Intramurale Medizin - Gesundheitsfürsorge zwischen Heilauftrag und Strafvollzug*. Berlin/Heidelberg, Deutschland: Springer Verlag.
- Kriminologischer Dienst des niedersächsischen Justizvollzuges. (2005). *Erfassungsbogen Suizide im Justizvollzug*.
- Kriminologischer Dienst im Bildungsinstitut des niedersächsischen Justizvollzuges. (2005). Anzahl der Selbstmorde von Gefangenen im Gefängnis in Deutschland von 2000 bis 2004 nach der Länge des bereits verbrachten Aufenthaltes. Abgerufen 27. Januar, 2016, von <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/70855/umfrage/selbstmord-in-uhaft/>
- Lehmann, M. (2009). Suizide und Suizidprävention in Haft. In K. Keppler, & H. Stöver (Hrsg.), *Gefängnismedizin: Medizinische Versorgung unter Haftbedingungen* (S. 240-242). Stuttgart, Deutschland: Georg Thieme Verlag.
- Missoni, L., & Konrad, N. (2008). Beurteilung der Suizidgefährdung in Untersuchungshaft: Ergebnis einer Studie in der JVA Berlin-Moabit. *Recht & Psychiatrie*, 26, 3-14.
- Naeve, W. (1975). Tod in der Beruhigungszelle. *Beiträge zur gerichtlichen Medizin*, 32, 255-258.
- Payk, T. (1998). *Psychiatrie und Psychotherapie* (3. Aufl.). Stuttgart, Deutschland: Georg Thieme Verlag.
- Penning, R. (2006). *Rechtsmedizin Systematisch* (2. Aufl.). Bremen, Deutschland: UNI-MED Verlag AG.

9 Literaturverzeichnis

- Püschel, K., & Briken, P. (2013). *Berichterstattung – Forschungsprojekt „Retrospektive Untersuchung der Todesfälle und Suizidversuche im Hamburger Justizvollzug seit 1966 - Einschließlich einer fachlichen Bewertung der aktuellen Praxis der Suizidprävention*. Hamburg, Deutschland: Institut für Rechtsmedizin der Universität Hamburg, Eigendruck.
- Rabe, K., & Konrad, N. (2010). Aktuelle Aspekte des Gefängnissuizids. *Fo-rensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 4(3), 182-192.
- Sachdeva, S. (2009). Fitzpatrick skin typing: Applications in dermatology. *Indian journal of dermatology, venereology and leprology*, 75(1), 93-96.
- Schmitt, G. (2011). Suizid in Strafvollzug und Bevölkerung. *Bewährungshilfe*, 58(H. 2), 117-132.
- Seifert, S. (1979). *Todesfälle in bayerischen Justizvollzugsanstalten in den Jahren 1945 bis 1974 unter besonderer Berücksichtigung der Suizide. Medizinische Dissertation*. München, Deutschland: Institut für Rechtsmedizin der Universität München.
- Skurk, T., & Hauner, H. (2002). Klinische Bedeutung und Pathophysiologie der Adipositas. *Ernährung und Medizin*, 17(1), 11-14.
- Spinellis, C. D., & Themeli, O. (1997). Suicide in Greek prisons: 1977 to 1996. *Crisis*, 18(4), 152-156.
- Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein. (2011). Statistische Berichte, Ausländische Bevölkerung in Hamburg 2010, A I 4 - j/10 H. Abgerufen von http://www.statistik-nord.de/fileadmin/Dokumente/Statistische_Berichte/bevoelkerung/A_I_4_j_HuS/A_I_4_j10_H.pdf

9 Literaturverzeichnis

- Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein. (2007). Statistik informiert, Straf- und Verwahrvollzug in Hamburg und Schleswig-Holstein 2006. Zahl der Einsitzenden rückläufig – offener Vollzug verliert weiter an Bedeutung, Nr. 27/2007. Abgerufen von http://www.statistik-nord.de/fileadmin/Dokumente/Presseinformationen/SI07_027_F.pdf
- Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein. (2009). Statistik informiert, Strafgefangene in Hamburg und Schleswig-Holstein 2009 Erneut weniger Einsitzende, Nr. 114/2009. Abgerufen von https://www.statistik-nord.de/fileadmin/Dokumente/Presseinformationen/SI09_114_F.pdf
- Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein. (2012). Statistik informiert, Strafvollzug in Hamburg und Schleswig-Holstein 2011. Weniger Inhaftierte, Nr. 4/2012. Abgerufen von https://www.statistik-nord.de/fileadmin/Dokumente/Presseinformationen/SI12_004.pdf
- Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein. (2004). Statistik informiert, „Im Namen des Volkes“: Strafverfolgung im Jahre 2003. Fast 45000 Personen von den Gerichten in Hamburg und Schleswig-Holstein strafrechtlich verurteilt, Nr. 97/2004. Abgerufen 23. Januar, 2016, von https://www.statistik-nord.de/fileadmin/Dokumente/Presseinformationen/SI04_097_F.pdf
- Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein. (2006). Statistik informiert, 3400 Strafgefangene in Hamburg und Schleswig-Holstein. Ende März 2005 Haftstrafen von eher kurzer Dauer überwiegen – 88 Personen lebenslänglich inhaftiert, Nr. 17/2006. Abgerufen von https://www.statistik-nord.de/fileadmin/Dokumente/Presseinformationen/SI06_017_F.pdf
- Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein. (2013a). *Bevölkerungsstatistik, 12901HWJ70 Melderegister-HH (Zeitreihe)*.

