

Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

**Rechtsmedizinische Analyse der Sterbefälle in Justizvollzugsanstalten des
Bundeslandes Sachsen - Anhalt im Zeitraum von 1992 bis 2015**

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor der Medizin (Dr.med.)

vorgelegt

der Medizinischen Fakultät

der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

von **Klara-Maria Krell**

geboren am 05.09.1989, in Halle/Saale

Betreuer: Prof. Dr. med. Rüdiger Lessig

Gutachter:

Prof. Dr. med. Rüdiger Lessig

Prof. Dr. med. Steffen Heide, Dresden

Prof. Dr. med. Dr. jur. Reinhard B. Dettmeyer, Gießen

06.04.2021

23.11.2021

Referat

Die rechtsmedizinische Auswertung der Todesfälle in Einrichtungen des Justizvollzuges des Bundeslandes Sachsen-Anhalt über den Zeitraum 1992 bis 2015 erfolgte in den Instituten für Rechtsmedizin Halle und Magdeburg mit dem Ziel Hinweise auf mögliche Risikostrukturen und -profile zu erarbeiten. Aus den 17877 Sektionen konnten 85 Fälle (♂: n=79; ♀: n=6) ermittelt werden. Alle Fälle konnten durch das stufenweise Vorgehen mittels Obduktion, histologische Untersuchung und chemisch-toxikologische Analysen bezüglich der Todesursachen und Todesarten („natürlich“, „nicht natürlich“, „nicht aufgeklärt“) vollständig aufgeklärt werden.

Im Ergebnis überwiegen die „nicht natürlichen“ Todesfälle (n=53; ♂: n=48, ♀: n=5), wobei Suizide durch Erhängen (♂: n=37; ♀: n=4) in der Mehrzahl ermittelt wurden. Gewisse Aspekte von Risikoprofilen bezüglich der Haftart, -dauer und des Alters konnten diskutiert werden. Da sich so Hinweis auf Prodromi bei den Suizidenten ergaben, sollten bestehende Suizidpräventionsprogramme weiterverfolgt und ausgebaut werden (u.a. „Listener“-Prinzip, Screening-Methoden bezüglich psychiatrischer Erkrankungen, bauliche Maßnahmen).

Verstorbene mit einer „natürlichen Todesart“ (n=32; ♂: n=31, ♀: n=1) zeigten in der Mehrzahl Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems (♂: n=25) als Todesursache. Dabei sind ursächlich Folgeerkrankungen durch einen möglicherweise risikobehafteten Lebensstil zu diskutieren. Schlussfolgernd fordert die Datenlage eine aktuelle Definition der Hafttauglichkeit (inklusive notwendiger Zusatzuntersuchungen) mit dem Ziel einer bundesweit geltenden Standard Operating Procedure (SOP) „Hafttauglichkeit“ einschließlich einer Reevaluierung. Ergänzend wäre eine SOP zum „Todeseintritt in der JVA“ zu empfehlen, welche bereits die Durchführung der 1. Leichenschau am Sterbeort durch einen Facharzt für Rechtsmedizin und die weitere stufenweise Abklärung beinhalten sollte.

Krell, Klara-Maria, Rechtsmedizinische Analyse der Sterbefälle in Justizvollzugsanstalten des Bundeslandes Sachsen - Anhalt im Zeitraum von 1992 bis 2015, Halle (Saale), Univ., Med. Fak.; Diss., 80 Seiten, 2021

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	1
Verzeichnis der Abkürzungen und Symbole.....	1
1 Einleitung.....	1
1.1 Vorbetrachtung und Stand der Problematik.....	1
1.2 Begriffe und Definitionen.....	2
1.2.1 Todesfeststellung und Todesbescheinigung.....	2
1.2.2 Todesart.....	2
1.2.3 Todesursachen.....	2
1.2.4 Suizid.....	3
1.2.5 Justizvollzug und Haftsystem.....	3
1.2.6 Hafttauglichkeit.....	6
1.2.7 Gesundheitliche Versorgung innerhalb des Haftsystem.....	7
1.2.8 Psychische Erkrankungen und Abhängigkeitserkrankungen Inhaftierter.....	7
2 Zielstellung.....	9
3 Material und Methoden.....	10
3.1 Sichtung der Sektionslisten und – protokolle, sowie Zusammenstellung und Aufarbeitung des einschlägigen Materials.....	10
3.2 Datenschutz und Datenzugang.....	10
3.3 Erstellung der Datenbank und Datenerfassung.....	10
4 Ergebnisse.....	12
4.1 Todesart und Todesursachen– allgemeine Betrachtungen.....	12
4.1.1 Spezifizierung der Todesart.....	13
4.1.2 Spezifizierung der Todesursachen – durch 1. Leichenschau.....	14
4.1.3 Spezifizierung der Todesursachen - durch Obduktion.....	15
4.1.4 Spezifizierung der Todesursachen – abschließende Bewertung.....	16
4.2 Sozioepidemiologische Daten.....	16
4.2.1 Altersverteilung und Todesursachen bzw. Todesart.....	16
4.2.2 Geschlechterverteilung und Familienstand.....	18
4.2.3 Vorstrafen.....	19
4.2.4 Alkohol - und Drogenbeeinflussung bei Todeseintritt.....	19
4.3 Vollzugsdaten.....	20
4.3.1 Haftart bei Todeseintritt.....	20
4.3.2 Zeitliche Verteilung (Jahre, Monate, Tageszeit, Zeitintervall letzter Kontakt).....	21
4.3.3 Verteilung in den Anstalten und nach Art der Unterbringung.....	23
4.3.4 Haftzeit bis zum Todeseintritt.....	25
4.3.5 Strafmaß.....	26
4.3.6 Delikt.....	27

4.4 Vorerkrankungen	28
4.4.1 Somatische Vorerkrankungen	28
4.4.2 Psychische Beschwerden und psychiatrische Vorerkrankungen.....	29
4.4.3 Konsultation des Medizinischen Dienstes in den letzten 30 Lebenstagen.....	29
4.5 „nicht natürliche“ Todesfälle (spezielle Darstellung)	30
4.5.1 „nicht natürliche“ Todesursachen	30
4.5.2 Wechsel der Suizid-Methoden bzw. komplexer Suizid	31
4.5.3 Suizid-Werkzeuge	31
4.5.4 Dokumentation einer möglichen Suizidprävention.....	31
4.5.5 Suizidalität unter besonderer Berücksichtigung vorangegangener Suizid-Prodromi.....	32
4.6 Kasuistik.....	32
4.6.1 Strangulation	32
4.6.2 Natürlicher Tod (Herzversagen bei chronischer Herzinsuffizienz)	33
4.6.3 Intoxikation ohne Abschiedsnachricht.....	33
4.6.4 Suizid mittels scharfer Gewalt	34
4.6.5 Todesfall mit primärem Verdacht auf Behandlungsfehler.....	34
4.6.6 Tötungsdelikt	35
5 Diskussion.....	37
5.1 Suizid als Hauptform „nicht natürlicher Todesart“	38
5.1.1 Korrelation Suizid mit Haftart, Delikt, Unterbringung und Haftdauer	40
5.1.2 Korrelation Suizid mit psychischen Vorerkrankungen und vorangegangenen Suizidversuchen	42
5.1.3 Korrelation Suizid mit gewähltem Zeitpunkt.....	47
5.1.4 Welche Bedeutung haben wiederholte Suizid-Versuche?.....	48
5.1.5 Rechtsmedizinische Aussagen zu Suizid-Methoden.....	48
5.1.6 Ergeben sich Risikoprofile?	50
5.2 Suizidprävention	51
5.3 andere Varianten „nicht natürlicher Todesart“	54
5.4 „natürliche Todesart“	54
5.5 Schlussfolgerungen für Diagnostik und Therapie von chronischen Vorerkrankungen sowie Gesundheitsförderung	59
6 Zusammenfassung.....	61
Literatur.....	63
Thesen	80
Selbstständigkeitserklärung mit Unterschrift	
Erklärung über frühere Promotionsverfahren	
Danksagung.....	

Verzeichnis der Abkürzungen und Symbole

♀	Weiblich/Frau/Frauen
♂	Männlich/Mann/Männer
AZ	Aktenzeichen
BDSG	Bundesdatenschutzgesetz
BestattG LSA	Bestattungsgesetz Land Sachsen-Anhalt
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
bgH	besonders gesicherter Haftraum
Btm	Betäubungsmittel
BtmG	Betäubungsmittelgesetz
BZR	Bundeszentralregister
DGRM	Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin
DSG LSA	Datenschutzgesetz Land Sachsen-Anhalt
EFS	Ersatzfreiheitsstrafe
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
IRM	Institut für Rechtsmedizin
JGG	Jugendgerichtsgesetz
JVA(en)	Justizvollzugsanstalt(en)
JVollzGB LSA	Justizvollzugsgesetzbuch Sachsen-Anhalt
li.	Links
LSA	Land Sachsen-Anhalt
MD	Magdeburg
nG	Gruppengröße
nnT	„nicht natürliche Todesart“
nT	„natürliche Todesart“
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
pG oder %G	Prozent innerhalb der Gruppe
SGB	Sozialgesetzbuch
SOP	Standard Operating Procedure
StGB	Strafgesetzbuch
StPO	Strafprozessordnung
StVO	Straßenverkehrsordnung
StVollzG	Strafvollzugsgesetz
Tab.	Tabelle
U-Haft	Untersuchungshaft
WHO	World Health Organization
Z.n.	Zustand nach

1 Einleitung

1.1 Vorbetrachtung und Stand der Problematik

Todesfälle in staatlichem Gewahrsam beschäftigen nicht nur Justiz und Medizin mit der Frage nach Todesursache und Verantwortlichkeit, sondern auch die Öffentlichkeit. Dies erfordert in jedem Einzelfall eine umfassende Aufklärung der Todesursachen und -umstände, insbesondere da laut einer Analyse der World Health Organization (WHO) die Unterbringung im Gewahrsam des Staates einen Hochrisikobereich für Gesundheitsgefährdung und Todesfälle darstellt (WHO. Department of Mental Health and Substance Abuse 2007a; Stiftung Deutsche Depressionshilfe 2016).

Dabei werden die Arten der Gewahrsamsnahme (Polizeigewahrsam oder Justizvollzug) mit unterschiedlichen Bedingungen oft nicht unterschieden. Auch in wissenschaftlichen Untersuchungen erfolgte bisherig meist keine eindeutige Unterscheidung bezüglich der Sterbeorte „Polizeigewahrsam“ und „Justizvollzugsanstalt“ (JVA) (Steinhäuser 1997; Wobeser et al. 2002; Anders et al. 2003).

Im Institut für Rechtsmedizin (IRM) der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg wurden bisher zahlreiche Forschungsarbeiten zu Todesfällen in Polizeigewahrsam durchgeführt (Heide et al. 2003, 2009a, 2009b, 2014; Heide und Püschel 2011; Trübner et al. 2012). Die Ergebnisse der hiesigen Arbeitsgruppe fanden allgemeine Beachtung und wurden für bundesweite und internationale Auswertungen und Vergleiche herangezogen. Auch andere Studien beschäftigten sich bereits mit Todesfällen in Polizeigewahrsam (Norfolk 1998; Best et al. 2004; Felthous 2011), zur speziellen Problematik der Todesfälle in Anstalten der Justiz liegen nur wenige vergleichbare Studien im deutsch-sprachigen Raum vor (Ambach et al. 1990; Granzow und Püschel 1997; Fruehwald et al. 2000; Bennefeld-Kersten 2009, 2012b; Pesch 2015; Petersen 2016; Ritter et al. 2016). Diese Arbeit zielt deshalb auf eine Erfassung und rechtsmedizinische Aufarbeitung der Todesfälle in den JVAen Sachsen-Anhalts und soll u.a. hierauf begründet Hinweise auf mögliche Risikoprofile identifizieren und auch als Diskussionsgrundlage für die Gestaltung der Unterbringung und der medizinischen Betreuung dienen sowie Hinweise auf ein standardisiertes Vorgehen bei Todesfällen in Haft liefern .

Hierzu wurden alle Sterbefälle in JVAen und im Maßregelvollzug im Zeitraum der Jahre 1992 bis 2015 in Sachsen-Anhalt erfasst und analysiert. Die Fälle wurden durch Akteneinsicht in den Archiven der Rechtsmedizinischen Institute der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg und der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, der heutigen Außenstelle des IRM des Universitätsklinikums Halle/Saale, ermittelt.

1.2 Begriffe und Definitionen

1.2.1 Todesfeststellung und Todesbescheinigung

Sowohl die ärztliche Leichenschau als auch das Bestattungsrecht sind in der Bundesrepublik Deutschland (BRD) durch das jeweilige Länderrecht geregelt. Die Dokumentation erfolgt durch Ausstellung eines Totenscheines bzw. entsprechender Formulare, welche sich in den Bundesländern unterscheiden. Die Todesfeststellung bedarf in der Regel sicherer Todeszeichen, kann aber auch als Abbruch einer Reanimation oder durch Hirntoddiagnostik erfolgen. Die ärztliche Leichenschau sollte am Sterbeort bzw. am Auffindeort der Leiche durchgeführt werden (BestattG LSA; Janssen 1984, 2013). Dabei sind Identität, möglichst genauer Todeszeitpunkt und Todesursachen zu überprüfen und nach ICD-10 Klassifikation zu bestimmen.

1.2.2 Todesart

Als Todesart werden die Umstände des Eintrittes des Todes bewertet, wobei eine bundeseinheitliche Definition und Klassifikation nicht vorliegt. Dies ist problematisch, da sich die rechtlichen Folgen, die sich beim Vorliegen einer „nicht natürlichen“ oder „nicht aufgeklärten Todesart“ ergeben (u.a. Meldung an die Ermittlungsbehörden), nach Bundesrecht zu richten haben (BMJV und juris GmbH 2016, vgl. §159 StPO).

In Sachsen-Anhalt ist eine Klassifikation als „natürliche“, „nicht natürliche“ oder „nicht aufgeklärte Todesart“ möglich. Eine Definition der „natürlichen Todesart“ gibt es nicht. Im Bestattungsgesetz des Landes Sachsen-Anhalt (BestattG LSA) ist in § 2 die „nicht natürliche Todesart“ als Tod infolge „Selbsttötung, durch sonstiges menschliches Einwirken oder durch einen Unglücksfall“ definiert, in diesem Sinne auch im rechtsmedizinischen Schrifttum (Madea 2007, 2015; AWMF online 2012). Ist eine sichere Einordnung nicht möglich, räumt der Gesetzgeber die Option ein, eine „nicht aufgeklärte Todesart“ zu bescheinigen. Die rechtlichen Folgen (Meldepflicht!) gelten hier wie bei „nicht natürlicher Todesart“ (Madea 2007, 2015; AWMF online 2012).

Bei „nicht aufgeklärter“ oder „nicht natürlicher Todesart“ ordnet nach entsprechenden Ermittlungen die Staatsanwaltschaft eine Obduktion an und hiernach erfolgt die zur Bestattung notwendige Freigabe. Im Falle einer Feuerbestattung ist in Sachsen-Anhalt eine zweite Leichenschau verpflichtend (§18 BestattG LSA).

1.2.3 Todesursachen

Als Todesursachen werden die dem Todeseintritt zugrunde liegenden Erkrankungen bezeichnet, für die Todesbescheinigung möglichst mit pathogenetischer Gliederung und Kausalkette. Eventuelle Begleiterkrankungen sind nach dem ICD 10 – Code der WHO mit zu verschlüsseln (Madea 2007, 2015; RKI 2015; StBA Destatis 2015a).

1.2.4 Suizid

Der Begriff „Suizid“ leitet sich von den lateinischen Bezeichnungen *sui cadere* (sich töten) und *suicidium* (Selbsttötung) ab. Bei der „Suizidologie“ handelt es sich um eine fachübergreifende Wissenschaft, mit medizinischen, psychologischen, theologischen und nicht zuletzt auch philosophischen und sozialwissenschaftlichen Aspekten (Durkheim 2003; Bertolote 2004; Joiner et al. 2005; Mazur 2009; Waak 2016). Allgemein übereinstimmend versteht man unter „Suizid“ eine willentliche, selbstbeigefügte Handlung, wobei ein tödliches Ende beabsichtigt bzw. von der betroffenen Person eingeplant ist (Pohlheim 1986; Andreasen und Black 1993; Wolfersdorf 2008; Waak 2016). Laut Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) handelt ein Mensch suizidal, wenn er in „voller Kenntnis und in Erwartung des tödlichen Ausgangs“ die entsprechende Handlung plant und durchführt (OECD 2012). Dabei ist von einem hohen Todeswunsch und einem festen Glauben an oder Wissen über die Effektivität der gewählten Suizid-Methode auszugehen (Wolfersdorf 2008).

„Der Suizid stellt in der Allgemeinbevölkerung ein ernsthaftes Problem dar. Die Weltgesundheitsorganisation schätzt, dass sich ungefähr alle drei Sekunden ein Suizidversuch ereignet und sich jede Minute ein Mensch suizidiert. Das bedeutet, dass mehr Menschen durch Suizid sterben als im Rahmen kriegerischer Auseinandersetzungen.“ (WHO. Department of Mental Health and Substance Abuse 2007a; Stiftung Deutsche Depressionshilfe 2016). Laut der Stiftung Deutsche Depressionshilfe (2016) versterben jährlich weltweit rund 800 000 Personen durch suizidale Handlungen; davon in der BRD circa 11 000 (Althaus und Hegerl 2004).

Grundsätzlich steht eine suizidale Handlung in der BRD nicht unter Strafe, da nach Artikel 2 Absatz 1 des Grundgesetzes (GG) das Recht auf Selbstbestimmung auch den eigenen Todes beinhaltet (BMJV und juris GmbH 2017).

Suizide werden mitunter auch als „Freitod“ tituliert. Dies ist umstritten, da sich die Mehrheit der Betroffenen während der Entscheidungsfindung und der Handlung nicht in einer Phase der freien Meinungsbildung befindet und somit nicht von einem frei gewählten Tod ausgegangen werden kann (Wolfersdorf 2008; Mazur 2009; Waak 2016). Die moralische Bewertung einer suizidalen Handlung ist abhängig von den jeweils gültigen sozialen, gesellschaftlichen und/oder religiösen und ethischen Grundsätzen sowie den Rahmenbedingungen, unter denen die Handlung stattfindet, wobei Suizide auch mit Prodromi einhergehen können (Pohlheim 1986; Andreasen und Black 1993; Mishara und Weisstub 2016; Stiftung Deutsche Depressionshilfe 2016; Waak 2016).

1.2.5 Justizvollzug und Haftsystem

Eine Unterbringung in Einrichtungen der Justiz (JVAen und Maßregelvollzug) ist in der BRD nur nach richterlichem Entscheid möglich. Für diese Unterbringung müssen bestimmte rechtliche Voraussetzungen gegeben sein (u.a. §112 StPO, §126a StPO). Daraus folgend bestehen zwischen Unterbringung in Untersuchungshaft, Strafhaft, Maßregelvollzug, Sicherungsverwah-

nung, Abschiebungshaft oder in Sozialtherapeutischen Einrichtungen hinsichtlich der Bedingungen erhebliche Unterschiede (akzept e.V. et al. 2005), sowohl in der räumlichen und situativen Gestaltung als auch der Dauer, auch im Gegensatz zur Unterbringung in Polizeigewahrsam. Die Abschiebungshaft ist bisher nicht bundeseinheitlich geregelt. So existierten in Sachsen-Anhalt im Beobachtungszeitraum keine entsprechenden Einrichtungen, sondern nur spezielle Abteilungen in Angliederung an bestehende JVAen (Grote 2014).

Wissenschaftliche und öffentlich zugängliche detaillierte Zahlenangaben zur Häftlingspopulation in Sachsen-Anhalt liegen über den gesamten Untersuchungszeitraum nicht vor. Zum 31. August 2016 als Stichtag zur Bestimmung der Häftlingspopulation in der BRD gab es 183 Haftanstalten mit 73461 Plätzen, davon 4224 für Frauen. Zu diesem Stichtag waren 63100 Häftlinge sistiert, davon 3690 Frauen. In Sachsen-Anhalt bestanden zu diesem Zeitpunkt vier Haftanstalten mit einer Kapazität von 1935 Plätzen, davon 40 für Frauen. Belegt waren 1657 Haftplätze, davon 21 durch weibliche Inhaftierte (StBA Destatis 2016). In der Tabelle 1 wurden weitere Details aus der genannten Quelle zur Häftlingsverteilung in LSA zum Stichtag zusammengestellt.

Tabelle 1 - Verteilung der Häftlinge in LSA zum Stichtag 31. August 2016

Belegung				Belegungsfähigkeit				Haftform		
	Insgesamt	Einzelzelle	Gemeinschaftszelle		Insgesamt	Einzelzelle	Gemeinschaftszelle	U-Haft	Strafhaft/Jugendhaft/Sicherungsverwahrung	Sonstige Freiheitsentziehung
Insgesamt	1657	1401	256	Insgesamt	1935	1624	311	169	1453	35
♀	21	15	6	♀	40	38	2	7	13	1

Während des analysierten Zeitraumes (1992 bis 2015) kam es im Zuge von Reformen der Justizvollzugsstruktur zu Veränderungen in der Anzahl der JVAen. Mit der Eröffnung der JVA Burg 2009 wurden im gleichen Jahr die JVAen Stendal und Halberstadt geschlossen. Bei weiter sinkenden Inhaftierungszahlen und aus technischen Gründen kam es zu weiteren Schließungen mit Reduktion auf 4 Einrichtungen (s. Kap. 4.3.3).

Somit bestanden am Ende des Untersuchungszeitraumes die JVA Burg, die JVA Halle (Am Kirchtor - einschließlich Jugendarrestanstalt und Nebenstelle Wilhelm-Busch-Straße mit Sozialtherapeutischer Einrichtung) sowie die JVA Volkstedt und die Jugendanstalt Raßnitz (Justiz Online - Land Sachsen-Anhalt 2017).

Die Maßnahmen des **Maßregelvollzuges** werden in den Landeskrankenhäusern für Forensische Psychiatrie Bernburg (179 Plätze) und Uchtspringe (mit Nebenstelle Lockow 290 Plätze) realisiert (Salus gGmbH 2017). Belegungszahlen waren allerdings für diese wissenschaftliche Auswertung nicht zu erhalten.

Die **Sicherungsverwahrung** wird seit 2009 in der JVA Burg vollzogen (Justiz Online - Land Sachsen-Anhalt und Ministerium für Justiz und Gleichstellung des Landes Sachsen-Anhalt 2016).

Die **stationäre Krankenversorgung** der Häftlinge fand bis September 2012 im Haftkrankenhaus der JVA Naumburg statt, seitdem werden Erkrankte im Haftkrankenhaus der JVA Leipzig oder extern behandelt (Justiz Online - Land Sachsen-Anhalt 2017).

Seit 2009 werden weibliche Inhaftierte aus Sachsen-Anhalt in JVAen in Thüringen, Sachsen und Brandenburg untergebracht (Justiz Online - Land Sachsen-Anhalt 2016). In Sachsen-Anhalt selbst stehen für Frauen mit "kurzen" Strafmaßen im geschlossenen Vollzug 28 Plätze in der Haftanstalt Halle – Am Kirchtor und ebendort 12 Plätze im offenen Vollzug zur Verfügung. Nach §4 des Justizvollzugsgesetzbuches des LSA (Land Sachsen-Anhalt 2016, JVollzGB LSA) erfolgt eine Unterbringung in Haftanstalten zur Wahrung der allgemeinen Sicherheit. Den Inhaftierten dürfen „keine Schäden entstehen“ (§7 JVollzGB LSA), wobei auch ein Bewusstsein für eine Resozialisierung und Reintegration vermittelt werden soll (§8 JVollzGB LSA).

Für Insassen in **Untersuchungshaft** gilt die Unschuldsvermutung. Die Betroffenen sind nicht wie Strafgefangene zu behandeln (§5 JVollzGB LSA). So ist für Untersuchungshäftlinge eigene Bekleidung gestattet und die allgemeine Verpflichtung zur Arbeit bzw. Teilnahme an bestimmten Maßnahmen besteht nicht (§29 JVollzGB LSA). Solange nicht die Sicherheit und Ordnung der Anstalten gefährdet wird (§62 JVollzGB LSA), sind „weitere Annehmlichkeiten“ (z.B. Besitz eigener Elektronikgeräte) gestattet.

Strafhäftlingen, welche in der Regel Anstaltskleidung tragen sollen, sind nach anderweitigen haftinternen Regelungen ebenfalls Ausnahmen mit gewissen Lockerungen gestattet (§60 JVollzGB LSA). Die Verschlusszeiten unterscheiden sich zwischen den einzelnen Haftanstalten.

Nach §18 JVollzGB LSA steht jedem Häftling eine Unterbringung in einer Einzelzelle zu. Mit der Zustimmung der Häftlinge kann für eine begrenzte Zeit und bei nicht zu befürchtenden negativen Folgen eine gemeinschaftliche Unterbringung vorgenommen werden. Die individuelle Ausstattung der Hafträume können die Insassen in einem festgelegten Rahmen vornehmen (§56 JVollzGB LSA).

Bei voraussichtlicher Gefährdung der Sicherheit der Öffentlichkeit, Dritter und/oder des Häftlings durch seine eigene Person (Suizidalität) können Sicherheitsmaßnahmen ergriffen werden, wie die Unterbringung in einem „besonders gesichertem Haftraum“ (bgH), Absonderung von Mitinhaftierten, Vorenthalten von „Gegenständen“, akustische und/oder optische Überwachung bis hin zur Fixierung. Diese Maßnahmen sind durch die Anstaltsleitung zu genehmigen, können jedoch bei Vorliegen von „Gefahr in Verzug“ mit nachzuholender Genehmigung auch sofort durchgeführt werden (§89 JVollzGB LSA). Bei Unterbringung in einem bgH hat täglich eine Konsultation durch ärztliches Personal zu erfolgen. Bei einer länger als 24 Stunden andauernden anderweitigen Absonderung hat ebenfalls regelmäßig eine ärztliche Begutachtung stattzufinden

(§91 JVollzGB LSA). Für jeden Häftling besteht auch ein Anspruch auf eine adäquate psychologische Betreuung (akzept e.V. et al. 2005; Bennefeld-Kersten 2011) und auf freie Religionsausübung (§80 - §82 JVollzGB LSA).

Jugendliche Häftlinge sollen durch die spezielle erzieherische Gestaltung der Jugendhaft in ihrer sozialen Kompetenz gestärkt und auf eine Reintegration in die Gesellschaft vorbereitet werden (§9 JVollzGB LSA). Bei Jugendarrest ist eine Unterbringung als Freizeitarrrest, als Kurzarrest oder als Dauerarrest möglich (BMJV, BfJ 2017, vgl. §16 JGG). Jugendliche Inhaftierte sollten nach Möglichkeit mit Gleichaltrigen untergebracht werden. Nach dem 21. Lebensjahr geht man in der Regel von einer vollständigen Rechtsmündigkeit aus und damit auch von einer Unterbringung wie bei erwachsenen Straftätern (Radeloff et al. 2015).

In der BRD gibt es neuerdings Haftabteilungen für „**Lebensältere Häftlinge**“. Dies ist dem Umstand geschuldet, dass vermehrt ältere Personen inhaftiert sind und die Zahl der Häftlinge mit langen Strafmaßen steigt (Williams et al. 2014; Justiz Online - Die NRW Justiz im Internet 2017a, 2017b).

1.2.6 Hafttauglichkeit

Für eine Haftfähigkeit (bzw. Hafttauglichkeit, Vollzugstauglichkeit oder -fähigkeit) existiert in der BRD keine gesetzliche Definition (Kiesecker 1999; Heide et al. 2003). Nach §455 StPO ist lediglich der Begriff der „Haftunfähigkeit“ definiert. Demnach sollte „die Vollstreckung einer Freiheitsstrafe unterbrochen werden bei Verfall in Geisteskrankheit, bei naher Lebensgefahr oder wenn der körperliche Zustand des Verurteilten die Unterbringung in der Vollzugsanstalt beziehungsweise im Haftkrankenhaus nicht erlaubt. Im Umkehrschluss wäre bei Nichtvorliegen dieser Kriterien von Haftfähigkeit auszugehen.“ (s. Heide et al. 2003).

Durch die bei Strafantritt vorgeschriebene ärztliche Untersuchung soll beurteilt werden, ob der Häftling für einen Aufenthalt in einer Haftanstalt geeignet ist. Dabei soll auch eine mögliche Suizidalität beurteilt werden. Bei Vorliegen einer solchen sind nach §88 StVollzG entsprechende Sicherungsmaßnahmen zu ergreifen.

Elsing et al. (2001) und bereits auch Kiesecker (1999) empfehlen eine detaillierte Untersuchung, im Hinblick auf Intoxikationen, Traumata und/oder neurologische bzw. psychiatrische Einschränkungen. Die Dokumentierung einer Haftfähigkeit ist notwendige Voraussetzung für einen Haftantritt. Der Beginn des Vollzuges kann verzögert bzw. unterbrochen werden, wenn eine adäquate medizinische Versorgung in der vorgesehenen oder bisherigen Haftanstalt nicht möglich ist (Elsing et al. 2001). Dann ist eine Behandlung in einem Haftkrankenhaus oder in einem externen Krankenhaus vorzunehmen (Kiesecker 1999). Der Arzt wirkt hier alleinig als „Ratgeber“, die Entscheidung trifft die Vollzugsbehörde (Kiesecker 1999).

Problematisch an der Feststellung der Hafttauglichkeit ist, dass die Untersuchung nicht nur den derzeitigen Status beurteilen, sondern auch eine Prognose für eine teilweise mehrjährige Unter-

bringung liefern soll. Regelmäßige Kontrolluntersuchungen sind allerdings bisher nicht vorgeschrieben.

1.2.7 Gesundheitliche Versorgung innerhalb des Haftsystem

Nach §56 - §66 StVollzG hat sich die medizinische Betreuung von Inhaftierten am Sozialgesetzbuch V (BMJV und BfJ 2019, SGB) zu orientieren. Jeder Häftling hat Anspruch auf eine medizinische Betreuung nach den Standards der gesetzlichen Krankenversicherung (Äquivalenzprinzip). Die medizinische Betreuung erfolgt in der Regel über angestellte Ärzte der JVA nach §158 StVollzG und deren Mitarbeiter. Die allgemein geltende freie Arztwahl nach §76 SGB V ist somit eingeschränkt. Eine Konsultation externer Ärzte kann erfolgen, die Entscheidung obliegt jedoch der Administration. Die Anstaltsleitung ist den Ärzten nicht weisungsbefugt. Wird eine stationäre Behandlung nötig, ist dies bevorzugt in einem Vollzugskrankenhaus zu gewährleisten. Die medizinische Versorgung in den JVAen orientiert sich an den Europäischen Strafvollzugsgrundsätzen von 2006. Mit Hafteintritt übernimmt der Staat, vertreten durch die Anstalten die Verantwortung über die Gesundheit, sodass keine gesundheitlichen Benachteiligungen entstehen und Suizide verhindert werden sollen (Jacob und Keppler 2001; BMJV et al. 2007; WHO. Department of Mental Health and Substance Abuse 2007a; Knecht und Stöver 28.01.2011; Trusch 2011; BMJV und juris GmbH 2017).

Wie Meltzer et al. (2003) bei Befragungen feststellten, geben 1/3 der Häftlinge einen „schlechten“ Gesundheitszustand an. Im Strafvollzug überwiegen nach Opitz-Welke et al. (2018) Infektionskrankheiten (Tuberkulose, Hepatitis B und C, HIV), Folgen von Drogen-Abusus, Zahnerkrankungen und auch psychiatrische Krankheitsbilder. Für Häftlinge aus niedrigen sozialen Schichten und mit gering gesundheitsorientiertem Verhalten kann die Inhaftierung mit regelmäßiger Betreuung eine Besserung des Gesundheitsstatus mit sich bringen (Fazel und Baillargeon 2011; Rich et al. 2011; Cinosi et al. 2013). Die Anwendung von diagnostischen, therapeutischen und vorbeugenden Mitteln stellt eine Chance dar (akzept e.V. et al. 2005). So sollten Suizidgefährdete, aber auch letal Erkrankte durch das medizinische Personal erkannt (Du Roscoät und Beck 2013) und den entsprechend notwendigen Therapien zugeführt werden.

1.2.8 Psychische Erkrankungen und Abhängigkeitserkrankungen Inhaftierter

Bei Vorliegen einer psychischen Erkrankung wäre eine Therapiefortführung bzw. ein Therapiebeginn im Vollzug anzustreben. Nur wenn eine solche Erkrankung die verurteilte Tat determiniert hat, erfolgt eine Unterbringung im Maßregelvollzug bzw. in einer Forensischen Psychiatrie (u.a. §73 ff JVollzGB LSA, §63 StGB, §137 StVollzG). Mit aktuellen Studien konnte aufgezeigt werden, dass bis zu 20% der Häftlinge Symptome psychiatrischer Erkrankungen aufweisen (Torrey et al. 2010). Morgan et al. (2010) beschäftigten sich detailliert mit dieser Problematik (vgl. auch Schröder 2005; Schönfeld et al. 2006; Watzke et al. 2006; Widmann 2006). Aus Angst vor möglichen Folgen äußern Neuzugänge oft nicht die bei ihnen bestehenden psychi-

schen Beschwerden (Hanson 2010) und erhalten somit auch keine adäquate Therapie. Torrey et al. (2010) stellten in ihrer Literatur-Analyse fest, dass Inhaftierte mit psychischen Problemen deutlich häufiger suizidale Handlungen begehen (vgl. Pesch 2015; Radeloff et al. 2016). Die hohen Zahlen psychiatrisch erkrankter Häftlinge, einschließlich Substanzabhängiger, aber auch suizidal Gefährdeter führten immer wieder zu Überlegungen bezüglich einer adäquaten Unterbringung (Bonner 2000; Daigle et al. 2007; Konrad et al. 2007; Baillargeon et al. 2009a; Eytan et al. 2011; Bark 2014). Medizinisches Personal hat hier die Möglichkeit Einfluss auszuüben, sodass ein Umdenken stattfindet (Rich et al. 2011).

Hauptproblem ist der weitere Substanzmissbrauch (Stöver und Weilandt 2007; Bausch 2013). Die Öffentlichkeit vertritt oft die Meinung, dass es sich bei Haftanstalten um „drogenfreie“ Räume handelt (Dolan et al. 2007; Stöver 2012). Während der Konsum von selbstproduziertem Alkohol („Brotwein“, „Eigenbräu“) bekannt ist, wird nicht zuletzt von Opitz-Welke et al. (2018) darauf hingewiesen, dass es in JVAen eine „Drogenszene“ gibt. Durch die Negierung eines Drogen- und Alkoholproblems in den Anstalten werden notwendige Interventionsmaßnahmen erschwert.

2 Zielstellung

Ziel ist die Erfassung und Auswertung rechtsmedizinischer Aspekte von Sterbefällen in den Einrichtungen der Justiz des Bundeslandes Sachsen-Anhalt im Zeitraum 1992 bis 2015 unter Berücksichtigung der Justizstrukturreform (s. Kap. 4.3.3). Grundlage bilden die Obduktionsfälle von Insassen der JVAen des Untersuchungszeitraumes, welche in den Archiven der IRM Halle und Magdeburg händisch ermittelt werden konnten.

Die Schwerpunkte sind:

- Eine spezifizierende Fallanalyse nach erster Leichenschau, nach Obduktion und entsprechender Histologie, sowie speziellen Nachuntersuchungen (Toxikologie etc.) und nach abschließender gutachterlicher Bewertung:
 - Untersuchung von Todesart und Todesursachen.
 - Ermittlung eines möglichen Zusammenhanges zwischen Tod und Delikt bzw. Strafmaß, sowie Dauer der Haft und Haftart.
 - Analyse von bekannten Vorerkrankungen.
 - Erfassung von Alkohol- und Drogenbeeinflussung zur Zeit des Todeseintrittes.
 - Fokussierung auf die rechtsmedizinischen Aspekte bei Suiziden.
- Kasuistische Darstellung von Todesfällen in typischer Konstellation.
- Vergleich der Todesfälle mit dem nationalen und internationalen Schrifttum.
- Herausarbeitung bestimmter Risikoprofile und möglicher präventiver Maßnahmen.
- Entwicklung bzw. Anregung für Standard Operating Procedure (SOP) „Vorgehen beim Eintreten eines Todesfalles in einer Haftanstalt“
- Entwicklung bzw. Anregung für SOP „Hafttauglichkeit und Screening nach bestimmter Haftzeit“

Durch die retrograde Auswertung der Sektionsdaten und der von Justiz und Innenministerium erfassten Angaben sollen zusätzlich Informationen zur Sozioepidemiologie abgeleitet werden.

3 Material und Methoden

Im Rahmen einer ersten Studie sollte der Zeitraum von 1992 bis 2005 untersucht werden. Das Projekt scheiterte am fehlenden Zugang zu den entsprechenden Daten und Akten der mit der Todesursachenermittlung befassten Ermittlungsbehörden. Dies gelang nunmehr und die Studie wurde somit bis zum Jahr 2015 erweitert.