9 Literaturverzeichnis

- Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein. (2013b). *Gestorbene infolge vorsätzlicher Selbstbeschädigung (Suizidsterbefälle) nach Alter und Geschlecht, Hamburg, Indikator 3.88* (Übermittelt von der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, Fachabteilung Gesundheitsdaten).
- Statistisches Bundesamt. (2014). Rechtspflege, Bestand der Gefangenen und Verwahrten in den deutschen Justizvollzugsanstalten nach ihrer Unterbringung auf Haftplätzen des geschlossenen und offenen Vollzugs jeweils zu den Stichtagen 31. März, 31. August und 30. November eines Jahres. Abgerufen von https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Rechtspflege/StrafverfolgungVollzug/BestandGefangeneVerwahrte5243201139004.pdf?__blob=publicationFile
- Statistisches Bundesamt. (2015). Sterbefälle, Sterbeziffern (ab 1998). Abgerufen 23. Januar, 2016, von http://www.gbe-bund.de/gbe10/trecherche.prc_them_rech?tk=52279&tk2=52279&p_uid=gast&p_aid=0&p_sprache=D&cnt_ut=0&ut=52279
- Tanenbaum, L., Parrish, J. A., Pathak, M. A., Anderson, R. R., & Fitzpatrick, T. B. (1975). Tar Phototoxicity and Phototherapy for Psoriasis. *Archives of Dermatology*, 111(4), 467-470.
- Topp, D. O. (1979). Suicide in prison. *British Journal of Psychiatry*, 134(1), 24-27.
- Ziegler, W., & Hegerl, U. (2002). Der Werther-Effekt: Bedeutung, Mechanismen, Konsequenzen. *Nervenarzt*, 73(1), 41-49.

10. Anhang

10.1. Erfassungsbogen Todesfälle und Suizide in Hamburger Gefängnissen

01

(X1) Laufende Nummer...

(X2) Nachname, Vorname...

(X3) Datum des Todes...

Daten entnommen aus (Mehrfachnennungen möglich):

(X4) Vorliegender Akte (Umfang der Akte... cm,... Seiten)

(X5)

(1) Sterberegister

(2) 6-seitiger ausgefüllter Fragebogen

(3) Sektionsprotokoll

(4) 1+2

(5) 1+3

(6) 2+3

(7) 1+2+3

(X6) Anderes, nämlich...

02

(X7) Zuständige Anstalt zum Zeitpunkt des Todes:

(1) Untersuchungshaftanstalt Hamburg

Holstenglacis 3, 20355 Hamburg

(2) Justizvollzugsanstalt (JVA) Glasmoor Hamburg

Am Glasmoor 99, 22851 Norderstedt

(3) Justizvollzugsanstalt (JVA) Billwerder Hamburg

Dweerlandweg 100, 22113 Hamburg

(4) Justizvollzugsanstalt (JVA) Hahnöfersand Hamburg

Hinterbrack 25, 21635 Jork

(5) Justizvollzugsanstalt (JVA) Fuhlsbüttel

Suhrenkamp 92, 22335 Hamburg

(X8) sonstige...

(X9) Es gibt in der zuständigen Anstalt Besonderheiten, welche?

Nein

Ja...

(X10) Das unterscheidet sie von anderen: ...

03

(X11) Welche Vollzugsform?

(1) geschlossener Vollzug

(2) offener Vollzug

10 Anhang

04

(X12) Geschlecht?

- (1) Männlich
- (2) Weiblich

05

In Haft seit:

(X13) Festnahme/gestellt am: Datum...

(X14) Dem Vollzug zugeführt: Datum...

(X15) In der hiesigen Anstalt seit: Datum...

06

(X16) Haftart:

- (1) Untersuchungshaft
- (2) Strafhaft
- (3) Ersatzfreiheitsstrafe
- (4) Abschiebehaft
- (5) Jugend-Untersuchungshaft
- (6) Jugendstrafe
- (7) Sicherungsverwahrung
- (8) Sonstige

07

(X17) Geburtsdatum...

08

(X18) Nationalität

- (1) ohne
- (2) deutsch
- (3) deutsch, Spätaussiedler

(X19) deutsch, Migrationshintergrund? Welches Land...

(X20) Andere Nationalität, welche...

09

(X21) Religionszugehörigkeit

- (1) Christ (evangelisch, katholisch)
- (2) Moslem
- (3) Buddhist
- (4) Hindu
- (5) Andere
- (6) Nicht bekannt

10

Ernährungszustand?

(X22) Größe

(X23) Gewicht

(X24) BMI

10 Anhang

11

(X25) Narben oder Tätowierungen?

- (1) Ja
- (2) Nein

12

(X26) Narben am Handgelenk

- (1) Ja
- (2) Nein

13

(X27) Narben an anderer Stelle, wo? ...

14

(X28) Tätowierungen, welche und wo?...

15

(X29) Todesursache: Suizid

- (1) Ja
- (2) Nein

(X30) Datum des Suizids?

Jahr...

Monat...

Wochentag...

(X31) Uhrzeit...

16

(X32) Wann entdeckt? um...Uhr

17

(X33) Wurden Wiederbelebungsversuche unternommen?

- (1) Ja
- (2) Nein

18

(X34) Liegt das Datum in der Nähe (1 Monat) eines für den Gefangenen möglicherweise bedeutsamen Gedenktages/Ereignisses?

- (1) Ja
- (2) Nein
- (3) Nicht bekannt

19

(X35) Wenn ja, welcher Art?...

10 Anhang

20

Suizidmethode?

(X36) Erhängen, Erdrosseln

(X37) Medikamente

(X38) Drogen

(X39) Vergiftung

(X40) Schnitt (Pulsadern aufgeschnitten, Schnittverletzungen)

(X41) Stich

(X 42) Sprung

(X43) Ersticken

21

(X44) Andere Methode, welche...

22

(X45) Werkzeug für Begehung des Suizids...

23

(X46) Sind frühere Suizidversuche bekannt?

(1) Nein

(2) Ja, während der aktuellen Haft

(3) Ja, aus früheren Zeiten

(4) Nicht bekannt

24

(X47) Gibt es einen Abschiedsbrief?

(1) Nein

(2) Ja

(3) Nicht bekannt

25

(X48) Was wurde dort ggf. als Grund für den Suizid angegeben?

26

(X49) Gab es Hinweise auf eine Suizidgefährdung

(1) Ja

(2) Nein

27

(X50) Und zwar...

10 Anhang

28

(X51) Gab es innerhalb von 6 Monaten vor dem Suizid Hinweise auf (Mehrfachnennungen möglich)

- (1) Psychische Erkrankung
- (2) Drogenentzug
- (3) Alkoholentzug
- (4) Keine Hinweise
- (5) 1+2
- (6) 1+3
- (7) 2+3
- (8) 1+2+3

29

(X52) Waren in den vergangenen 6 Monaten besondere Sicherungsmaßnahmen angeordnet worden? (Mehrfachnennungen möglich)

- (1) Nein
- (2) Besondere Beobachtung
- (3) Gemeinschaftliche Unterbringung
- (4) Unterbringung im besonders gesicherten Haftraum
- (5) 2+3
- (6) 3+4
- (7) 2+3+4

(X53) Sonstige, und zwar...

30

(X54) Wann wurde(n) die Anordnung (en) aufgehoben? Datum ...

31

(X55) Unterbringung des Gefangenen zum Zeitpunkt des Suizids

Welche Zelle?

- (1) Einzelhaftraum
- (2) Einzelhaftraum mit Doppelbelegung
- (3) Doppelhaftraum zu zweit
- (4) Gemeinschaftszelle mit mehr als 2 Personen
- (5) Absonderung
- (6) Besonders gesicherter Haftraum
- (7) Suizid geschah außerhalb der Anstalt
- (8) Altbauzelle
- (9) Neubauzelle
- (10) Nummer der Zelle
- (11) Sonstige
- (12) Nicht bekannt

32

(X56) Gibt es eine Krankenakte

- (1) Ja
- (2) Nein

10 Anhang

33

(X57) Ist das Personalblatt vorhanden

- (1) Ja
- (2) Nein

34

(X58) Ist das Protokoll des Zugangsgesprächs vorhanden

- (1) Ja
- (2) Nein

35

(X59) Wann fand das Zugangsgespräch statt (Datum)...

36

(X60) Wie viel Tage nach der Aufnahme fand das Zugangsgespräch statt...

37

(X61) Wurden in dem Zugangsgespräch Probleme mit Alkohol bzw Drogen besprochen

- (1) Ja
- (2) Nein

38

(X62) Gab es im Zugangsgespräch Hinweise auf aktuelle Suizidgefährdung

- (1) Ja
- (2) Nein

39

(X63) Wurde nach früheren Suizidversuchen gefragt

- (1) Ja
- (2) Nein

40

(X64) Wurde der Gefangene vom Psychologischen Dienst gesehen

- (1) Ja
- (2) Nein

(X65) Ja, wann (Datum)...