3.1 Sichtung der Sektionslisten und –protokolle, sowie Zusammenstellung und Aufarbeitung des einschlägigen Materials

Ausgangspunkt sind die Sektionslisten der IRM Halle und Magdeburg. Auf Grund der Richtlinien für das Strafverfahren und Bußgeldverfahren (RiStBV) Nummer 33 Absatz 2 ist davon auszugehen, dass „alle Todesfälle, welche in Haft oder in jeglicher Form von amtlicher Verwahrung stattfinden, einer Obduktion“ zu unterziehen sind (BMJV 2016). Da gerichtliche Sektionen im LSA nur in beiden o.g. Instituten erfolgen, kann von einer Vollständigkeit der Erfassung ausgegangen werden.

Da die Sektionsbücher und –datenbanken nicht die zur Fallerkennung notwendigen Angaben enthalten, mussten die Fälle händisch bearbeitet werden, d.h. die Inaugenscheinnahme aller Sektionsprotokolle der entsprechenden Jahrgänge beider Standorte. Zudem war auch ein Tod von Häftlingen außerhalb der JVAen (notfallmäßige oder präterminale Verlegung in ein Krankenhaus) in Betracht zu ziehen, weshalb nicht nur der Sterbeort sondern auch der Ort des Aufenthaltes bei Beginn der todesursächlichen Ereignisse geprüft werden musste.

3.2 Datenschutz und Datenzugang

Ein formloser Antrag auf Akteneinsicht gemäß §476 StPO wurde von einzelnen Behörden u.a. unter Berufung auf §477 StPO wiederholt formal abgewiesen. Auch ein möglicherweise einzuholendes Votum der universitären Ethikkommission hätte diese Entscheidung nicht beeinflusst. Erst nach rechtlicher Beratung gelang es, einen formgerechten Antrag (Erstellung eines Studiendesign, Datenschutzerklärung und Verpflichtungserklärung nach §5 BDSG) zu erstellen, welchem dann zugestimmt wurde. Akteneinsicht war in 77 Fällen möglich. Optimal wäre ebenfalls eine Einbeziehung der „Häftlingspersonalakten“ und der „Gesundheitsakten“, sowie die der Haft zugrundeliegenden Urteile (inklusive BZR-Auszug) gewesen. Dies war jedoch trotz intensiver Bemühungen aus persönlichkeitschutz- und datenschutzrechtlichen Aspekten nicht möglich.

3.3 Erstellung der Datenbank und Datenerfassung

Mit den vorliegenden Sektionsunterlagen gingen alle Fälle in die Auswertung ein. Die Erhebungen erfolgten unter Beachtung des BDSG und des DSG LSA. Erfasste Datensätze wurden in der weiteren Verarbeitung pseudonymisiert. Die sich aus den Ermittlungsakten ergebenden Daten wurden ohne Erfassung weiterer Personaldaten den jeweiligen Sektionsnummern zugeordnet

(Schema: „S“ (Sektion)-Jahr (2-stellig)-Fallnummer im Jahr (3-stellig; Sektionsort Magdeburg - „MD“).

Im Hinblick auf die angestrebte Vergleichbarkeit erfolgte eine Literaturrecherche in einschlägigen wissenschaftlichen Portalen. Mit den somit gewonnenen, in anderen Studien bereits implementierten Kriterien erfolgte die Erstellung einer Datenbank mittels Microsoft Access 2010. Die Fälle wurden in diese Datenbank eingespeist, wobei nicht in jedem Fall zu allen in der Literatur erwähnten Kriterien Angaben vorlagen.

Da keine Belegungszahlen der JVAen in Sachsen-Anhalt bzw. konkrete sozioepidemiologische Daten zur Häftlingspopulation verfügbar sind, können mit den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit keine statistischen Aussagen getroffen werden. Mit einer statistischen Beratung am Institut für Epidemiologie, Biometrie und Informatik der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg in Vorbereitung der Ergebnisauswertung wurde der rein deskriptive Charakter der Untersuchung bestätigt (Fr. Dr. Andrea Schmidt-Pokrzywniak; damaliger Direktor: Prof. Dr. rer. nat. Haerting).

Ähnliche Schwierigkeiten finden sich ebenfalls in den einschlägigen Literaturen, sodass eine Vergleichbarkeit durch Anteilsangaben in Prozent angestrebt wurde (u.a. Granzow und Püschel 1997). Die Prozentzahlen beziehen sich, wenn nicht anders angegeben, auf die ermittelte Gesamtfallzahl. Bei einzelnen Fragestellungen waren in den Unterlagen nicht in allen Fällen entsprechende Daten zu entnehmen. Aus diesem Grund wurde hier bei der Bestimmung des prozentualen Anteils der Merkmale Bezug auf die Gruppengröße mit Vorliegen entsprechender Informationen ($n_G=x$) genommen. Die Angaben erfolgten dann in %G (Prozent in der Gruppe). In den weiteren Betrachtungen erfolgt die „Reihung“ der Geschlechter nach der Häufigkeit in der jeweiligen Kategorie sowie auf die für den Untersuchungszeitraum festgelegten Bestimmungen.

4 Ergebnisse

Nach Durchsicht von insgesamt 17877 Sektionsprotokollen der IRM Halle (n=9963) und Magdeburg (n=7914) konnten 85 einschlägige Todesfälle ermittelt werden.

In 57 Fällen (67%) erfolgte die Obduktion am IRM Halle; in 28 Fällen (33%) im IRM Magdeburg.

Eingeschlossen ist ein besonderer Fall des Jahres 2013 (S-13-035), der sich in der JVA Burg ereignete (Einzugsbereich Staatsanwaltschaft und IRM MD). Hier wurde erst nach Meldung des Sterbefalles anlässlich der 2. Leichenschau durch das IRM Halle von der dortigen Staatsanwaltschaft eine Obduktion angeordnet.

4.1 Todesart und Todesursachen– allgemeine Betrachtungen

Bei der Auswertung der Akteninhalte fiel auf, dass sich für den jeweiligen einzelnen Fall mitunter im Rahmen seiner Bearbeitung (1. Leichenschau, Obduktion mit Zusatzuntersuchungen, gutachterliche Betrachtung), die nach dem jeweiligen Erkenntnisstand festgestellten Todesursachen und somit auch die Klassifikation der Todesart änderten (s. Abb. 1).

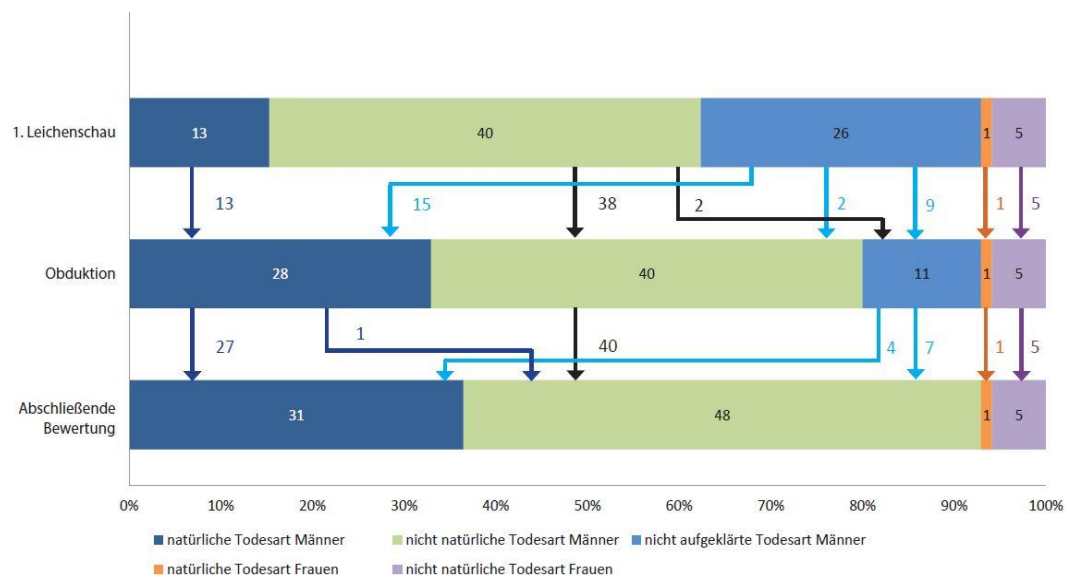


Abbildung 1 Fließdiagramm zur stufenweisen Spezifizierung der Todesart

In der Gesamtschau führte dies dazu, dass nach Abschluss der rechtsmedizinischen Begutachtung unter Einbeziehung aller Faktoren die Gruppe der „nicht aufgeklärten Todesart“ bei Fallabschluss nicht mehr vorhanden war (vgl. Tab. 2).

Tabelle 2 - Zuordnung der Todesart je nach Bearbeitungsstatus

Todesart	1. Leichenschau	Obduktion	abschließende Bewertung
„natürlich“	n=14 (16,5%) ♀ n=1, ♂ n=13	n=29 (34,1%) ♂ n=28, ♀ n=1	n=32 (37,7%) ♂ n=31, ♀ n=1
„nicht natürlich“	n=45 (53%) ♂ n=40, ♀ n=5	n=45 (53%) ♂ n=40, ♀ n=5	n=53 (62,3%) ♂ n=48, ♀ n=5
„nicht aufgeklärt“	♂ n=26 (30,5%)	♂ n=11 (12,9%)	n=0
	100%	100%	100%

4.1.1 Spezifizierung der Todesart

Bei der Bewertung der Todesart kam es typischerweise zu Veränderungen entsprechend des jeweiligen Erkenntnisstandes in den verschiedenen Phasen der Fallbearbeitung.

Im Folgenden zu den Umgruppierungen:

„natürliche Todesart“:

Von den 13 verstorbenen Männern (15,3%), bei denen bei der ersten Leichenschau eine „natürliche Todesart“ konstatiert worden war, wurde diese auch im Sektionsergebnis bestätigt. Erst nach Akteneinsicht und weiterführenden Ermittlungen war in der abschließenden Bewertung lediglich ein Fall als Tod infolge „nicht natürlicher Todesart“ umzugruppieren (s. Kasuistik S-12-297). In den übrigen 12 Fällen (14,1%) änderte sich die Einordnung als „natürliche Todesart“ zwischen 1. Leichenschau und abschließender Bewertung nicht. Aus der Gruppe von primär „nicht aufgeklärter Todesart“ waren abschließend weitere 19 Fälle (22,4%) ebenfalls in die „natürlichen“ Todesfälle einzuordnen (nach Obduktion: n=15, und nach Zusatzuntersuchungen: n=4). Bei der einen verstorbenen Frau, die bei der 1. Leichenschau in die Kategorie „natürliche Todesart“ eingeordnet wurde, konnte diese Todesart durch weiterführende Untersuchungen sicher bestätigt werden.

Insgesamt umfasst somit die Gruppe „natürliche Todesart“ bei der abschließenden Bewertung 31 Männer und 1 Frau (37,7%, vgl. Tab. 2).

„nicht natürliche Todesart“:

In der Gruppe der 48 Männer (56,3%), die nach Abschluss der Ermittlungen eines „nicht natürlichen“ Todes verstorben sind, finden sich 40 (47%) primär bei der 1. Leichenschau bereits als „nicht natürlich“ klassifizierte Fälle wieder, wobei in zwei Fällen (2,4%) im Ergebnis der Obduktion - bei fehlenden morphologischen Befunden (Intoxikationen) - zwischenzeitlich eine Klassifikation als „nicht aufgeklärte Todesart“ erfolgte. Zusätzlich wurden in diese Gruppe sieben primär als Tod von „nicht aufgeklärter Todesart“ eingestufte Fälle neu zugeordnet. Lediglich der o.g. Fall eines Behandlungsfehlers nach abschließender Betrachtung stammt aus der Gruppe der Fälle, welche primär als „natürliche Todesart“ klassifiziert worden waren.

Bei den verstorbenen Frauen dieser Gruppe (n=5; 6%) änderte sich die Todesart weder im Ergebnis der Sektion noch bei der abschließenden Fallbewertung. Dies ist erklärlich, da bereits bei der 1. Leichenschau eindeutige Befunde eines „nicht natürlichen“ Todes vorlagen (Erhängen: n=4, 4,8%; Anwendung scharfer Gewalt: n=1, 1,2%).

Zusammengefasst finden sich demzufolge nach abschließender Bewertung 48 Männer und 5 Frauen mit einer „nicht natürlichen Todesart“ (62,3%, vgl. Tab. 2).

„nicht aufgeklärte Todesart“:

Die Zahl von Todesfällen in der Kategorie „nicht aufgeklärte Todesart“ nach der 1. Leichenschau (♂: n=26) war mit einem Prozentsatz von 30,5 % sehr hoch. Dies resultiert daraus, dass Fälle, bei denen bei der 1. Leichenschau keine morphologisch fassbare Todesursache festgestellt werden konnte (n=18) bzw. der Tod plötzlich und/oder unerwartet eintrat, diese richtigerweise so beurteilt wurden.

Ebenso fiel auf, dass nach der Obduktion immer noch 11 Todesfälle (12,9%) der Gruppe einer „nicht aufgeklärten Todesart“ zugeordnet werden mussten, wobei diese heterogene Gruppe aus primär neun „nicht aufgeklärten“ Todesfällen resultierte, und zwei nach 1. Leichenschau „nicht natürlicher“ Todesfälle. Aus dieser Gruppe von nach der Obduktion bezüglich der Todesart „nicht aufgeklärten“ Fällen konnte durch die weiterführenden Untersuchungen bei abschließender Beurteilung und Feststellung einer Todesursache in 4 Fällen eine „natürliche“ und in 7 Fällen eine „nicht natürliche Todesart“ konstatiert werden.

Im Ergebnis verblieben bei der abschließenden Bewertung keine Fälle einer „nicht aufgeklärten Todesart“.

4.1.2 Spezifizierung der Todesursachen – durch 1. Leichenschau

Die Todesursachen gliedern sich wie folgt auf:

Gemäß der **1. Leichenschau** lag laut Totenschein bei 11 der mit **„natürlicher Todesart“** testierten Männer eine todesursächliche kardiovaskuläre Erkrankung vor. Nur in 7 Fällen ergaben sich hierbei Hinweise auf kardiovaskuläre Erkrankungen aus den medizinischen Unterlagen. Wobei nicht in allen Fällen entsprechende Unterlagen vorlagen. In einem Fall wurde eine dekompensierte Leberzirrhose als Todesursache vermutet (S-13-035). Auffällig war ferner, dass in einem Fall ohne feststellbare Todesursache dennoch eine „natürliche Todesart“ testiert wurde (S-09-266-MD). Für die Frau mit einer „natürlichen Todesart“ wurde nach Totenschein als „Grundleiden“ ein „generalisierter Krampfanfall mit einer terminalen Aspiration“ als natürliches Ereignis angesehen (S-01-474).

Bei den aus Sicht der **1. Leichenschau** als **„nicht natürlich“** gewerteten Todesfällen (n=45; 53%; ♂: n=40; ♀: n=5) lag bei 35 Männern und 4 Frauen ein Tod durch Erhängen vor (n=39) vor. Des Weiteren wurde dreimal ein Tod durch Verbluten sowie bei weiteren 2 Männern eine Intoxikation vermutet. Bei einem Mann wurde keine Todesursache vermerkt (S-05-176-MD). Im Einzelnen wurden bei den 26 Verstorbenen, mit nach der **1. Leichenschau** ausgewiesener **„nicht aufgeklärter Todesart“** (30,5%), folgende Todesursachen auf dem Totenschein vermerkt:

- keine Todesursache feststellbar ICD 10: R 98.8 (n=14)
- Intoxikation ohne Substanzangaben (n=2; S-00-419; S-09-260-MD)
- und je einmal:
 - terminale Aspiration bei Herztod (S-15-127-MD), Asthmaerkrankung (S-94-349), Erhän-

gen bei gleichzeitiger Tablettenintoxikation (S-05-248), Lungenarterienembolie (S-06-279), Laktatazidose (S-02-426), Verdacht auf Kardiomyopathie (S-03-176-MD), akutes Leberversagen bei Leberzirrhose (S-99-147-MD), Herzkreislaufversagen bei Delirium tremens (S-06-076-MD), Atemstillstand bei Aspiration und Bewusstlosigkeit infolge Alkoholismus bzw. Alkoholentzugssyndrom (S-02-044-MD), Plötzlicher Herztod bei Myokardinfarkt (S-03-021).

4.1.3 Spezifizierung der Todesursachen - durch Obduktion

Nach der **Obduktion** wurden 28 Männer und 1 Frau ausweislich der Sektionsprotokolle als einer „**natürlichen Todesart**“ verstorben gewertet (34,1%), davon wurden bei 25 Männern kardiovaskuläre Erkrankungen als Todesursache nachgewiesen. Außerdem ergaben sich je einmal:

- dekompensierte Leberzirrhose (Leichenschaudiagnose: Herzkreislaufversagen bei Koma hepaticum) S-13-035
- Waterhouse-Friderichsen-Syndrom (Leichenschaudiagnose: Lactatacidose) S-02-426
- toxisch-septischer Schock bei akuter Peritonitis nach Ulkus-Perforation (Leichenschaudiagnose: keine Todesursache feststellbar) S-13-344-MD

Bei einer Frau wurde ein Krampfanfall auf Grund von Alkoholentzug (Leichenschaudiagnose: Aspiration mit Atem- und Kreislaufstillstand bei generalisiertem Krampfanfall, S-01-474) als Todesursache ermittelt.

Nach der **Obduktion** wurden 40 Männer und 5 Frauen als einer „**nicht natürlichen Todesart**“ verstorben eingestuft (53%). Als Todesursachen bei den männlichen Verstorbenen wurden festgestellt:

- Erhängen (n=37),
- Verbluten infolge von scharfer Gewalteinwirkung gegen den Hals und Pulsaderschnitt (n=2; S-97-455; S-04-272),
- Hypoglykämisches Koma (n=1; S-14-093-MD).

Bei den Frauen lagen als Todesursachen vor:

- Erhängen (n=4; S-96-520; S-99-172; S-99-261; S-15-334-MD),
- Verbluten infolge mehrerer Schnittverletzungen (n=1; S-05-183).

Nach der **Obduktion** wurde der Tod von 11 Männern (12,9%) zunächst als weiterhin „**nicht aufgeklärte Todesart**“ eingestuft, da makroskopisch keine relevanten Befunde vorlagen.

Dies betrifft nach den makroskopischen Befunden basierenden Verdachtsdiagnosen:

- Verdachtsdiagnose: Intoxikation (n=6)
- Verdachtsdiagnose: Delirium tremens (n=2; S-99-147-MD, S-06-076-MD)
- Verdachtsdiagnose: kardiovaskuläre Läsionen (n=2; S-09-289, S-15-203)
- Verdachtsdiagnose: Status asthmaticus (n=1; S-94-349).

4.1.4 Spezifizierung der Todesursachen – abschließende Bewertung

Mit der **abschließenden Bewertung** finden sich in der Kategorie „**natürliche Todesart**“ 31 Männer und 1 Frau (37,7%). Diese Gruppe setzt sich wie folgt zusammen:

- 27 Männer und 1 Frau, welche nach Obduktion bereits als „natürliche Todesart“ bestätigt wurden (n=28; 32,9%).
- 4 Männer, welche nach Obduktion noch als „nicht aufgeklärt Todesart“ zu werten waren. Hier konnte mit weiterführenden Untersuchungen eine Umklassifizierung in „natürliche Todesart“ vorgenommen werden. Todesursächlich finden sich:
 - Delirium tremens (n=2; S-99-147-MD, S-06-076-MD),
 - Status asthmaticus (n=1; S-94-349),
 - Rezidiv eines akuten Myokardinfarktes (n=1; S-15-203).

Mit der **abschließenden Bewertung** ergeben sich in der Kategorie „**nicht natürliche Todesart**“ 53 Fälle (62,3%, ♂: n=48, ♀: n=5). Diese Gruppe setzt sich nunmehr wie folgt zusammen:

- 40 Männer und 5 Frauen, welche nach der Obduktion bereits als „nicht natürliche Todesart“ bestätigt wurden.
- 1 Mann, bei welchem trotz Diagnose „akuter Myokardinfarkt“ auf Grund Nicht-Hinzuziehen eines Notarztes ebenfalls von einer „nicht natürlichen Todesart“ zu sprechen ist (s. Kasuistik S-12-297).
- 7 Männer, welche ursprünglich nach der Obduktion als „nicht aufgeklärte Todesart“ klassifiziert worden waren. Hier konnte mit weiterführenden Untersuchungen eine Umklassifizierung in „nicht natürliche Todesart“ vorgenommen werden. Todesursächlich finden sich:
 - Intoxikation (n=6)
 - akuter Myokardinfarkt bei Behandlungsfehler (S-09-289).

Damit bestätigt sich nach Obduktion und Zusatzuntersuchungen in keinem der Fälle eine „nicht aufgeklärte Todesart“.

4.2 Sozioepidemiologische Daten

Alle weiteren Untersuchungen, die das Gesamtmaterial umfassen, erfolgten gemäß der ermittelten Klassifikation der Todesart unter Einbeziehung der Todesursachen nach abschließender Beurteilung, auch in Bezug auf sozioepidemiologische Daten, bekannte Vollzugsdaten und Vorerkrankungen.

4.2.1 Altersverteilung und Todesursachen bzw. Todesart

Die Einordnung der Altersverteilung basiert auf Gruppenbildung in 5-Jahreszeiträume, korrespondierend zur international geltenden Einteilung der Altersstandardisierung.

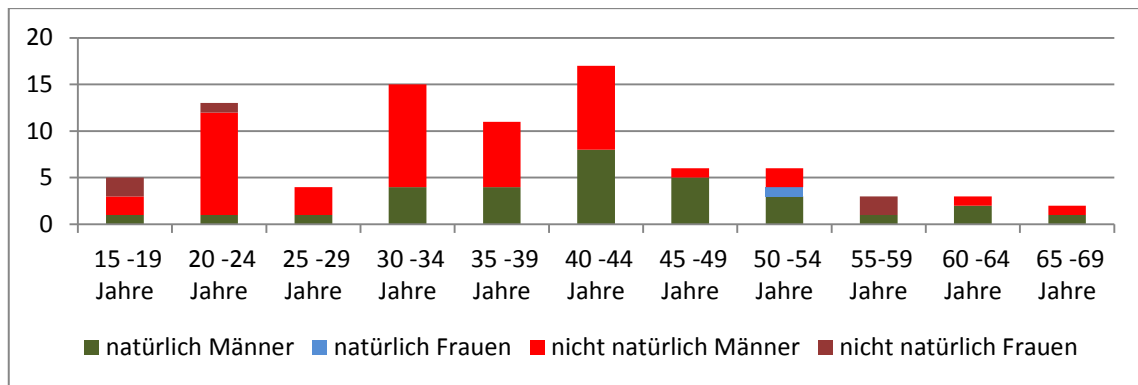


Abbildung 2 Altersverteilung nach Geschlecht und Todesart

In der Altersgruppe der **15 bis 19-Jährigen** fanden sich 4 Todesfälle mit „nicht natürlicher“ Todesart:

- S-15-334-MD, weiblich, 17 Jahre, Erhängen, Maßregelvollzug, Promethazin-Nachweis,
- S-96-520, weiblich, 18 Jahre, Erhängen, JVA Eisleben - U-Haft,
- S-92-422, männlich 18 Jahre, Erhängen, JVA Naumburg, Haftkrankenhaus;
- S-98-413, männlich, 16 Jahre, Erhängen, JVA Halle – Wilhelm-Busch-Str.,

und ein „natürlich“ verstorbener Mann (S-01-043, 18 Jahre, rupturiertes Aneurysma der A. cerebri anterior sinistra, JVA Halle – Wilhelm-Busch-Str.).

In der nachfolgenden Altersgruppe der **20 bis 24-Jährigen** machten „nicht natürlich“ verstorbene Männer den Großteil aus (n=11; davon Suizide: n=9). Ein „natürlich“ verstorbener Mann (S-03-176-MD, 24 Jahre, Endokarditis der Aortenklappe) und eine der „nicht natürlich“ verstorbenen Frauen befanden sich ebenfalls in dieser Gruppe (S-99-172, 21 Jahre, Erhängen, JVA Halle - Am Kirchtor).

Im Alter von **25 bis 29 Jahren** verstarben 3 männliche Inhaftierte auf „nicht natürliche Todesart“ (Suizid durch Erhängen: n=2; Tötungsdelikt: n=1, S97-455) sowie ein Mann mit „natürlicher Todesart“ (S-06-076-MD, HerzKreislaufversagen bei Delirium tremens).

Bei den **30 bis 34-Jährigen** konnten 11 Männer ermittelt werden, welche auf „nicht natürliche“ Art zu Tode gekommen waren (davon Suizide: n=9). Ebenfalls in dieser Altersgruppe fanden sich weitere 4 männliche Häftlinge mit „natürlicher Todesart“ (S-15-095-MD akutes Linksherzversagen; S-08-129-MD stenosierende Koronarsklerose; S-05-146 Herzinsuffizienz; S-02-426 Waterhouse- Friderichsen- Syndrom).

In der Gruppe **35 bis 39 Jahre** wurden 7 Männer registriert, die auf „nicht natürliche“ Art (davon Suizid durch Erhängen: n=6) und 4 Männer, die in Folge einer „natürlichen Todesart“ verstarben (S-95-219 Herzversagen in Folge Koronararteriensklerose; S-02-206 stenosierende Koronarsklerose; S-95-283-MD akuter Myokardinfarkt; S-09-266-MD Koronarsklerose).

Die Altersspanne **40 bis 44 Jahre** umfasste mit 17 Fällen ausschließlich Männer, davon 8 mit „natürlicher“ (HerzKreislaufversagen bei koronarer Herzkrankheit bzw. akuter Myokardinfarkt:

n=6; akute Koronarinsuffizienz bei Aneurysma dissecans der Aorta: n=1, S-06-279; toxisch-septischer Schock bei Peritonitis: n=1, S-13-344-MD) und 9 mit „nicht natürlicher Todesart“ (Suizid: n=9).

In der Altersgruppe der **45 bis 49-Jährigen** waren 5 Männer mit einer „natürlichen Todesart“ (S-94-349 Asthma bronchiale; S-95-027 Subarachnoidalblutung bei Ruptur Hirnbasisarterienaneurysma; S-95-154-MD akuter Myokardinfarkt; S-15-203 rezidivierender Myokardinfarkt; S-99-147-MD Delirium tremens) und ein Mann mit einer „nicht natürlichen Todesart“ anzutreffen (S-12-297 Behandlungsfehler, s. Kasuistik).

Die eine Frau mit einer „natürlichen Todesart“ (S-01-474 Krampfanfall bei Alkoholentzugssyndrom am Inhaftierungstag, JVA Halle – Am Kirchtor) war mit 51 Jahren in der Altersgruppe der **50 bis 54-Jährigen** einzugliedern, ebenso wie 3 „natürlich“ (S-08-097 akuter Myokardinfarkt; S-00-157 rezidivierender Myokardinfarkt; S-00-098 Herzbeutelamponade bei rupturiertem Aneurysma dissecans aortae) und 2 „nicht natürlich“ verstorbene Männer (Suizid durch Erhängen: n=2, S-03-130, S-07-032).

Die zwei „nicht natürlich“ verstorbenen Frauen in die Altersgruppe **55 bis 59 Jahre** kamen infolge suizidaler Handlungen mittels Anwendung scharfer Gewalt (S-05-183, s. Kasuistik) und mittels Erhängen zu Tode (S-99-261). In dieser Altersgruppe fand sich zusätzlich ein „natürlich“ verstorbener männlicher Häftling (S-03-134 Linksherzinfarkt).

Die Altersgruppe der **60 bis 64-Jährigen** umfasste 3 Männer („natürliche Todesart“: n=2, S-13-035 dekompensierte Leberzirrhose, S-14-299-MD hypertensive Herzkrankheit; „nicht natürliche Todesart“: n=1, S-14-093-MD Hypoglykämisches Koma bei Insulinfehdosierung, Intoxikation ohne Abschiedsnachricht).

In der Altersgruppe der **65 bis 69-Jährigen** Männer wurde je ein Fall einer „natürlichen Todesart“ (S-02-209 akuter Myokardinfarkt) und ein Fall einer „nicht natürlichen Todesart“ (S-05-056 Erhängen) ermittelt.

In der Gesamtschau fanden sich somit 45 Suizide über alle Altersgruppen verteilt, während die Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems in der Gruppe der „natürlichen Todesart“ im mittleren Lebensalter überwiegen.

4.2.2 Geschlechterverteilung und Familienstand

Die Auswertung der Sektionsprotokolle erbrachte eine Untersuchungsgruppe von 6 weiblichen und 79 männlichen Verstorbenen.

In insgesamt 11 Fällen verstorbener Männer konnte der Familienstand nicht eruiert werden („nicht natürlich“ n=6, „natürlich“ n=5), sodass in die weiteren Betrachtungen nur 74 Verstorbene einzubeziehen waren (n_G= 74). Der Großteil der Männer war zum Todeszeitpunkt ledig („natürliche Todesart“: n=15, 20,3% G; „nicht natürliche Todesart“: n=22, 29,7% G, davon Suizid durch Erhängen: n=16, Suizid durch Intoxikation: n=2, Suizid mittels scharfer Gewalt: n=1). Auch 3 „nicht natürlich“ verstorbene Frauen waren ledig (Suizid durch Erhängen: n=3). 13

Männer waren verheiratet (17,5%G; „natürliche Todesart“: n=3; „nicht natürliche Todesart“: n=10), ebenso wie eine „nicht natürlich“ verstorbene Frau (s. Kasuistik S-05-183). Zum Todeszeitpunkt waren 14 Männer geschieden (18,9%G; „natürliche Todesart“: n=7; „nicht natürliche Todesart“: n=7). 4 Männer und 2 Frauen waren zum Todeszeitpunkt verwitwet (♂: „natürliche Todesart“: n=1 S-13-035; „nicht natürliche Todesart“ durch Suizid mittels Erhängen: n=3, S-95-262, S-05-056, S-05-248; ♀: „natürliche Todesart“: n=1 S-01-474, „nicht natürliche Todesart“ durch Suizid mittels Erhängen: n=1 S-99-261). Dabei waren je ein Mann (S-05-056) und eine Frau (S-99-261) mit „nicht natürlicher Todesart“ auf Grund ihres Deliktes verwitwet (Ermordung des Partners).

4.2.3 Vorstrafen

In „nur“ 30 Fällen konnten die in den rechtsmedizinischen Unterlagen vorhandenen Auszüge aus dem Bundeszentralregister (BZR) eingesehen werden. In 15 weiteren Fällen wurden Angaben hierzu aus den in den Akten vorhandenen Urteilen gewonnen, sodass insgesamt 45 Fälle (53%) in die Auswertung einbezogen wurden.

Unter diesen 45 Fällen (nG=45) fanden sich bei 27 Männern Vorstrafen (60%G; „natürliche Todesart“: n=11; „nicht natürliche Todesart“: n=16, davon Suizid: n=13). Dabei bei 14 Männern bis zu 5 Vorstrafen (31,1%G; „natürliche Todesart“: n=3; „nicht natürliche Todesart“: n=11, davon Suizid: n=8). Mehr als 5 Vorstrafen konnten bei 8 Männern mit „natürlicher Todesart“ ermittelt werden (17,8%G). Bei 5 „nicht natürlich“ verstorbenen Männern konnten bei bestehenden Vorstrafen keine Informationen zur genauen Anzahl dieser gewonnen werden (11,1%G).

Von den 27 Männern mit bekannten Vorstrafen fanden sich 20 Männer mit Vorinhaftierungen (44,4%G; „natürliche Todesart“: n=9; „nicht natürliche Todesart“: n=11, davon Suizid: n=9). Unter den Suizidenten mit Vorinhaftierungen erhängten sich 7 Männer (U-Haft: n=5, Strafhaft: n=2), ein Mann starb durch eine Intoxikation (Strafhaft) sowie ein Mann durch die Anwendung scharfer Gewalt (U-Haft).

Keine Vorstrafen waren feststellbar bei 2 Frauen (4,4%G; „natürliche Todesart“: n=1, „nicht natürliche Todesart“: Suizid durch Erhängen: n=1 S-99-261) und 16 Männern (35,6%G; „natürliche Todesart“: n=5, „nicht natürliche Todesart“: n=11, davon Suizid: n=10).

4.2.4 Alkohol - und Drogenbeeinflussung bei Todeseintritt

In 83 Fällen (97,6%) wurden Blut- bzw. Urinuntersuchungen bezüglich einer Alkoholbeeinflussung vorgenommen. Ein positiver Blut- bzw. Urin-Alkohol-Nachweis lag bei 5 Männern vor. Hierunter fanden sich 4 Männer mit Tod durch Suizid (Erhängen) und das Opfer des Tötungsdeliktes (vgl. Kasuistik S-97-455).

Ein Drogenscreening bzw. eine Analyse bezüglich einer Substanzbeeinflussung erfolgte nur in 35 Fällen, wobei in 28 Fällen das Ergebnis negativ ausfiel. In den restlichen 7 Verdachtsfällen konnte die vermutete todesursächliche Intoxikation bestätigt werden (s. Kap. 4.5.1).

4.3 Vollzugsdaten

4.3.1 Haftart bei Todeseintritt

Lediglich bei 5 männlichen Häftlingen war die genaue Haftart zum Todeszeitpunkt nicht zu eruieren („natürliche Todesart“: n=4; „nicht natürliche Todesart“: n=1, mittels Suizid durch Erhängen: n=1). In den restlichen Fällen ergibt die Auswertung nach der Haftart einerseits eine Häufung der „natürlichen“ Todesfälle in der Strafhaft (n=22; ♂: n=21, ♀: n=1), andererseits liegt eine Häufung der „nicht natürlichen Todesfälle“ von Männern in der U-Haft vor (n=29). In **U-Haft** starben 36 Personen (♂: n=35, „natürlichen Todesart“: n=6, „nicht natürliche Todesart“: n=29; ♀: n=1, „nicht natürliche Todesart“). Todesursachen waren:

Suizid durch Erhängen: 26 Männer (am Inhaftierungstag: n=2; 1 Tag nach Inhaftierung: n=2, 2 Tage nach Inhaftierung: n=1, 2. Hafttag bis 14. Hafttag: n=3, 14. Hafttag bis Ende erster Haftmonat: n=3, 1. bis 3. Haftmonat: n=7; 3. Haftmonat bis 1. Jahr: n=5, unklar: n=3) und 1 Frau (2 Tage nach Inhaftierung);

Suizid mittels Intoxikation: 1 Mann (14. Hafttag bis Ende erster Haftmonat: n=1);

Intoxikation ohne Abschiedsnachricht: 1 Mann (>1 Jahr: n=1);

Suizid durch scharfe Gewalt: 1 Mann (unklar).

In **Strafhaft** verstarben 44 Personen; hiervon in der Gruppe einer „natürlichen Todesart“ 21 Männer und eine Frau, während bei 18 Männern und 4 Frauen eine „nicht natürlichen Todesart“ festgestellt wurde.

Die Gruppe der „nicht natürlich“ Verstorbenen gliedert sich hier wie folgt auf:

Suizid durch Erhängen: 10 Männer (2. Hafttag bis zum 14. Hafttag: n=1, 1. bis 3. Haftmonat: n=4, 3. Haftmonat bis 1. Jahr: n=1, >1 Jahr: n=2, unklar: n=2) und 3 Frauen (3. Haftmonat bis 1. Jahr: n=2, >1 Jahr: n=1);

Suizid mittels Intoxikation: 1 Mann (3. Haftmonat bis 1. Jahr: n=1);

Suizid durch scharfe Gewalt: 1 Frau (>1 Jahr: n=1);

Intoxikation ohne Abschiedsnachricht: 4 Männer (1. bis 3. Haftmonat: n=2, 3. Haftmonat bis 1. Jahr: n=2),

Tötungsdelikt: 1 Mann (>1 Jahr: n=1);

Behandlungsfehler: 2 Männer (3. Haftmonat bis 1. Jahr: n=1, >1 Jahr: n=1).

Unter den in Strafhaft verstorbenen 44 Personen fanden sich während einer speziellen Unterbringung im Maßregelvollzug bzw. in einer Forensischen Psychiatrie ein Mann einer „natürlichen Todesart“ und je ein Mann und eine Frau mit „nicht natürlicher Todesart“ (Suizid durch Erhängen: 1 Frau, Intoxikation ohne Abschiedsnachricht: 1 Mann).

4 der „natürlich“ verstorbenen Männer und die eine Frau mit „natürlicher Todesart“ verschieden während ihres Aufenthaltes in Strafhaft auf Grund einer Ersatzfreiheitsstrafe (EFS).

In Abschiebungshaft verstarben 5 Männer („natürliche Todesart“: n=1; „nicht natürliche Todesart“: n=4). Bezüglich der Abschiebungshaft sind jedoch weitere Aussagen aus Sicht der Zielstel-

lung dieser Arbeit nicht möglich und erfordern eine gesonderte juristische Betrachtung unter Berücksichtigung der speziellen psychologischen Faktoren – die hier vorliegende Zuordnung dieser Fälle bezüglich der Haftart erfolgte jedoch nach in den Akten angeführten jeweiligen Haftbedingungen.