41

(X66) Gibt es einen Bericht

- (1) Ja
- (2) Nein

42

(X67) Gab es von außerhalb Hinweise zur Suizidalität

- (1) Ja
- (2) Nein

10 Anhang

43

(X68) Ist es eine

- (1) Neuaufnahme
- (2) Erstaufnahme

44

(X69) Verlegung aus einer anderen Haftanstalt

- (1) Ja
- (2) nein

45

(X70) Wenn Verlegung aus einer anderen Haftanstalt, lagen Informationen über die psychosoziale Verfassung oder zur Suizidgefährdung vor

- (1) Ja
- (2) Nein

46

(X71) Wenn ja, lagen die Informationen vor oder nach dem Suizid vor

- (1) Ja
- (2) nein

weiter mit 47 ...

15a

(X72) Todesursache: Unfall

- (1) Ja
- (2) Nein

(X73) Datum des Unfalls...

16a

(X74) Wann entdeckt? Uhrzeit...

17a

(X75) Wurden Wiederbelebungsversuche unternommen?

- (1) Ja
- (2) Nein

18a

(X76) Art des Unfalls...

19a

(X77) Sonstiges...

20a bis 46a entfällt

Weiter mit 47 ...

10 Anhang

10b

(X78) Todesursache: Natürlicher Tod

- (1) Ja
- (2) Nein

(X79) Datum des Todes...

11b

(X80) Wann entdeckt? (Uhrzeit)...

12b

(X81) Wurden Wiederbelebungsversuche unternommen?

- (1) Ja
- (2) Nein

13b

(X82) Art des Todes:

- (1) Herzinfarkt
- (2) Sonstige Herzerkrankungen
- (3) Sonstiger natürlicher Tod
- (4) Malignome
- (5) Lungenerkrankungen
- (6) Gastrointestinale Erkrankungen
- (7) Neurologische Erkrankungen
- (8) Infektionserkrankungen
- (9) Urologische Erkrankungen

(X83) Sonstige Erkrankungen, welche...

14b

(X84) Sind Vorerkrankungen bekannt?

- (1) Ja
- (2) Nein

15b bis 46b entfällt

Weiter mit 47...

10c

(X85) Todesursache: Drogentod

- (1) Ja
- (2) Nein

(X86) Datum des Todes...

11c

(X87) Wann entdeckt? (Uhrzeit)...

10 Anhang

12c

(X88) Wurden Wiederbelebungsversuche unternommen?

- (1) Ja
- (2) Nein
- (3) Nicht bekannt

13c

(X89) Art des Todes...

14c

(X90) Welche Drogen wurden konsumiert?...

15c

(X91) Teilnahme am Methadonprogramm?

- (1) Ja
- (2) Nein
- (3) Nicht bekannt

16c

(X92) Sonstiges...

17c bis 46c entfällt

Weiter mit 47 ...

10d

(X93) Todesursache: Sonstiges

- (1) Ja
- (2) Nein

(X94) Datum des Todes...

11d

(X95) Wann entdeckt? (Uhrzeit)...

12d

(X96) Wurden Wiederbelebungsversuche unternommen?

- (1) Ja
- (2) Nein
- (3) Nicht bekannt

13d

(X97) Art des Todes...

14d

(X98) Sonstiges...

15d bis 46d entfällt

Weiter mit 47 ...

10 Anhang

Soziodemographische Daten
Dokumentierte Vollstreckung

47

(X99) Familienstand

- (1) Ledig/allein lebend
- (2) Geschieden/allein lebend
- (3) Verheiratet/verpartnert
- (4) Verwitwet (Tötung des Partners)
- (5) Verwitwet
- (6) Unklar

48

(X100) Höchster Schulabschluss vor aktueller Inhaftierung

- (1) Kein Schulabschluss, nur „Abgangszeugnis“ o.ä.
- (2) Sonderschulabschluss
- (3) Hauptschulabschluss
- (4) Realschulabschluss/Mittlere Reife
- (5) Abitur
- (6) Sonstiges
- (7) Nicht bekannt

49

(X101) Berufsqualifikation vor aktueller Inhaftierung

- (1) Kein Berufsschulabschluss, kein Anlernberuf
- (2) Anlernberuf
- (3) Noch in Ausbildung
- (4) Abgeschlossene Berufsausbildung
- (5) Nicht bekannt

50

(X102) Beschäftigungsstatus unmittelbar vor der Inhaftierung

- (1) Arbeitslos
- (2) Keine feste Arbeitsstelle, überwiegend Gelegenheitsarbeiten
- (3) Keine feste Arbeitsstelle, aber regelmäßige Tätigkeit mit wenigen Unterbrechungen
- (4) Feste Arbeitsstelle
- (5) Asylbewerber/anstehende Abschiebung
- (6) Schüler/in Ausbildung
- (7) Rentner u. ä.
- (8) Nicht bekannt

51

(X103) Selbst gestellt

- (1) Nein, Festnahme trotz Ladung zum Strafantritt
- (2) Nein, wurde nicht geladen
- (3) Ja
- (4) Nicht zutreffend (U-Haft)
- (5) Nicht bekannt

10 Anhang

52

(X104) Frühere Inhaftierungen

- (1) Nein
- (2) 1mal
- (3) 2mal
- (4) >2mal
- (5) Nicht bekannt

53

(X105) Delikt(e) zur aktuellen Strafverbüßung/Anklage
(Mehrfachnennungen möglich)

54

(X106) Strafmaß in Monaten

55

(X107) Besondere Hinweise (C-Bogen, Personalblatt), die zu beachten waren (Text):

56

(X108) Zuletzt entlassen/abgeschoben (Datum)...