Im Jugendvollzug verstarben 3 Männer („natürliche Todesart“: n=1; „nicht natürliche Todesart“: n=2, mittels Suizid durch Erhängen: n=2).

4.3.2 Zeitliche Verteilung (Jahre, Monate, Tageszeit, Zeitintervall letzter Kontakt)

Betrachtet man zunächst die Verteilung der Fälle im gesamten Berichtszeitraum (**Jährliche Verteilung**) ist festzustellen, dass erhebliche Abweichungen der Fallzahlen auftraten (Maximum: 2000: n=9; Minimum: 2011: n=0).

Nach Häufigkeit folgten dem Jahr 2000 (n=9, ♂: „nicht natürliche Todesart“ n=7) das Jahr 2005 (n=8, ♂: „nicht natürliche Todesart“ n=4, „natürliche Todesart“ n=3, ♀: „nicht natürliche Todesart“ n=1), das Jahr 1995 (n=7, ♂: „natürliche Todesart“: n=4, „nicht natürliche Todesart“ n=3) und das Jahr 2003 und 2015 mit je 6 Todesfällen.

In den Jahren 2001 und 2006 ereigneten sich allein je zwei „natürliche Todesfälle“, so auch der Fall der Frau mit „natürlicher Todesart“ (2001, S-01-474).

In den Jahren 1992, 1993, 1996, 2007, 2010 und 2012 kam es jeweils allein zu einem Todesfall „nicht natürlicher Todesart“, wobei 1996 eine Frau betroffen war.

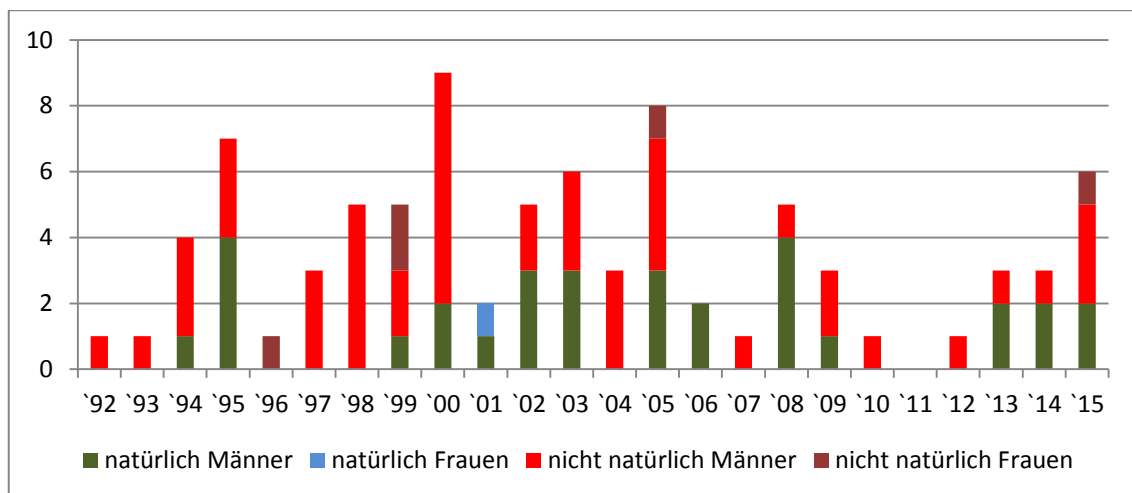


Abbildung 3 Jährliche Verteilung nach Geschlecht und Todesart

Bei der Prüfung der **Verteilung der Sterbefälle im Jahresverlauf** erfolgte die Zusammenfassung quartalsweise (vgl. Abb. 4). Wobei auffällig war, dass insgesamt eine gewisse Häufung im 2. Quartal (4.-6. Monat, n=27) auftrat. Bei der Aufgliederung nach der Todesart stellte sich heraus, dass im 2. Quartal der Anteil der Männer mit „natürlicher Todesart“ überdurchschnittlich hoch war (n=12).

Die Zahl der „nicht natürlichen Todesfälle“ der Männer wies über das Jahr betrachtet nur geringe Schwankungen auf (1. Quartal: n=13, 2. Quartal: n=13, 4. Quartal: n=13; 3. Quartal: n=9).

Sterbefälle von Frauen kamen im 1. Quartal nicht vor, der einzige „natürliche“ Todesfall ereignete sich hier im 4. Quartal.

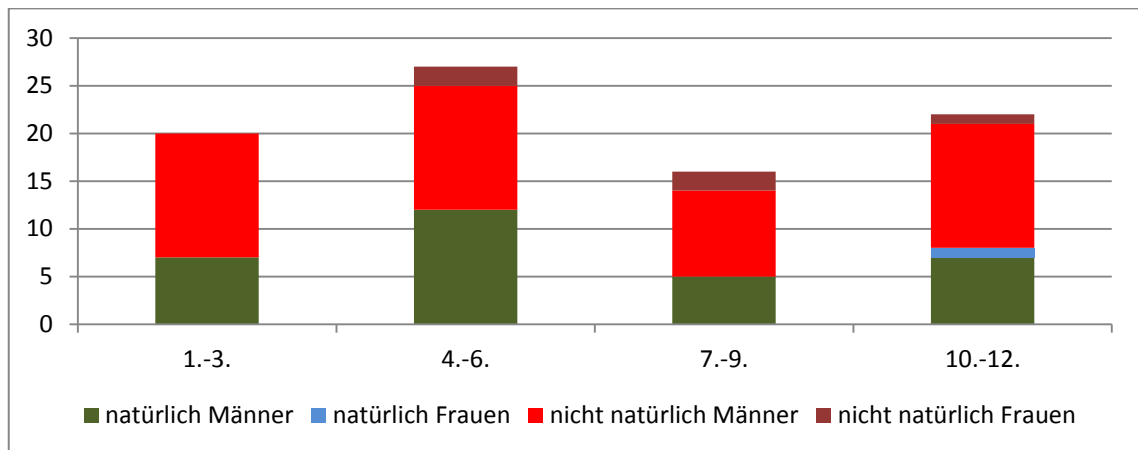


Abbildung 4 Jahreszeitliche Verteilung nach Monaten, Geschlecht und Todesart

Da Unterschiede zwischen den Anstalten bezüglich des Nachteinschlusses bestanden, wurde in dieser Arbeit das Intervall „Nacht“ zwischen 22 und 6 Uhr festgelegt. Über Nacht verstarben 36 Männer („natürliche Todesart“: n=10; „nicht natürliche Todesart“: n=26, davon Suizid: n=22) und 4 Frauen („natürliche Todesart“: n=1; nicht „natürliche Todesart“: n=3, davon Suizid: n=3). Die restlichen 42 einzubeziehenden Todesfälle verteilten sich auf die sogenannte „Tageszeit“ zwischen 6 und 22 Uhr (♀: „nicht natürliche Todesart“: n=2; Suizid durch Erhängen: n=2; ♂: „nicht natürliche Todesart“: n=21, davon: Suizid: n=17; „natürliche Todesart“: n=19). Eine besondere **tageszeitliche Korrelation**, insbesondere der Suizide, lässt sich trotz der leichten Betonung eines nächtlichen Auftretens somit nicht belegen. Wichtiger als die Frage einer tageszeitlichen Verteilung der Todesfälle erschien es, festzustellen wie lange sich Häftlinge zum Todeszeitpunkt ohne Aufsicht bzw. alleine in einem Haftraum befunden hatten. Daher wurde das **Zeitintervall zwischen letztmaligem Kontakt zu Lebzeiten und der Auffindung des Verstorbenen** bestimmt. Dies war nur in 3 Todesfällen nicht möglich (♂: „natürliche Todesart“: n=2; „nicht natürliche Todesart“: n=1, davon Suizid durch Erhängen: n=1).

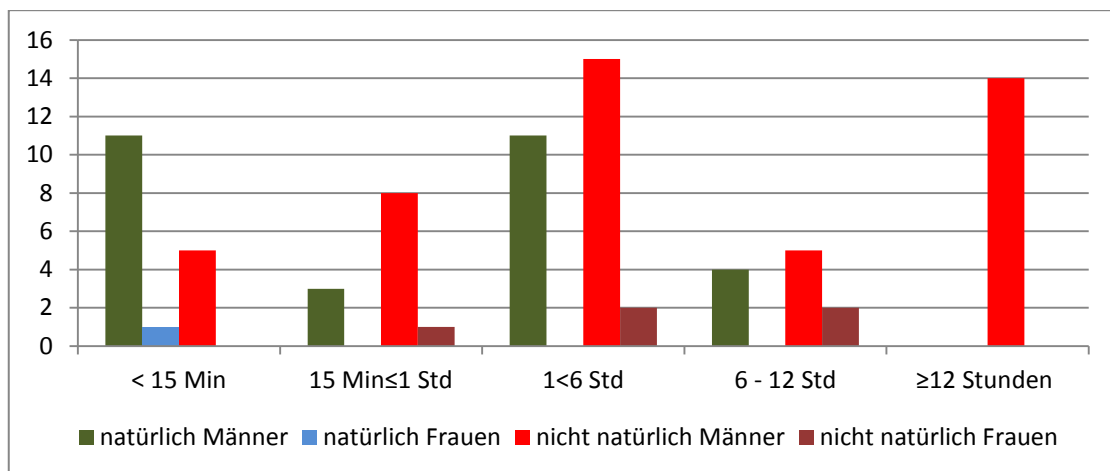


Abbildung 5 letztmaliger Kontakt und Auffindung nach Geschlecht und Todesart

Wie in Abbildung 5 ersichtlich wurden die „nicht natürlichen Todesfällen“ der Männer gehäuft in einem Zeitraum von 1 bis 6 Stunden oder nach 12 Stunden und mehr bemerkt.

Auffällig war, dass kurz nach letztem Kontakt mit dem Insassen (<15 Minuten) deutlich mehr „natürliche Todesfälle“ (n = 12) als „nicht natürliche Todesfälle“ (n=5) festgestellt wurden. Ab einem Zeitintervall von mehr als 15 Minuten dominieren die „nicht natürlichen Todesfälle“ deutlich.

4.3.3 Verteilung in den Anstalten und nach Art der Unterbringung

Im Untersuchungszeitraum hat sich die Struktur des Justizvollzuges in Sachsen-Anhalt erheblich geändert. So existierten zwischen 1992 und 2015 einschließlich Maßregelvollzug und Forensischer Psychiatrie insgesamt 13 verschiedene Standorte. Im Rahmen der Strukturreformen kam es zu unterschiedlichen Zuordnungen der Anstalten und auch zu Schließungen. Die Einordnung erfolgt hier nach der örtlichen Lage der Anstalten unabhängig von der jeweils gültigen internen Verwaltungsstruktur. In der nachfolgenden Tabelle 3 sind alle untersuchten Anstalten nach den Jahren der Existenz und der Anzahl der Fälle unabhängig von der Todesart zusammengefasst.

Hervorzuheben ist, dass Häftlinge aus Sachsen-Anhalt mit einem Strafmaß von mindestens 3 Jahren und 6 Monaten seit dem Jahr 2009 in der JVA Burg (B) untergebracht werden (Justiz Online - Land Sachsen-Anhalt und Ministerium für Justiz und Gleichstellung des Landes Sachsen-Anhalt 2016).

Die meisten Todesfälle der Kategorie „**nicht natürliche Todesart**“ von männlichen Inhaftierten fanden sich mit 13 Fällen in der JVA Halle – Am Kirchtor (HAL1; davon Suizid: n=12). In der JVA Naumburg (N), JVA Magdeburg (MD) und JVA Halberstadt (H) verstarben je 6 Männer (JVA N: Erhängen: n=5, Tötungsdelikt: n=1; JVA MD: Erhängen: n=6; JVA H: Erhängen: n=5, Intoxikation ohne Abschiedsnachricht: n=1). In der JVA Volkstedt (V) sowie in der JVA Dessau (D) kam es zu je 4 Fällen (JVA V: Erhängen: n=2, Behandlungsfehler: n=2; JVA D: Erhängen: n=3, Intoxikation: n=1). 3 Fälle fanden sich in der JVA Halle – Wilhelm-Busch-Straße (HAL3; Erhängen: n=3). Je 2 Fälle fanden sich in der JVA Burg (B) und der JVA Halle-Am Hansering (HAL2) (JVA B: Intoxikation ohne Abschiedsnachricht: n=2; JVA HAL2: Erhängen: n=2). Je ein Todesfall ereignete sich in der JVA Rassnitz (R) und in der Forensischen Psychiatrie Bernburg (U/FP B) (JVA R: Erhängen: n=1; FP B: Intoxikation ohne Abschiedsnachricht: n=1).

Mit 6 Fällen fand sich der Großteil der „**natürlichen Todesfälle**“ von Männern in der JVA Naumburg. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass hier zeitweilig Häftlinge mit langen Haftstrafen untergebracht waren und bis 2012 auch das einzige Haftkrankenhaus hier angeschlossen war. In der JVA Halle – Am Kirchtor und in der JVA Dessau verstarben je 5 Männer mit „natürlicher Todesart“ und in der JVA Burg und JVA Stendal (S) je 4 Männer. In der JVA Magdeburg und

JVA Halberstadt fanden sich je 2 Todesereignisse. In der JVA Halle- Wilhelm- Busch-Straße, der JVA Eisleben (E) und im Maßregelvollzug Uchtspringe (U/FP B) ereignete sich je ein Todesfall.

Tabelle 3 - Haftanstalten nach Existenz, Anzahl der Todesfälle –Speziell Suizide

JVA	Anzahl der Fälle nach Geschlecht und Todesart	davon Suizide mit Haftart
Maßregelvollzug und Forensische Psychiatrie (U/FP B),	n=3 ♂ n=2: nnT: n=1; nT: n=1; ♀ n=1: nnT	♀: Erhängen in Strafhaft: n=1
JVA Burg (B), seit 2009	n=6 ♂ n=6: nnT: n=2; nT: n=4	
JVA Dessau (D), bis 2015	n=9 ♂ n=9: nnT: n=4; nT: n=5	Intoxikation in Strafhaft: n=1, Erhängen in Strafhaft: n=1, Erhängen in U-Haft: n=2
JVA Eisleben (E), bis 2009	n=2 ♀ n=1: nnT; ♂ n= 1: nT	♀: Erhängen in U-Haft: n=1
JVA Halberstadt (H), bis 2009	n=8 ♂: n=8: nnT: n=6, nT: n=2	Erhängen in U-Haft: n=5
JVA Halle – Am Kirchtor (HAL1)	n=22 ♂ n=18: nnT: n=13, nT: n=5; ♀ n=4: nnT: n=3, nT: n=1	♂ n=12, davon Erhängen in U-Haft: n=8, Erhängen in Strafhaft: n=2, scharfe Gewalt in U-Haft: n=1, Intoxikation in U-Haft: n=1; ♀ n=3, davon Erhängen in Strafhaft: n=2, scharfe Gewalt in Strafhaft: n=1
JVA Halle – Am Hansering (HAL2)	n=2 ♂ n=2: nnT	Erhängen in U-Haft: n=2
JVA Halle – W.-Busch-Str. (HAL3)	n=4 ♂ n=4: nnT: n=3, nT: n=1	Erhängen in Strafhaft: n=2, Erhängen in U-Haft: n=1
JVA Magdeburg (MD), bis 2013	n=8 ♂ n=8: nnT: n=6, nT: n=2	Erhängen in U-Haft: n=5, Erhängen unbekannte Haftart: n=1
JVA Naumburg (N), bis 2012	n=12 ♂ n=12: nnT: n=6, nT: n=6	Erhängen in U-Haft: n=3, Erhängen in Strafhaft: n=2
JVA Raßnitz (R), seit 2002	n=1 ♂ n=1: nnT	Erhängen in Strafhaft: n=1
JVA Stendal (S), bis 2009	n=4 ♂ n=4: nT	
JVA Volkstedt (V)	n=4 ♂ n=4: nnT	Erhängen in Strafhaft: n=2

Für die Todesfälle von allen weiblichen Inhaftierten ist darauf hinzuweisen, dass seit 2009 die Unterbringung von weiblichen Häftlingen des Bundeslandes Sachsen-Anhalt in der JVA Halle-Am Kirchtor oder in einem anderen Bundesland (Kooperationsverträge mit Sachsen, Thüringen und Brandenburg) erfolgt (Justiz Online - Land Sachsen-Anhalt 2016).

In Folge eines „**nicht natürlichen Todes**“ kamen 3 Frauen in der JVA Halle – Am Kirchtor (Erhängen: n=2, scharfe Gewalt: n=1), eine Frau im Maßregelvollzug Uchtsprünge (Erhängen: n=1), sowie eine Untersuchungsinhaftierte der JVA Eisleben zu Tode (Erhängen: n=1). Die weibliche Inhaftierte mit „**natürlicher Todesart**“ verstarb ebenfalls in der JVA Halle – Am Kirchtor.

Bezüglich der Unterbringung in den Hafträumen ergab sich folgende Verteilung:

In je 14 Fällen (16,5%) waren die verstorbenen Männer der Kategorie „natürliche Todesart“ in Einzel- und in Gemeinschaftshafträumen arretiert. Bei 3 Männern war die genaue Unterbringungsform nicht bekannt. Unter den Einzelhafträumen fanden sich auch spezielle Formen wie eine Unterbringung in einem „bgH“. Die eine „natürlich“ verstorbene Frau befand sich zum Todeszeitpunkt in einer Gemeinschaftszelle. „Nicht natürliche Todesfälle“ ereignete sich zum Großteil in Einzelzellen (♂: n=27; ♀: n=3). Insgesamt suizidierten sich hier 25 Männer und 3 Frauen, davon 25 durch Erhängen (♂: n=22; ♀: n=3). Bei 2 Männern war die genaue Unterbringung nicht ersichtlich. Die restlichen 19 Männer (22,2%) und 2 Frauen (2,4%) befanden sich zum Todeszeitpunkt in Gemeinschaftszellen, wobei es sich bei dem genauen Sterbeort siebenmal um die an den Haftraum angeschlossene sogenannte Nasszelle handelte (♂: Suizid durch Erhängen: n=5, Tötungsdelikt: n=1; ♀: Suizid durch scharfe Gewalt: n=1).

Als besondere Sterbeorte (außerhalb der „normalen“ Hafträume) sind hervorzuheben:

5 Männer mit einer „nicht natürlichen Todesart“. Hierunter einer in einem „bgH“ untergebrachter Mann, welcher sich durch Anwendung von scharfer Gewalt selbst tötete (S-04-272 JVA HAL1). Zwei Männer erhängten sich im Haftkrankenhaus (S-92-422 JVA N, S-05-056 JVA N) und ein Mann im Tischtennisraum (S-94-210 JVA V) sowie ein weiterer Häftling in den Kellerräumen des Küchentraktes der JVA (S-09-089 JVA N).