(X109) Noch nie inhaftiert gewesen

57

(X110) Strafende (Abschiebung) wäre gewesen am (Datum)...

(X111) U-Haft

58

(X112) (Weitere) anhängige Verfahren

- (1) Ja
- (2) Nein
- (3) Nicht bekannt

59

(X113) War in absehbarer Zeit eine Verlegung vorgesehen?

- (1) Ja
- (2) Nein

60

(X114) Angeordnete Maßregel (während aktueller Inhaftierung)

- (1) Keine Maßregel
- (2) Maßregel nach § 63 StGB
- (3) Maßregel nach § 64 StGB
- (4) Maßregel nach § 66 StGB
- (5) Maßregel nach § 66a StGB
- (6) Maßregel nach § 66b StGB

10 Anhang

61

(X115) Einschätzung der Suizidgefahr

Der Gefangene galt zuletzt als:

- (1) Nicht suizidgefährdet
- (2) Eher nicht suizidgefährdet
- (3) Etwas suizidgefährdet
- (4) Ziemlich suizidgefährdet
- (5) Hoch suizidgefährdet
- (6) Nicht bekannt

62

(X116) Kontakte zu Fachdiensten

- (1) Nein
- (2) Ja, einmal
- (3) Ja, mehrmals
- (4) Nicht bekannt

63

(X117) Hat vorher eine Abklärung psychiatrischer Erkrankungen stattgefunden?

- (1) Nein
- (2) Ja
- (3) Nicht bekannt

64

(X118) Ergebnis der Vorstellung beim Psychiater (Text)

65

(X119) Arbeit/Ausbildung während der Haft

- (1) War überwiegend tätig
- (2) War überwiegend verschuldet ohne Tätigkeit
- (3) War überwiegend ohne Verschulden ohne Tätigkeit
- (4) Zu früh für Vermittlung

66

(X120) Gab es Entweichungen oder Entweichungsversuche?

- (1) Nein
- (2) Einmal
- (3) Mehrfach

67

(X121) Wurde während der laufenden Inhaftierung ein Beziehungsdelikt angeklagt/verbüßt? (alle Delikte mit Verwandten, gut Bekannten)

- (1) Nein
- (2) Ja
- (3) Nicht bekannt

10 Anhang

68

(X122) Wenn Beziehungsdelikt, welcher Art und mit wem? (Partner/Tochter)

69

(X123) Gab es Sticheleien, Hinweise auf Einschüchterung/Bedrohung?

- (1) Nein
- (2) Ja, durch Gefangene
- (3) Ja, durch andere Personen
- (4) Nicht bekannt

70

(X124) Art der Einschüchterung (Text)

71

(X125) Weitere Informationen über den Gefangenen und/oder zum Vollzugsverlauf (Text)

72

(X126) Wohnsituation unmittelbar vor Inhaftierung

- (1) fester Wohnsitz
- (2) kein fester Wohnsitz

73

(X127) Sektionsbericht vorhanden

- (1) Liegt vor
- (2) Liegt nicht vor

74

(X128) Todesursache:

- (1) Suizid
- (2) Natürlicher Tod
- (3) Unfalltod

75

(X129) Begleiterkrankungen:

- (1) HIV
- (2) Hepatitis
- (3) 1+2

(X130) Andere, welche...

76

(X131) Vorerkrankungen:

- (1) Koronare Herzkrankheit
- (2) Bronchialasthma
- (3) 1+2

(X132) Andere, welche...

10 Anhang

77

Einfluss von :

(X133) Medikamenten, welche...

(X134) Drogen, welche...

(X135) Alkohol

78

(X136) Frühere Suizidversuche

(1) Ja

(2) Nein

(X137) Wann...

(X138) Wie...