Von den „natürlich“ verstorbenen Männern hielt sich einer zum Todeszeitraum in einem Arbeitstherapieraum auf (S-00-157 JVA E). 5 verstarben in einem externen Krankenhaus, 5 in den Räumen des medizinischen Dienstes der jeweiligen Anstalt und 3 in einem bgH bzw. Kriseninterventionsraum oder in einem anderen visuell und/oder akustisch überwachten Haftraum (S-13-344-MD JVA B, S-14-299-MD U, S-99-147-MD JVA S).

4.3.4 Haftzeit bis zum Todeseintritt

In 72 Fällen (84,7%) war es möglich den Zeitraum zwischen Haftbeginn und Todeseintritt zu bestimmen (s. Abb. 6). Bei 13 Männern konnten keine Aussagen bezüglich dieses Zeitraumes aus den vorliegenden Akten entnommen werden („nicht natürliche Todesart“ durch Suizid: n=7; „natürliche Todesart“: n=6). Es verstarben 2 Männer schon am Tag der Inhaftierung auf „nicht natürliche Todesart“ durch Suizid (Erhängen am Inhaftierungstag in U-Haft; S-98-311-MD 30 Jahre; S-97-202-MD 36 Jahre). Am Folgetag verstarben 5 Personen, die wie folgt einzugruppieren sind: 4 Männer („natürliche Todesart“: n=2, „nicht natürliche Todesart“: n=2) und eine Frau

(„natürliche Todesart“: n=1). Zwei Tage nach der Inhaftierung kamen weitere 3 Personen zu Tode (♂: „natürliche Todesart“: n=1; „nicht natürliche Todesart“: n=1; ♀: „nicht natürliche Todesart“: n=1). Im Zeitraum zwischen dem dritten Hafttag bis einschließlich des 14. Hafttages wurden weitere 11 Todesfälle von inhaftierten Männern ermittelt („natürliche Todesart“: n=7; „nicht natürliche Todesart“: n=4). Nach dem 14. Hafttag bis zur Vollendung der ersten 3 Haftmonate verstarben 19 Männer, hierunter 17 durch „nicht natürliche Todesart“ (Suizid: n=15) und 2 als „natürliche Todesart“. Zwischen dem 3. Monat und der Vollendung des ersten Haftjahres sind 17 Tode zu verzeichnen. Davon 10 Männer auf „nicht natürliche Todesart“ (Suizid: n=7; Intoxikation ohne Abschiedsnachricht in Strafhaft: n=2; Behandlungsfehler in Strafhaft: n=1), 5 Männer auf „natürlich Todesart“ und 2 Frauen auf „nicht natürliche Todesart“ durch Suizid (Erhängen in Strafhaft: n=2).

Nach einer Haftzeit von mehr als einem Jahr fanden 15 Häftlinge den Tod: 13 Männer („natürliche Todesart“: n=8; „nicht natürliche Todesart“: n= 5) und 2 Frauen („nicht natürliche Todesart“ durch Suizid: n=2).

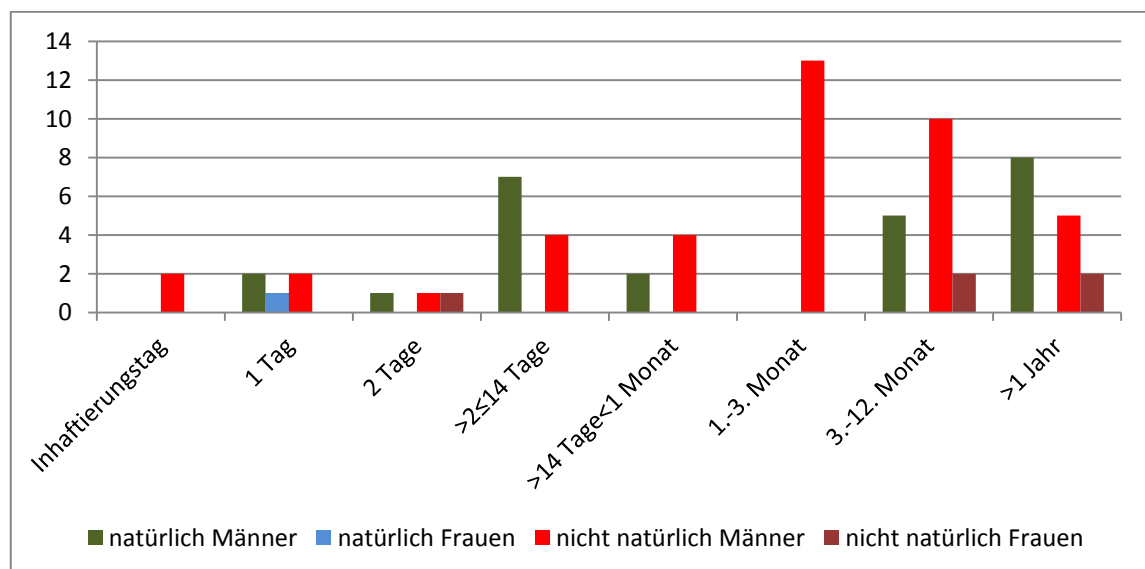


Abbildung 6 Haftzeit bis zum Todeseintritt nach Geschlecht und Todesart

4.3.5 Strafmaß

Um zu prüfen, ob das verhängte Strafmaß bzw. die vorgesehene Haftdauer in Beziehung zu den Todesfällen und insbesondere zu den Suiziden steht, erfolgte eine diesbezügliche Betrachtung. Nicht einbezogen wurde begründeter Weise die Gruppe der Häftlinge aus der U-Haft (n=36; ♂: „natürliche Todesart“: n=6; „nicht natürliche Todesart“: n=29; ♀: „nicht natürliche Todesart“: n=1), da hier eine Hauptverhandlung nicht beendet war und somit kein Strafmaß richterlich verkündet war. Ebenfalls nicht berücksichtigt wurden 5 Fälle, in denen die Haftart zum Todeszeitpunkt nicht eruiert werden konnte (♂: „natürliche Todesart“: n=4; „nicht natürliche Todesart“: n=1). Von den verbleibenden 44 Todesfällen in Strafhaft, waren zusätzlich bei 16 Fällen die Strafmaße nicht bekannt (♂: „natürliche Todesart“: n=9; „nicht natürliche Todesart“: n=6;

♀: „nicht natürliche Todesart“: n=1). Somit bleiben zur näheren Betrachtung bezüglich des Gesamtstrafmaßes lediglich 28 Fälle (n_G=28).

Von 12 Männern und einer Frau mit „natürlicher Todesart“ war das Strafmaß bekannt (46,4%G), dabei waren 3 Männer und eine Frau zu Haftstrafen von weniger als 12 Monaten verurteilt. 7 Männer wiesen bis zu 5-jährige Strafmaße auf, ein Mann ein Strafmaß zwischen 5 und 15 Jahren. Ein Mann war auf Grund einer lebenslangen Freiheitsstrafe inhaftiert.

Bei den restlichen 12 Männern und drei Frauen mit bekanntem Strafmaß lag eine „nicht natürliche Todesart“ vor (53,6%G). Davon war bei 4 Männern und einer Frau eine Strafe von weniger als 12 Monaten verhängt. Hierunter beendeten 3 Männer und 1 Frau durch Suizid ihr Leben. Bei 6 Männern betrug das Strafmaß zwischen einem und 5 Jahren, darunter 2 Männer mit Suizid.

Eine Strafe von 5 bis 15 Jahren wiesen 2 Männer und eine Frau auf, alle beendeten ihr Leben im Rahmen von suizidalen Handlungen. Eine Frau war zu einer lebenslangen Freiheitsstrafe verurteilt worden, auch sie verstarb durch Suizid.

4.3.6 Delikt

Bei der Einteilung der Delikte wurde den Angaben des Statistischen Bundesamtes gefolgt (StBA Destatis 2015b). Hier findet eine Unterteilung in verschiedene Delikt-Formen statt, wie Delikte gegen die StVO, Eigentumsdelikte (Raub, Diebstahl, Delikte gegen das Eigentum), Körperverletzung und Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtmG) und in die Gruppe der sonstigen Straftaten. In letzterer wurden Delikte zusammengefasst, die teilweise auch von den Verstorbenen begangen worden waren: Mord und Totschlag (n=14), versuchter Totschlag, sexueller Missbrauch (n=7), Freiheitsberaubung (n=4) und Verstöße gegen die Abgabeordnungen (n=1). Bei Vorliegen mehrerer Delikte wurde der Fall der jeweils vordergründigen Art zugeordnet.

Von den insgesamt 6 Todesfällen bei Frauen, lagen bei 4 der „nicht natürlich“ verstorbenen Frauen sonstige Straftaten, wie Mord (n=2) und Freiheitsberaubung (n=2) vor. Die weitere „nicht natürlich“ verstorbene Frau war auf Grund von Diebstahl inhaftiert. Diese 5 Frauen verstarben alle durch suizidale Handlungen. Die eine „natürlich“ verstorbene Frau war ebenfalls wegen eines Diebstahl-Deliktens zu einer Ersatzfreiheitsstrafe verurteilt.

Von den 79 ermittelten Todesfällen bei Männern fanden sich in der Kategorie „nicht natürliche Todesart“ 42 Männer mit bekanntem Delikt, von denen 36 Männer einen Suizid verübten: hiervon 3 Häftlinge mit Straßenverkehrsdelikten (Erhängen: n=2). Bei 11 lagen Diebstahl-Delikte vor (Erhängen: n=9). 3 Häftlinge befanden sich wegen Körperverletzungen in Haft (Erhängen: n=2). Bei 4 Männern bestanden Verstöße gegen das BtmG (Erhängen: n=3, Intoxikation: n=1). Die größte Gruppe machten mit sonstigen Straftaten 21 Fälle aus. Hierunter fanden sich allein 9 Inhaftierte mit Mord- und Totschlag-Delikten (Erhängen: n=9), sowie 7 Männer mit sexuellen Missbrauchsstraftaten (Erhängen: n=5; scharfe Gewalt: n=1).

Die „natürlich“ verstorbenen Männer (n=18) waren in 3 Fällen wegen Diebstahles und in einem

Fall wegen Betruges inhaftiert. Andere Straftaten gegen das Vermögen fanden sich bei weiteren 3 Männern. 5 Häftlinge waren wegen Körperverletzungen in Haft, ein Mann wegen Verstoßes gegen das BtmG, ein Mann wegen Verstoß gegen die StVO und die restlichen wegen sonstiger Straftaten (u.a. Mord: n=2).

Bei 13 „natürlich“ und 6 „nicht natürlich“ verstorbenen Männern konnte trotz intensiver Nachforschungen, das der tödlich endenden Haft zugrundeliegende Delikt nicht eruiert werden (n=19).

4.4 Vorerkrankungen

Trotz der nicht möglichen Einsicht in die vollständigen „Gesundheitsakten“ der Inhaftierten konnten insgesamt bei 60 Verstorbenen Informationen bezüglich bestehender Vorerkrankungen eruiert werden. In der Gruppe der „natürlich“ Verstorbenen waren bei 25 Männern und der einen Frau Vorerkrankungen bekannt (n=26). Unter den „nicht natürlich“ verstorbenen Häftlingen wiesen 30 männliche und 4 weibliche Inhaftierte Vorerkrankungen auf (n=34).

4.4.1 Somatische Vorerkrankungen

Bei der Möglichkeit der Ko- bzw. Multimorbidität waren unter den Häftlingen mit einer „**natürlichen Todesart**“ bei 20 Männern somatische Erkrankungen bekannt (nG=20). So lag bei 11 der einzubeziehenden Männer (55%G) eine kardiovaskuläre Erkrankung vor (z.B. arterielle Hypertonie, Zustand nach Myokardinfarkt). 5 der Männer wiesen ein Asthma bronchiale und ein Mann eine Stoffwechselerkrankung (S-03-021 Hypercholesterinämie) auf. Eine Infektionserkrankung war bei einem Mann bekannt (S-14-299-MD Hepatitis B). 4 der Männer wiesen Operationen in der Krankengeschichte auf (alle nicht relevant für die Todesursachen) und ein Mann litt an einer Epilepsie (S-14-299-MD).

Bei den „**nicht natürlich**“ Verstorbenen waren bei 16 Männern relevante Vorerkrankungen eruiert (nG=16). So konnten unter anderem bei 4 Männern kardiovaskuläre Läsionen, wie arterielle Hypertonie und Folgeerkrankungen (25%G; z.B. chronisch-ischämische Herzkrankheit einschließlich Stent-Implantation, Linksherzinsuffizienz, Koronare Herzkrankheit) festgestellt werden. Ein Mann hatte ein Asthma bronchiale (S-94-003-MD). Ein Mann wies eine Stoffwechselerkrankung (S-14-093-MD Diabetes mellitus) und ein Mann eine Infektionserkrankung (S-95-269 HIV-Infektion) auf. Zwei weitere Männer litten an einer Epilepsie (S-05-248, S-15-058). 11 Männer waren auf Grund unterschiedlichster Problematiken vor ihrer Inhaftierung bzw. während ihrer Haftzeit operativ versorgt worden.

In der Gruppe der kardiovaskulären Läsionen fällt eine deutliche Differenz zwischen den Häftlingen, deren Erkrankungen bekannt waren, und den Häftlingen auf, bei denen sich kardiovaskuläre Todesursachen als Sektionsdiagnosen fanden, d.h. die kardiovaskulären Todesursachen stellten die Mehrzahl dar.

4.4.2 Psychische Beschwerden und psychiatrische Vorerkrankungen

Bei auch hier bestehender Möglichkeit der Ko- und Multimorbidität waren bei 15 Männern und einer Frau mit einer „**natürlichen Todesart**“ psychische Beschwerden und/oder psychiatrische Erkrankungen bekannt (nG=16). In dieser Gruppe lag bei 11 Männern und einer Frau eine Alkoholabhängigkeit (S-01-474) zu Grunde (75%G) und bei zwei Männern ein Drogen- bzw. Medikamenten-Missbrauch (12,5%G; S-14-166-MD, S-15-095-MD). Zusätzlich war hier der Suizidversuch eines Mannes als relevant im Rahmen psychiatrischer Vorerkrankungen zu werten (S-94-349) und bei 2 Männern lagen jeweils andere psychische und/oder psychiatrische Vorerkrankungen vor (S-15-095-MD Depression, S-14-299-MD schizoaffektive Störung).

Bei den Häftlingen mit „**nicht natürlicher Todesart**“ waren bei 22 Männern und 4 Frauen psychischen Beschwerden und/oder psychiatrischen Erkrankungen (nG=26) erkennbar. So wiesen 6 Männer und 2 Frauen (S-99-172, S-99-261) einen Drogen- bzw. Medikamenten-Abusus auf (30,7%G; Erhängen: ♂: n=5, ♀: n=2). 7 Männer litten an einer Alkohol-Abhängigkeit (26,9%G; Intoxikation: n=2; Erhängen: n=3). Ein Mann wies eine Kombination dieser Abhängigkeitserkrankungen auf (s. Kasuistik S-00-419). Bei 7 Männern und einer Frau (S-05-183) waren Suizidversuche im Rahmen psychiatrischer Vorerkrankungen als relevant zu werten (30,7%G; Intoxikation: ♂: n=1; Erhängen: ♂: n=5; scharfe Gewalt: ♀: n=1) und bei 8 Männern und zwei Frauen (S-99-261, S-15-334-MD) waren weitere psychische und/oder psychiatrische Vorerkrankungen wie Depressionen oder schizoaffektive Störungen zu eruieren (38,5%G; Intoxikation: ♂: n=1; Erhängen: ♂: n=6, ♀: n=2). 2 Männer zeigten selbstverletzende Verhaltensweisen (S-98-127, S-98-413). Ein Mann war auf Grund seiner Abhängigkeitserkrankung Mitglied in einer Selbsthilfegruppe (S-00-110).

Obwohl vermutet werden könnte, dass bei weiteren Fällen psychische Beschwerden und/oder psychiatrische Erkrankungen vorliegen, sind bei der Aktenlage keine weiteren Aussagen möglich.

4.4.3 Konsultation des Medizinischen Dienstes in den letzten 30 Lebenstagen

Bei 53 Verstorbenen konnte aus den vorliegenden Akten eine Konsultation beim Medizinischen Dienst innerhalb der letzten 30 Lebenstage ermittelt werden (nG=53).

23 der 31 „**natürlich**“ verstorbenen Männer wurden in den letzten 30 Lebenstagen aus unterschiedlichsten Gründen teilweise überschneidend vom Medizinischen Dienst betreut (43,4%G). In 5 Fällen geschah dies in Form einer Entzugstherapie. Bei 9 Männern wurde eine Notfallbehandlung notwendig, wobei eine genaue Spezifizierung an Hand des vorliegenden Datenmaterials nicht möglich war. 9 Häftlinge erhielten eine anderweitige medizinische Dauertherapie und lediglich ein Mann befand sich nach einem vorangegangenen Suizidversuch in medizinischer Betreuung (S-94-349).

Von den 53 „**nicht natürlich**“ verstorbenen Häftlingen wurden 26 Männer und 4 Frauen innerhalb der letzten 30 Lebenstage medizinisch behandelt (56,6%G; Suizid: ♂: n=21, ♀: n=4), da-

von 10 Männer (Suizid: n=8, davon Intoxikation: n=2, Erhängen: n=6; Intoxikation ohne Abschiedsnachricht: n=2) und 2 Frauen (Erhängen: n=2, S-99-172, S-99-261) im Rahmen einer Entzugstherapie. Weiterhin wurde bei 5 männlichen Häftlingen eine Notfallbehandlung erforderlich (Erhängen: n=3; Behandlungsfehler: n=2) und 11 Männer und 1 Frau befanden sich in Dauertherapie unterschiedlichster Art (♂: Suizid: n=10, davon Erhängen: n=9, scharfe Gewalt: n=1; Intoxikation ohne Abschiedsnachricht: n=1; ♀: Erhängen: n=1). Eine Frau wurden nach einem Suizidversuch betreut (S-05-183, s. Kasuistik).

4.5 „nicht natürliche“ Todesfälle (spezielle Darstellung)

Die „nicht natürlichen“ Todesfälle wurden in folgende Gruppierungen zusammengefasst:

- gesicherter Suizid (Erhängen n=41, suizidale scharfe Gewalt n=2, suizidale Intoxikation n=2),
- Tötungsdelikt bei Verbluten (n=1),
- Intoxikationen ohne Abschiedsnachricht (n=5) und
- Medizinischer Behandlungsfehler (n=2).