10 Anhang

10.2. Liste sämtlicher Todesfälle Hamburger Gefangener 1995 - 2012 chronologisch geordnet

Lfd. Nr.	Alter	Todesdatum	Zuständige Anstalt zum Zeitpunkt des Todes	Todesursache
1*	22	10.01.1995	Sonstiges	Suizid
2*	39	07.02.1995	Untersuchungshaftanstalt Hamburg	Suizid
3*	43	10.07.1995	Untersuchungshaftanstalt Hamburg	Natürlicher Tod
4*	47	25.07.1995	Justizvollzugsanstalt Fuhlsbüttel Hamburg	Suizid
5*	55	18.10.1995	Untersuchungshaftanstalt Hamburg	Natürlicher Tod
6*	28	30.10.1995	Justizvollzugsanstalt Fuhlsbüttel Hamburg	Drogentod
7*	27	05.11.1995	Justizvollzugsanstalt Vierlande Hamburg	Drogentod
8*	35	05.11.1995	Untersuchungshaftanstalt Hamburg	Suizid
9*	35	05.11.1995	Untersuchungshaftanstalt Hamburg	Suizid
10*	30w	05.11.1995	Sonstiges	Sonstige
11*	44	12.11.1995	Justizvollzugsanstalt Vierlande Hamburg	Drogentod
12*	24	17.11.1995	Sonstiges	Drogentod
13*	47	30.11.1995	Justizvollzugsanstalt Fuhlsbüttel Hamburg	Natürlicher Tod
14	38	05.01.1996	Justizvollzugsanstalt Vierlande Hamburg	Drogentod
15	32	27.02.1996	Justizvollzugsanstalt Glasmoor Hamburg	Drogentod
16	38	11.05.1996	Justizvollzugsanstalt Vierlande Hamburg	Drogentod
17	42	25.05.1996	Justizvollzugsanstalt Vierlande Hamburg	Sonstige
18	29	24.06.1996	Justizvollzugsanstalt Fuhlsbüttel Hamburg	Unfalltod
19	40	04.07.1996	Justizvollzugsanstalt Fuhlsbüttel Hamburg	Natürlicher Tod
20	28	06.07.1996	Justizvollzugsanstalt Vierlande Hamburg	Unfalltod
21	30	17.08.1996	Justizvollzugsanstalt Vierlande Hamburg	Drogentod
22	41	11.09.1996	Justizvollzugsanstalt Billwerder Hamburg	Natürlicher Tod
23	26	31.10.1996	Justizvollzugsanstalt Glasmoor Hamburg	Drogentod
24	61	27.12.1996	Justizvollzugsanstalt Fuhlsbüttel Hamburg	Natürlicher Tod
25	53	10.01.1997	Justizvollzugsanstalt Fuhlsbüttel Hamburg	Natürlicher Tod
26	28	23.01.1997	Justizvollzugsanstalt Fuhlsbüttel Hamburg	Suizid
27	20	24.01.1997	Untersuchungshaftanstalt Hamburg	Drogentod
28	46	25.01.1997	Untersuchungshaftanstalt Hamburg	Natürlicher Tod
29	42	24.12.1997	Justizvollzugsanstalt Fuhlsbüttel Hamburg	Drogentod
30	52	18.03.1998	Untersuchungshaftanstalt Hamburg	Natürlicher Tod
31	37w	19.03.1998	Untersuchungshaftanstalt Hamburg	Suizid

10 Anhang

32	40	22.05.1998	Untersuchungshaftanstalt Hamburg	Natürlicher Tod
33	37	24.05.1998	Untersuchungshaftanstalt Hamburg	Suizid
34	54	07.06.1998	Justizvollzugsanstalt Glasmoor Hamburg	Natürlicher Tod
35	41	25.08.1998	Untersuchungshaftanstalt Hamburg	Sonstige
36	35	19.09.1998	Untersuchungshaftanstalt Hamburg	Suizid
37	59	31.10.1998	Untersuchungshaftanstalt Hamburg	Sonstige
38	55	03.11.1998	Untersuchungshaftanstalt Hamburg	Natürlicher Tod
39	33	12.01.1999	Untersuchungshaftanstalt Hamburg	Unfalltod
40	25	30.01.1999	Justizvollzugsanstalt Glasmoor Hamburg	Natürlicher Tod
41	30	08.06.1999	Untersuchungshaftanstalt Hamburg	Natürlicher Tod
42	40w	02.11.1999	Justizvollzugsanstalt Hahnöfersand Hamburg	Drogentod
43	43	18.03.2000	Justizvollzugsanstalt Vierlande Hamburg	Suizid
44	43	16.08.2000	Justizvollzugsanstalt Fuhlsbüttel Hamburg	Suizid
45	55	18.12.2000	Justizvollzugsanstalt Fuhlsbüttel Hamburg	Natürlicher Tod
46	48	10.02.2001	Justizvollzugsanstalt Fuhlsbüttel Hamburg	Natürlicher Tod
47	41	12.02.2001	Untersuchungshaftanstalt Hamburg	Suizid
48	33	04.03.2001	Justizvollzugsanstalt Fuhlsbüttel Hamburg	Sonstige
49	75	11.04.2001	Untersuchungshaftanstalt Hamburg	Suizid
50	45	02.06.2001	Justizvollzugsanstalt Glasmoor Hamburg	Natürlicher Tod
51	51	14.06.2001	Justizvollzugsanstalt Fuhlsbüttel Hamburg	Natürlicher Tod
52	51	19.06.2001	Justizvollzugsanstalt Vierlande Hamburg	Natürlicher Tod
53	52	03.07.2001	Justizvollzugsanstalt Glasmoor Hamburg	Sonstige
54	60	12.07.2001	Justizvollzugsanstalt Vierlande Hamburg	Natürlicher Tod
55	32	28.09.2001	Justizvollzugsanstalt Fuhlsbüttel Hamburg	Suizid
56	30	29.09.2001	Untersuchungshaftanstalt Hamburg	Suizid
57	35w	15.10.2001	Justizvollzugsanstalt Hahnöfersand Hamburg	Natürlicher Tod
58	67w	25.10.2001	Justizvollzugsanstalt Hahnöfersand Hamburg	Natürlicher Tod
59	36	08.12.2001	Justizvollzugsanstalt Vierlande Hamburg	Drogentod
60	28	26.12.2001	Justizvollzugsanstalt Fuhlsbüttel Hamburg	Suizid
61	30	01.01.2002	Justizvollzugsanstalt Vierlande Hamburg	Natürlicher Tod
62	29w	01.02.2002	Untersuchungshaftanstalt Hamburg	Natürlicher Tod
63	44	19.03.2002	Justizvollzugsanstalt Fuhlsbüttel Hamburg	Suizid
64	55	16.06.2002	Untersuchungshaftanstalt Hamburg	Suizid
65	44	30.09.2002	Justizvollzugsanstalt Fuhlsbüttel Hamburg	Suizid
66	44	30.09.2002	Justizvollzugsanstalt Fuhlsbüttel Hamburg	Natürlicher Tod
67	57	19.11.2002	Justizvollzugsanstalt Fuhlsbüttel Hamburg	Natürlicher Tod

10 Anhang

68	62	25.12.2002	Justizvollzugsanstalt Glasmoor Hamburg	Natürlicher Tod
69	38	27.12.2002	Justizvollzugsanstalt Glasmoor Hamburg	Suizid
70	56	01.02.2003	Justizvollzugsanstalt Vierlande Hamburg	Natürlicher Tod
71	47	20.02.2003	Justizvollzugsanstalt Fuhlsbüttel Hamburg	Suizid
72	48	21.07.2003	Sonstiges	Suizid
73	31	11.04.2004	Justizvollzugsanstalt Fuhlsbüttel Hamburg	Suizid
74	26	26.04.2004	Untersuchungshaftanstalt Hamburg	Suizid
75	38	07.07.2004	Justizvollzugsanstalt Fuhlsbüttel Hamburg	Suizid
76	37	07.09.2004	Justizvollzugsanstalt Fuhlsbüttel Hamburg	Suizid
77	32	13.09.2004	Untersuchungshaftanstalt Hamburg	Suizid
78	26	06.10.2004	Untersuchungshaftanstalt Hamburg	Suizid
79	33	01.11.2004	Untersuchungshaftanstalt Hamburg	Natürlicher Tod
80	31	15.04.2005	Justizvollzugsanstalt Fuhlsbüttel Hamburg	Natürlicher Tod
81	61w	29.07.2005	Untersuchungshaftanstalt Hamburg	Suizid
82	39	16.09.2005	Justizvollzugsanstalt Billwerder Hamburg	Suizid
83	32	21.10.2005	Untersuchungshaftanstalt Hamburg	Suizid
84	66	14.11.2005	Untersuchungshaftanstalt Hamburg	Suizid
85	57	19.02.2006	Justizvollzugsanstalt Fuhlsbüttel Hamburg	Natürlicher Tod
86	23	26.02.2006	Untersuchungshaftanstalt Hamburg	Suizid
87	73	01.10.2006	Justizvollzugsanstalt Fuhlsbüttel Hamburg	Natürlicher Tod
88	24	21.10.2006	Untersuchungshaftanstalt Hamburg	Suizid
89	52	07.01.2007	Justizvollzugsanstalt Fuhlsbüttel Hamburg	Natürlicher Tod
90	41	06.02.2007	Untersuchungshaftanstalt Hamburg	Suizid
91	23	26.02.2007	Untersuchungshaftanstalt Hamburg	Suizid
92	41	05.04.2007	Untersuchungshaftanstalt Hamburg	Suizid
93	44	05.06.2007	Justizvollzugsanstalt Fuhlsbüttel Hamburg	Natürlicher Tod
94	63	10.07.2007	Justizvollzugsanstalt Fuhlsbüttel Hamburg	Natürlicher Tod
95	56	29.07.2007	Justizvollzugsanstalt Fuhlsbüttel Hamburg	Natürlicher Tod
96	33	13.08.2007	Justizvollzugsanstalt Billwerder Hamburg	Natürlicher Tod
97	38w	09.09.2007	Justizvollzugsanstalt Hahnöfersand Hamburg	Natürlicher Tod
98	65	26.09.2007	Justizvollzugsanstalt Fuhlsbüttel Hamburg	Natürlicher Tod
99	25	24.12.2007	Justizvollzugsanstalt Billwerder Hamburg	Suizid
100	52	15.01.2008	Untersuchungshaftanstalt Hamburg	Natürlicher Tod
101	56	02.02.2008	Justizvollzugsanstalt Billwerder Hamburg	Natürlicher Tod
102	69	02.03.2008	Justizvollzugsanstalt Billwerder Hamburg	Natürlicher Tod
103	29	23.03.2008	Untersuchungshaftanstalt Hamburg	Suizid