4.5.1 „nicht natürliche“ Todesursachen

Bei den als „nicht natürlich“ kodierten Todesfällen von 48 Männern und 5 Frauen (n=53) lagen bei 40 Männern und 5 Frauen suizidale Handlungen vor. Somit verstarben in dieser Gruppe sämtliche Frauen und 83,3% der Männer durch Suizid. Die Strangulation stellte sich als Hauptmethode dar, wobei 37 Männer und 4 Frauen diese Methode nutzten. Die Altersverteilung zeigt dabei eine Häufung in der Gruppe „20 bis 24 Jahre“ (♂: U-Haft: n=6, Strafhaft: n=1, unbekanntes Haftart: n=1; ♀: Strafhaft: n=1) sowie eine zweite Häufung zwischen „30 und 44 Jahren“, wobei 8 Männer in die Gruppe „30 bis 34“ (U-Haft: n=7, Strafhaft: n=1) und wiederum 8 Männer in die Gruppe „40 bis 44 Jahre“ (U-Haft: n=4, Strafhaft: n=4) einzugliedern sind. Bei den weiblichen Erhängungsopfern fanden sich 2 in der Altersgruppe „15 bis 19 Jahre“ (U-Haft: n=1, Maßregelvollzug: n=1) und zusätzlich je eine Frau in Strafhaft der Gruppe „20 bis 24 Jahre“ und „55 bis 59 Jahre“.

Ein Mann (S-04-272, U-Haft) und eine Frau (S-05-183, Strafhaft, s. Kasuistik) verbluteten je durch die Anwendung von scharfer Gewalt. Weiterhin wurde bei 2 Männern eine Intoxikation bei Vorliegen eines entsprechenden Abschiedsbriefes als Suizid gewertet (S-95-244, Promethazin, Strafhaft; S-98-449, Distraneurin®, U-Haft).

Im Übrigen lag bei den restlichen 8 männlichen Verstorbenen in einem Fall ein Verbluten im Rahmen eines Tötungsdeliktes vor (S-97-455, s. Kasuistik) und bei 5 Männern eine Intoxikation, wobei eine willentliche Intoxikation auch bei der hier einbezogenen Insulin-Überdosierung vermutet werden konnte. Jedoch fand sich in all diesen Fällen keine Abschiedsnachricht als sicherer Nachweis einer Selbsttötung. Daher wurden diese Fälle in der hier vorliegenden Arbeit primär nicht als Suizid gewertet. Bei zwei Männern erfolgte auf Grund von Behandlungsfehlern

die Zuordnung dieser Fälle zu der Gruppe der „nicht natürlichen Todesart“ (S-09-289; S-12-297, s. Kasuistik).

4.5.2 Wechsel der Suizid-Methoden bzw. komplexer Suizid

Bei 2 Männern mit todesursächlichem Erhängen fand sich ebenso eine zeitnahe, unmittelbar vorrangegangene jedoch nicht tödliche Anwendung von scharfer Gewalt (S-94-074, S-94-003). Im Fall der Promethazin-Intoxikation ergaben sich ebenfalls Hinweise auf eine vorherige bzw. parallele Anwendung von scharfer Gewalt (S-95-244).

Hier erhebt sich die Frage, ob in diesen Fällen, jeweils ein Methoden-Wechsel vorlag oder ob eine Bewertung als komplexe Suizide zu erfolgen hat.

4.5.3 Suizid-Werkzeuge

Bei den 41 todesursächlichen Fällen eines Erhängens wurden in der Mehrzahl Bettwäsche (♂: n=6; ♀: n=1), Gürtel, Schnürsenkel, Socken und andere Bekleidungsstücke aber auch Handtücher und Elektrokabel (s. Kasuistik) als Suizid-Werkzeuge verwendet. Fixierungspunkte bildeten zumeist Heizungs- bzw. Wasserleitungsrohre (♂: n=14), ebenso wie die Fenstervergitterung (♂: n=13; ♀: n=3). Außerdem wurden Bettgestelle oder Schrankcharniere zur Befestigung des Strangulationswerkzeuges verwendet.

Für die Anwendung der scharfen Gewalt zum suizidalen Zweck benutzten das männliche Opfer eine Rasierklinge (S-04-272) und das weibliche Opfer den Deckel einer Konservendose (s. Kasuistik). Der weitere Intoxikationstote war durch eine Anwendung von Clomethiazol (Dis-traneurin®) zu begründen (S-98-449).

4.5.4 Dokumentation einer möglichen Suizidprävention

Als Suizidprävention wurden Sicherungsmaßnahmen, wie eine Unterbringung im „besonders geschützten Haftraum“, in Gemeinschaftszellen oder die Anwendung von Sichtkontrollen durchgeführt. Da nur die staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsakten zur Analyse zur Verfügung standen und hier eventuell angewendete Suizidpräventionsmethoden nicht standardisiert erfasst wurden, kann nur bedingt von einer Vollständigkeit der Angaben ausgegangen werden.

So war die Anwendung entsprechender Maßnahmen bis zum Todeszeitpunkt bei 9 der männlichen (Suizid: Erhängen: n=7, Intoxikation: n=1, scharfe Gewalt: n=1) und einem weiblichen Todesopfer (S-05-183, Suizid mittels scharfer Gewalt, s. Kasuistik) ermittelbar. Bei zwei Männern war die zeitweilige Anwendung solcher Maßnahmen in der Vergangenheit bekannt (S-15-058 Erhängen, S-15-084 Erhängen).

Bei zwei Männern und einer Frau konnten die empfohlenen Sicherungsmaßnahmen aus organisatorischen Gründen nicht umgesetzt werden:

- Verabreichung der Medikamente in Tropfenform um ein Ansparen zu verhindern (S-09-260-MD, Intoxikation ohne Abschiedsnachricht),
- Vorenthalten von selbstgefährdenden Gegenständen (S-94-210, Erhängen) und

- Unterbringung in einem Gemeinschaftshafttraum (S-99-261, Erhängen).

4.5.5 Suizidalität unter besonderer Berücksichtigung vorangegangener Suizid-Prodromi

Von den 45 Suizidenten (♂: n=40, ♀: n=5) konnte nur in einem Teil der Fälle Hinweise auf eine mögliche vorherig bekannte bzw. vorliegende Suizidalität festgestellt werden.

Aus den Akten mit verwertbaren Angaben hierzu ergaben sich zeitnahe Suizid-Androhungen bzw. gewisse Hinweise auf Prodromi bei ex post Betrachtung bei 13 Männern und einer Frau.

Als Androhungen bzw. Prodromi wurden hier unmittelbar geäußerte suizidale Absichten und/oder Anwendungen von Suizidpräventionsmethoden gewertet (♂: Erhängen: n=11, Intoxikation: n=1, scharfe Gewalt: n=1; ♀: Erhängen: n=1).

Bei 12 Männern und 2 Frauen waren bereits aus der Vergangenheit Suizid-Versuche bekannt (♂: Erhängen: n=10, Intoxikation: n=1, scharfe Gewalt: n=1; ♀: Erhängen: n=1, scharfe Gewalt: n=1). Wann genau diese stattfanden, konnte nur in einem Fall festgestellt werden (s. Kasuistik).

Als sicher beweisend für das Vorliegen eines Suizides wurde neben der spezifischen Auffindsituation und den rechtsmedizinischen Befundmustern alleinig das Vorliegen einer Abschiedsnachricht gewertet. Dies trifft für 17 Männer und 3 Frauen zu, also beinahe die Hälfte der Suizidenten (n= 20). Ein wahrscheinlich auslösendes Ereignis wurde bei 22 männlichen und 3 weiblichen Suizidopfern bekannt. Hier sind zu nennen: u.a. gerichtliche Termine (♂: n=9, ♀: n=1), Inhaftierungen in unmittelbarer zeitlicher Nähe zum Suizidzeitpunkt (♂: n=5; ♀: n=1, vgl. Kapitel 4.3.4), geplante zeitnahe Abschiebungen (♂: n=2), familiäre Schwierigkeiten und Jahrestage (♂: n=5; ♀: n=1).

4.6 Kasuistik

Zur Verdeutlichung der Problematik werden nachfolgend exemplarisch Fälle dargestellt:

4.6.1 Strangulation

Fallreport AZ: 407 UJs 15450/00 - IRM Halle – S-00-110:

Bei Zellenöffnung am Morgen wurde der 36-jährige Untersuchungshäftling (Haftdauer bis Todeseintritt 3 Monate) leblos mit einem Antennenkabel um den Hals aufgefunden. Fixierungspunkt war die Fenstervergitterung. Todesfeststellung durch den Notarzt, Festlegung Todeszeitpunkt etwa 1.00 Uhr.

Obduktionsbefunde: Doppelte Strangmarke mit Zwischenkammlutungen zum Nacken ansteigend. Einzelne Petechien. Lagegerechte Totenfleckzeichnung.

Überblähung der vorderen Lungenrandpartien. Akute Rechtsherzdilatation. Blutfülle der Organe des großen Kreislaufes bei relativer Anämie der Milz. Düninflüssiges Leichenblut.

Todesursache: Erhängen

Rechtsmedizinische Bewertung: Strangulation. Keine Hinweise auf Fremdbeteiligung.

Verfahren: Todesursachenermittlungssache, dann Einstellung.

4.6.2 Natürlicher Tod (Herzversagen bei chronischer Herzinsuffizienz)

Fallreport AZ: 511 UJs 215772/05 - IRM Halle – S-05-323:

Der 44 Jahre alte Häftling wurde morgens beim Aufschluss leblos in seiner Zelle in der Krankenstation aufgefunden, wo er wegen einer „dekompensierten Herzinsuffizienz“ behandelt wurde. Der Einschluss erfolgte am Vorabend um 19.30 Uhr.

Obduktionsbefunde:

Herzwand-Aneurysma infolge Vernarbung mit 12 cm Durchmesser. Hochgradige Stenose der Arteria coronaria sinistra bei vorhandenem Stent. Akute Hyperämie und Ödem der Lungen und im großen Kreislauf.

Todesursache: Akutes linksbetontes Herzversagen bei chronischer Herzinsuffizienz mit linksventrikulärem Aneurysma.

Chemisch- toxikologische Untersuchungen: Keine Substanz-Beeinflussung.

Rechtsmedizinische Bewertung: Natürlicher Tod, keine Fremdeinwirkung.

Ermittlungsverfahren: Todesermittlungssache, dann Einstellung.

4.6.3 Intoxikation ohne Abschiedsnachricht

Fallreport AZ: 407 UJs 51220/00 - IRM Halle – S-00-419:

Ein 30-jähriger Mann, wurde bei Wiedereinschluss (allein seit 13.00 Uhr) seines Mitinsassen gegen 17.00 Uhr nachdem er bereits 11 Monate inhaftiert war, leblos im Bett mit Schaumpilz vor dem Mund gefunden (Delikt: Diebstahl und Delikt gegen StVO), nachdem er erst nach einer Entgiftungsbehandlung (Polytoxikomanie) haftfähig geworden war. Das Todesopfer erhielt Psychopharmaka, eine Suchttherapie war nicht geplant. Der Notarzt stellte 17.10 Uhr sichere Todeszeichen fest und diagnostizierte bei Verdacht auf Vergiftung eine „ungeklärte Todesart“. Bei der Durchsuchung der Zelle wurden ein Eimer mit aus Lebensmitteln selbst angesetztem alkoholischen „Brotwein“/ „Eigenbräu“ sowie verschiedene Medikamente ohne Etikett sichergestellt. Später wurde bekannt, dass in der JVA eine Flasche „Polamidon“/L-Methadon „abhanden“ gekommen sei. Ein Abschiedsbrief war nicht vorhanden.

Obduktionsbefunde:

Pathologisch-anatomische Hinweiszeichen auf eine Vergiftung (mit Hirnödem, Hyperämie der inneren Organe. Füllungszustand der Harnblase und des Magens).

Todesursache Sektion: Verdacht auf Vergiftung, somit Todesart: nicht aufgeklärt

Histologische Untersuchungen: Ausschluss eigenständiger Krankheitsbilder

Chemisch- toxikologische Untersuchungen:

Tabletten: Benfotiamin (Vit. B); Chlorprothixen (Truxal); Doxepin (Aponal),

Arzneiflasche: Polamidon, Wirkstoff: L-Methadon

Im Blut, im Magen, Darm, Leber und Urin: Nachweis von Methadon und Metaboliten in tödlicher Konzentration.

Rechtsmedizinische Bewertung: Tödliche Vergiftung durch die Einnahme von Methadon.

Ermittlungsverfahren gegen Mithäftling:

Wegen Verstoßes gegen das BtmG, Diebstahls und fahrlässiger Tötung wurde ein Ermittlungsverfahren gegen den Mithäftling, welcher das „Polamidon“ im Medizinischen Dienst entwendete hatte, eröffnet. Einstellung.

4.6.4 Suizid mittels scharfer Gewalt

Fallreport AZ: 161 UJs 20557/05 - IRM Halle – S-05-183:

Die 57 Jahre alt gewordene, verheiratete Frau war wegen des Mordes an ihrem „Geliebten“ zu einer lebenslangen Haftstrafe in der JVA untergebracht (Doppelzelle) und wurde morgens im Bad leblos vorgefunden. Der Notarzt konnte nur den Tod feststellen.

Auffindungssituation: Leiche in sitzender Position umgeben von „großen Blutmengen“, Bekleidung blutig. Im Waschbecken Blutkrusten und der blutige Deckel einer Konservendose.

Ermittlungen ergaben für den Vortag einen Kontakt mit dem „Noch-Ehemann“, der sich habe trennen wollen. Bereits 2 Monate zuvor erfolgte ein Suizidversuch mittels Tabletten bei schon damaligen Trennungsabsichten des Ehemannes. Nach erfolgter Therapie wurde das Todesopfer erst kurz vorher aus dem Haftkrankenhaus wieder in die Zelle verlegt. Dem Umfeld waren keine aktuellen Suizidgedanken bekannt. Abschiedsbrief wurde gefunden.

Obduktionsbefunde:

Pathomorphologische Zeichen des Verblutens bei teilweise tiefreichenden Schnittverletzungen am Hals, an den Unterarmen und Beinen mit Befundmuster Selbstbeibringung.

Todesursache: Verbluten aus zahlreichen Schnittverletzungen (u.a. Arteriae radiales)

Chemisch - toxikologische Untersuchungen: Keine aktuelle Beeinflussung

Rechtsmedizinische Bewertung:

Todesursache äußeres Verbluten infolge zahlreicher Schnittwunden am Hals, beiden Beinen und Unterarmen durch Selbstbeibringung. Die auffällige Schwere der Verletzungen spricht für eine erhebliche Entschlossenheit, der Konservendosendeckel als Werkzeug geeignet.

Ermittlungsverfahren: Eingestellt in Folge der bestätigten Selbsttötung.

4.6.5 Todesfall mit primärem Verdacht auf Behandlungsfehler

Fallreport AZ: 150 UJs 32741/12 - IRM Halle – S-12-297:

Durch Mitgefangene wurde das Personal der JVA benachrichtigt, dass es einem 47-jährigen Insassen „schlecht gehe“. Zunächst wurde nur ein Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes, erst nach erneutem Alarm der Notarzt verständigt, der den Patienten unter Reanimation ins Krankenhaus verbrachte. Dort wurde bei der Leichenschau als Todesursache ein Myokardinfarkt vermutet und dennoch eine „nicht natürliche Todesart“ bescheinigt.

Obduktionsbefunde:

Singuläres Artherombeet in der Arteria coronaria dextra mit Intimahämatom und Thrombus.

Pathomorphologische Zeichen eines akuten Linksherzversagens. Hypertonieherz.

Todesursache: Akuter Koronartod in Folge von Koronarthrombose

Chemisch - toxikologische Untersuchungen: Keine aktuelle Beeinflussung

Histologie:

Frisches Intimahämatom bei Arteriosklerose der Koronararterie. Narbenherz, aber auch mehrere Tage alte und ausgedehnte frische Nekroseareale.

Rechtsmedizinische Bewertung:

Auf Grund der Befunde war von einem mehrzeitigen Geschehen auszugehen. Neben der älteren Vorschädigung muss es wenige Tage vor dem todesursächlichen Ereignis bereits zu einer Intimarruptur über dem Artherombeet der Koronararterienwand mit Lichtungseinengung gekommen sein, in deren Folge es zur Bildung des als todesursächlich anzusehenden Thrombus kam.

Ermittlungsverfahren:

Zunächst als Todesermittlungssache mit Feststellung, dass Tage vor dem Todeseintritt der Medizinische Dienst wegen Brustschmerz und Leistungsinsuffizienz aufgesucht worden war. „Behandlung“ nur durch die Pflegekräfte unter der Verdachtsdiagnose „grippaler Infekt“. Klinisches Gutachten bestätigt, dass eine Stent-Implantation beim ersten Ereignis den Todeseintritt möglicherweise hätte verhindern können.

Ermittlungsverfahren gegen Pfleger wegen *fahrlässiger Tötung* eingeleitet.

4.6.6 Tötungsdelikt

Fallreport AZ: 100 Js 15944/97 - IRM Halle – S-97-455:

In der Nachtschicht wurden die Beamten alarmiert, dass ein Insasse einer 5-Personen Zelle im Bad „verunglückt“ sei. Nach Aufschluss wurde ein 28 Jahre alter Häftling leblos aus der Nasszelle geborgen und nach begonnener Reanimation ein Notarzt alarmiert. Die vier in der Zelle verbliebenen Insassen erhielten die Anweisung „die Schweinerei mal etwas weg zu machen“. Der Notarzt konnte bei sicheren Todeszeichen nur noch einen Totenschein mit der Todesursache „Verbluten“ und „nicht natürlicher Todesart“ ausstellen. Durch die anwesenden Mithäftlinge wurde vorgetragen, dass der Verstorbene einmal auf das Urinal bzw. dessen Scherben gestürzt sei.

Obduktionsbefunde:

Pathomorphologische Zeichen der akuten Blutarmut (Verbluten).

Scharfe Gewalteinwirkung gegen den Hals mit klaffender Stichlücke an der li. Halsseite mit vollständiger Durchtrennung des Gefäßnervenbündels. Stichkanaltiefe ca. 8 cm.

Zahlreiche Begleitverletzungen: im Gesicht, am linken Arm.

Folgen stumpfer Gewalteinwirkung: Wunde der Oberlippe, Blutung am linken Unterarm, Geringe Einblutung im Unterhautfettgewebe über dem linken Gesäß.

Todesursache: Verbluten nach scharfer Gewalteinwirkung gegen den Hals (Arteria carotis communis sinistra), einmaliger Sturz ungeeignet!

Chemisch - Toxikologische Untersuchungen: Blutalkoholkonzentration: 2,55 ‰; Urinalalkoholkonzentration: 3,30 ‰

Rechtsmedizinische Bewertung:

Multiple Einwirkungen scharfer Gewalt an verschiedenen Körperregionen und aus verschiedenen Richtungen. Porzellanscherben prinzipiell geeignet. Gesamtheit der Verletzungen durch einmaliges Sturzgeschehen – auch bei 2,55 ‰ keinesfalls zu erklären!