10 Anhang

104	56	01.04.2008	Untersuchungshaftanstalt Hamburg	Natürlicher Tod
105	68	09.04.2008	Justizvollzugsanstalt Billwerder Hamburg	Natürlicher Tod
106	49	06.09.2008	Justizvollzugsanstalt Billwerder Hamburg	Natürlicher Tod
107	35	06.09.2008	Justizvollzugsanstalt Billwerder Hamburg	Natürlicher Tod
108	24w	24.01.2009	Untersuchungshaftanstalt Hamburg	Suizid
109	41	01.02.2009	Untersuchungshaftanstalt Hamburg	Suizid
110	57	25.03.2009	Justizvollzugsanstalt Billwerder Hamburg	Natürlicher Tod
111	55	15.04.2009	Justizvollzugsanstalt Fuhlsbüttel Hamburg	Natürlicher Tod
112	64	29.04.2009	Justizvollzugsanstalt Glasmoor Hamburg	Unfalltod
113	36	14.05.2009	Untersuchungshaftanstalt Hamburg	Natürlicher Tod
114	45	17.06.2009	Justizvollzugsanstalt Fuhlsbüttel Hamburg	Natürlicher Tod
115	32	29.06.2009	Justizvollzugsanstalt Billwerder Hamburg	Natürlicher Tod
116	54	10.09.2009	Untersuchungshaftanstalt Hamburg	Natürlicher Tod
117	17	07.03.2010	Justizvollzugsanstalt Hahnöfersand Hamburg	Suizid
118	34w	16.04.2010	Justizvollzugsanstalt Hahnöfersand Hamburg	Suizid
119	43	12.05.2010	Untersuchungshaftanstalt Hamburg	Suizid
120	26	26.05.2010	Justizvollzugsanstalt Billwerder Hamburg	Natürlicher Tod
121	48	05.06.2010	Untersuchungshaftanstalt Hamburg	Natürlicher Tod
122	74	12.11.2010	Justizvollzugsanstalt Fuhlsbüttel Hamburg	Natürlicher Tod
123	42	03.04.2011	Justizvollzugsanstalt Fuhlsbüttel Hamburg	Suizid
124	39	11.07.2011	Untersuchungshaftanstalt Hamburg	Suizid
125	46	23.12.2011	Untersuchungshaftanstalt Hamburg	Suizid
126	48	05.02.2012	Justizvollzugsanstalt Glasmoor Hamburg	Natürlicher Tod
127	25	13.02.2012	Untersuchungshaftanstalt Hamburg	Sonstige
128	48	20.03.2012	Justizvollzugsanstalt Fuhlsbüttel Hamburg	Suizid
129	31	20.04.2012	Untersuchungshaftanstalt Hamburg	Suizid
130	54	26.04.2012	Untersuchungshaftanstalt Hamburg	Suizid

*: Todesfälle aus dem Jahr 1995

w (hinter der Altersangabe): Weiblich

11. Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen Personen bedanken, die mir auf dem Weg, diese Arbeit konsequent zu verfolgen, geholfen haben.

An erster Stelle möchte ich ganz herzlich meinem Doktorvater Herrn Professor Püschel für die Überlassung dieses Themas und für die hervorragende Betreuung danken.

Ein großer Dank für die tolle Zusammenarbeit geht außerdem an Herrn Thiel, der mir immer schnell und unbürokratisch Akten und sonstiges Material zur Verfügung stellte, so dass die Auswertung und somit meine Arbeit nicht ins Stocken geriet.

Für die kritische Durchsicht und die freundlichen Anregungen möchte ich Frau Sabrina Kunze danken.

Auch den restlichen Teilnehmern der Forschungsgruppe Suizide im Strafvollzug („Püschel Kommission“) Herrn Prof. Dr. Briken, Herrn PD Dr. Lindner, Frau Dr. Wulff, Herrn Fiedler, Frau Dijana Djerkovic, Frau Janine Jasker und Frau Yvonne Morick möchte ich ganz herzlich für die anregenden Diskussionen und die konstruktive Mitarbeit in der Arbeitsgruppe danken.

Vielen Dank auch an Herrn Wischhusen aus dem Institut für Rechtsmedizin, der mir vor allem bei Computerproblemen immer schnell und mit viel Engagement geholfen hat.

Schließlich möchte ich meiner Mutter Dr. Christiane Petersen, ihrem Ehemann Dr. Gernot Schmahlfeldt sowie meinem Bruder Christoph Petersen für die moralische Unterstützung, die Ausdauer und Geduld bedanken, mit der sie mir bei dieser Arbeit zur Seite standen.

12. Lebenslauf

Entfällt aus datenschutzrechtlichen Gründen.

13 Eidesstattliche Versicherung

13. 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 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.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Dissertation vom Dekanat der Medizinischen Fakultät mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Unterschrift:

Johannes Petersen