Ermittlungsverfahren gegen einen Häftling (Insasse der Gemeinschaftszelle):

Eine juristische Aufarbeitung gestaltete sich außerordentlich schwierig, da primär eine Klassifikation der Ereignisse als Unglücksfall erfolgte und Spuren vernichtet wurden.

Zunächst die Anklage wegen fahrlässiger Körperverletzung (Stoßen und Sturz vor Urinal).

Nach Einlassungen vor dem Amtsgericht und aufwendigen Rekonstruktionen erfolgte Verweisung an das Landgericht, da ein Tötungsdelikt vorlag.

5 Diskussion

In dieser Studie werden die Sterbefälle von Häftlingen in den JVAen des Landes Sachsen-Anhalt, also einer speziellen, aber nur scheinbar geschlossenen Population untersucht. Der Rahmen wird durch die räumliche Begrenzung auf das Bundesland und damit auf die ursprünglich 13 und zum Beobachtungsende nur noch 4 existierenden Haftanstalten und die Abteilungen des Maßregelvollzuges und der Forensischen Psychiatrie gebildet. Dennoch handelt sich hier um eine offene, aber besondere Population, da einerseits zu jeder Zeit Abgänge und Zugänge erfolgen und andererseits die personenbezogenen und gegebenheitsgebundenen Eigenschaften vordergründig, teilweise sogar bestimmend werden. Insgesamt wurden im Zeitraum von 1992 bis 2015 85 Todesfälle ermittelt. 79 Männer (93%) und 6 Frauen (7%), die sich nach Ende der Fallbearbeitung aufteilen in: 37,7% einer „natürlichen Todesart“ und 62,3% einer „nicht natürlichen Todesart“.

Da vorwiegend Männer inhaftiert sind und je nach Haftart jüngere Altersgruppen, findet im Vergleich zur Normalbevölkerung eine Verschiebung der Geschlechter- und Altersverteilung statt. Dabei stößt man auch auf einen scheinbaren Widerspruch, da prozentual gesehen von der geringen Anzahl inhaftierter Frauen eine relativ hohe Zahl während der Haft verstirbt (vgl. auch Fazel et al. 2011; Bennefeld-Kersten 2012b; Reeves und Tamburello 2014; Graham et al. 2015). Suizidale Handlungen sind als Todesursachen vordergründig (n=45: ♂: n=40, ♀: n=5). Trotz dieser besonderen Situation, finden sich auch „natürliche“ Todesfälle, zumeist Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems. Bezogen auf die Allgemeinbevölkerung liegt hier offenbar eine Personengruppe mit einem besonders hohen Risikopotenzial vor. Hinzu kommt, dass die Todesursachen einer eingehenden Diagnostik durch die gesetzlich vorgeschriebene lückenlose Aufklärung mittels Obduktion, einschließlich histologischer Untersuchungen und toxikologisch – chemischer Analysen, sowie nötigenfalls auch weiteren Ermittlungen unterliegen. Durch dieses stufenweise Vorgehen konnten wie in Abbildung 1 dargestellt, aus rechtsmedizinischer Sicht primär nicht sicher einzuordnende Fälle bezüglich der Todesursachen alle restlos aufgeklärt werden.

Aus dieser Situation ergeben sich besondere Anforderungen an die medizinische Betreuung und Versorgung der Inhaftierten, die auch Probleme einer möglichen Prävention und Gesundheitsförderung berühren. Somit kristallisieren sich zwei, teilweise überschneidende Problemkreise heraus:

- Suizidalität sowie Versuch einer Erarbeitung möglicher Risikoprofile und Diskussion einer Prävention.
- „natürliche Todesfälle“, sowie somatische Vorerkrankungen, namentlich kardiovaskuläre Läsionen und ein möglicher Einfluss psychischer und psychiatrischer Beschwerden bzw. Erkrankungen.

Ziel war somit eine Erarbeitung von möglichen Risikoprofilen und auch entsprechender Präventionsmöglichkeiten sowohl für „natürliche“ als auch für „nicht natürliche“ Todesumstände, aber auch die Entwicklung einer SOP „Vorgehen bei einem Todesfall in Anstalten der Justiz“ sowie SOP „Vollzugstauglichkeit und Re-evaluierung dieser nach festgelegter Haftdauer“.

5.1 Suizid als Hauptform „nicht natürlicher Todesart“

Aus den eigenen Befunden und den Angaben der Literatur sind die Suizidalität und der Suizid als polyätiologisches und multifunktionales Reaktionssyndrom aufzufassen.

In der Gruppe der „nicht natürlichen Todesart“ stellt der Suizid mit 40 männlichen und 5 weiblichen Todesopfern den Hauptteil. Die Mehrzahl der Männer war zum Zeitpunkt des Todes zwischen 20 und 24 Jahre alt. Zusätzlich zeichnen sich 2 weitere Altersgipfel mit je 9 Fällen ab, einer im Alter zwischen 30 und 34 Jahren und ein weiterer zwischen 40 und 44 Jahren. Auch in der Literatur finden sich die meisten Suizide zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr (Tripodi und Bender 2007; Bird 2008; Baillargeon et al. 2009b; Bennefeld-Kersten 2012b; Opitz-Welke et al. 2013; Petersen 2016). Opitz-Welke et al. (2019) konnten aufzeigen, dass die Suizid-Zahlen von älteren Inhaftierten in den letzten Jahren rückläufig sind.

Die wenigen Frauen sind in je zwei Fällen in die Altersgruppe zwischen 15 und 19 Jahren und in der Gruppe zwischen 55 und 59 Jahren einzuordnen, die 5. Frau in die Gruppe 20 bis 24 Jahre. Wobei nach Opitz-Welke et al. (2013) Frauen im Durchschnitt 5 Jahre älter sind als männliche Todesopfer. Bennefeld-Kersten (2012b) betont bei weiblichen Suizidopfern eine insgesamt geringere Altersspanne. Die weibliche Population innerhalb des Haftsystems und entsprechend in untersuchten Suiziden ist im Vergleich zur Normalbevölkerung zahlenmäßig vereinzelt vertreten (Spittal et al. 2014; van den Bergh et al. 2014). Durch selten stattfindende suizidale Handlungen in der Gruppe der weiblichen Häftlinge, sind auch hier bezüglich dieser Subgruppe nur eingeschränkt Informationen verfügbar (Fazel et al. 2008; Suto und Arnaut 2010). Canetto und Sakinofsky (1998) sprechen von einem Suizide betreffenden „gender paradox“. Dies bedeutet, dass in der weiblichen Bevölkerung eine höhere Suizidalität zu herrschen scheint, jedoch die Suizidrate für Männer letztendlich höher ist. Als Grund wäre hier eine geringere Letalität der von Frauen gewählten Suizid-Methoden zu diskutieren (Liebling 1994; Elnour und Harrison 2008; Ajdacic-Gross et al. 2011).

Jugendliche Häftlinge bilden eine eigene Gruppierung (Shaw et al. 2003; Gallagher und Dobrin 2006; Gupta und Girdhar 2012; Radeloff et al. 2015). Nach Rabe (2012) sinkt die Suizidrate innerhalb einer Haftanstalt, je mehr Jugendliche inhaftiert sind. Dye (2010) hingegen betont jedoch, dass sich unter den Haftanstalten mit jugendlichen Insassen erhöhte Suizidraten nachweisen lassen. In der Untersuchung von Sakelliadis et al. (2013a) ergibt sich, dass sich suizidierende Inhaftierte mit geringerem Lebensalter versterben und zumeist bei Inhaftierung jünger sind als Häftlinge mit anderen Todesursachen. Insgesamt aber steigen nach Mumola (2005) die Suizid-Raten mit zunehmendem Lebensalter. Bei der Unterbringung von Jugendlichen in Unter-

suchungshaft wird darauf geachtet, die Zeit der Untersuchungshaft zu verkürzen (Bennefeld-Kersten 2012b). Um Jugendliche möglichst selten unter Haftbedingungen unterzubringen, gibt es Bestrebungen anderweitige Unterbringungsmöglichkeiten wie beispielsweise den Jugendarrest auszubauen (Jüschke 2012).

In der Allgemeinbevölkerung finden sich mit zunehmendem Alter steigende Suizidraten (Schmidtke et al. 2008; Wahlbeck und Mäkinen 2008; Ajdacic-Gross et al. 2011). Nach Ajdacic-Gross et al. (2011) vor allem bei Männern, andererseits aber nach Rübenach (2007) überwiegend bei Frauen. Insgesamt kommt es gehäuft zur Anwendung von „harten Suizid-Methoden“, besonders bei Männern und bei jüngeren Menschen (Rübenach 2007). Als Begründung für die steigenden Zahlen im Alter werden Vereinsamung, körperliche Einschränkungen und ökonomische Schwierigkeiten diskutiert (Wahlbeck und Mäkinen 2008). In den letzten Jahrzehnten wird ein zunehmend selteneres Auftreten von Suiziden in höheren Lebensaltern bemerkt. In neuerer Zeit hingegen wird über ein zeitgleiches Stagnieren bzw. teilweise Ansteigen der Suizide bei jüngeren Menschen berichtet (Hawton und van Heeringen 2009; OECD 2012). Durch große internationale Unterschiede in der Dokumentation finden sich gerade für junge Bürger der Normalbevölkerung unterschiedlichste Suizid-Raten. Nicht nur diese verschiedensten Verfahren, sondern auch kulturelle Gegebenheiten und mögliche juristische Folgen haben hier einen sehr großen Einfluss (Wasserman et al. 2005; Hawton und van Heeringen 2009).

Allgemein finden sich in der internationalen und nationalen Forschung höhere Suizid-Raten für Insassen von Haftanstalten als für Vergleichspersonen der Normalbevölkerung (Granzow und Püschel 1997; Konrad 2002; Anders et al. 2003; Fruehwald et al. 2004; Fazel et al. 2011; Cinosi et al. 2013). Die Suizid-Raten von deutschen Strafhäftlingen liegen dabei im internationalen Durchschnitt (Opitz-Welke et al. 2013). Auch bei Häftlingen ist ein Ansteigen der Suizide in den letzten Jahren des Beobachtungszeitraumes zu verzeichnen (Fruehwald et al. 2003; Cinosi et al. 2013). In der genauen Aufarbeitung und Dokumentation von Häftlingssuiziden sehen Duthé et al. (2009) eine Begründung für die hier gefundenen hohen Suizid-Zahlen. In der Allgemeinbevölkerung wird hingegen mit einer gewissen Dunkelziffer an Suiziden gerechnet (WHO. Regional Office for Europe 2014; Stiftung Deutsche Depressionshilfe 2016), zumal Verfälschungen häufig durch die primär weniger klaren Todesumstände bedingt sein könnten (Bennefeld-Kersten 2012b).

Die meisten Studien zur Untersuchung der Suizidalität und speziell der Suizide unter Haftbedingungen folgen einem retrospektiven Studiendesign. Dies schränkt die Aussagekraft von vornherein ein (Bennefeld-Kersten 2012b). Derartige Studien lassen in der Auswertung nur Aussagen von Zusammenhängen und nicht von echten Ursache-Wirkung-Beziehungen zu (Daniel 2006). Auch die hier vorliegende Arbeit unterliegt einem retrograden Design, jedoch durch Einsicht in Ermittlungsakten einem anderen, erweiterten Informationsspektrum.

Bekanntermaßen erfolgt durch die „Bundesarbeitsgruppe Suizidprävention Justizvollzug“ und durch das Institut für Kriminologie in Niedersachsen seit 2000 bundesweit flächendeckend eine Erfassung der Suizide in den Anstalten der Justiz (Bennefeld-Kersten 2009; Bennefeld-Kersten 2012b). Eine Einsicht in die dortigen Unterlagen gelang trotz intensivster Bemühungen jedoch nicht.

5.1.1 Korrelation Suizid mit Haftart, Delikt, Unterbringung und Haftdauer

Eine besondere Gruppe bilden die Suizidenten in Untersuchungshaft, in den eigenen Untersuchungen 29 Fälle. So sind hier die Todesopfer im Einklang mit der Literatur zwischen 20 und 25 Jahre jung, ledig und oft erstmals inhaftiert, häufig im Zusammenhang mit Drogen-assoziierten Delikten. Die Selbsttötung erfolgt meist entweder innerhalb der ersten Haftzeit oder rund um gerichtliche Termine (Shaw et al. 2004; Konrad et al. 2007; Bennefeld-Kersten 2012b; Cinosi et al. 2013). Obgleich sich bei Shaw et al. (2003) nur knapp 20% aller Häftlinge in Untersuchungshaft befanden, ließen sich dort 50% aller Suizide nachweisen. Diese Autoren verweisen besonders auf Drogen-Abhängigkeiten mit der Problematik, dass diese Sterbefälle seltener vorhersehbar sind. Interessant ist, dass auch andere Autoren eine Häufung von Suiziden in Untersuchungshaft beschreiben, v.a. zu Beginn der Haft (Konrad 2002; Duthé et al. 2009; Bennefeld-Kersten 2012b). Abweichend davon konnte Pesch (2015) hingegen analysiert nach Haftart keine Unterschiede in der Suizidalität feststellen.

Durch die Bedeutung des Zeitpunktes des Inhaftierung lag jahrelang der Forschungsschwerpunkt auf dem suizidalen Verhalten in Untersuchungshaft (Bonner 2000), untermauert wird diese Situation durch die hohe Zahl der weltweit in Untersuchungshaft Befindlichen von ca. 2,5 Millionen (Walmsley 2014). Des Weiteren ist für die Beurteilung des Todeszeitpunktes wichtig zu beachten, dass der Haftantritt in Strafhaft oft direkt als Übergang von Untersuchungshaft stattfindet und dieser Wechsel nicht so erlebt wird, wie von Freiheit zu Untersuchungshaft (Felthous 2011). Für die Insassen in Untersuchungshaft ist die Situation meist sehr ungewiss; sie haben nicht selten keinerlei Überblick über die zeitlichen Dimensionen ihrer Strafen sowie den Tatvorwurf und dessen juristische Folgen (Mazur 2009). Damit einhergehend entstehen Gefühle von Angst, Ungewissheit, Scham und sozialer Vereinsamung. Zusätzlich können psychische Beschwerden, eine vorangegangene Suizidalität und Substanz-Abhängigkeiten einwirken (Hayes 2010). Auf Untersuchungshäftlinge wirken somit einerseits die Haftumgebung und -bedingungen aber andererseits auch die entstehende Situation als Risiko- bzw. Triggerfaktoren für eine akute Suizidalität (Hayes 2012). Bennefeld-Kersten (2012b) begründet die vermehrt nachts auftretenden Suizide in Einzelzellen mit einer Krisen-Entwicklung. Laut der Autorin gibt es Anzeichen, dass die Anfangshaftzeit schlechter bewältigt wird und sich so Krisen schneller entwickeln.

Strafgefangene haben entgegen entsprechender Männer der Normalbevölkerung 6-fach erhöhte Suizid-Versuch-Raten (WHO. Department of Mental Health and Substance Abuse 2007a). Die

Suizid-Zahlen fallen in den eigenen Untersuchungen in Strafhaft geringer aus als bei Untersuchungshäftlingen, was sich auch in entsprechender Literatur wiederfindet (Hayes 1995). Einfluss hierauf hat eventuell das bei Strafgefangenen durchschnittlich höhere Alter, die zumeist vorliegende Hafterfahrung und das Wissen über die weiteren Abläufe (Bonner 2000). Suizidales Verhalten bei Strafgefangenen zeigt sich so meist bei 30 bis 35-jährigen Inhaftierten mit Gewalt-Delikten nach 4 - 5 Haftjahren, getriggert durch Konflikte mit Angehörigen, Mithäftlingen, Mitarbeitern der Haftanstalten, aber auch bei für den Häftling schlecht ausfallenden gerichtlichen Nachrichten. Mit zunehmender Länge der Haftzeit werden solche Konflikte häufiger. Die Häftlinge erleiden vermehrt emotionale Zusammenbrüche (Konrad et al. 2007; Gupta und Girdhar 2012). Andere Autoren geben zu bedenken, dass hier eine gewisse Selektion stattfindet, indem nur "wesensstärkere" Häftlinge die U-Haft überstehen und in Strafhaft somit nur eine gewisse Auswahl vertreten ist (Duthé et al. 2009; Felthous 2011).

In der Subgruppe der jugendlichen Gefangenen in der Untersuchung von Radeloff et al. (2015) nehmen sich mehr als 50% in Strafhaft das Leben, während in der Gruppe der erwachsenen Häftlinge der Großteil der Suizide in Untersuchungshaft zu verzeichnen waren. Jugendliche Häftlinge sollten nach Möglichkeit nur mit Mithäftlingen ähnlichen Alters untergebracht werden (Mazur 2009). In der Studie von Dye (2010) waren jedoch in fast 1/3 aller Haftanstalten für erwachsene Insassen auch Jugendliche unter dem 18. Lebensjahr untergebracht. Shaw et al. (2003) wiesen darauf hin, dass unter den jugendlichen Suizidenten in Haft beinahe ein Viertel in Haftanstalten für Erwachsene inhaftiert war. Auch diese Autoren empfehlen eine Unterbringung der jugendlichen Insassen mit anderen Häftlingen ihrer Altersgruppe und eine vermehrte Nutzung von Gemeinschaftszellen. Das Erleben der Inhaftierung und die damit einhergehende Isolation scheint für jugendliche Inhaftierte besonders einschneidend zu sein (Konrad et al. 2007). Eine weitere Begründung wäre, dass zumeist die Ersterscheinungen von psychiatrischen Beschwerden in diesen Altersgruppen auftreten und damit eine entsprechende Suizid-Häufigkeit ohne vorherige bekannte Suizidalität in dieser Altersgruppe mitbegründen können (Hanson 2010).

Nach Konrad (2006) sind nicht nur Untersuchungsgefangene zu Beginn der Haftzeit besonders suizid-gefährdet, sondern alle Häftlinge. Wobei auch von diesem Autor herausgearbeitet wurde, dass in Untersuchungshaft das Risiko bzw. die Suizid-Zahlen höher sind. Shaw et al. (2003) vertreten eine ähnliche Meinung und sprechen sich für die Einrichtung von separaten Aufnahme-Abteilungen aus.

In den eigenen Untersuchungen zeigt sich mit 9 Männern und einer Frau eine Häufung der Suizid-Methode Erhängen bei Häftlingen mit Inhaftierung auf Grund eines Diebstahl-Deliktes. Shaw et al. (2003) hebt dabei besonders die Beschaffungskriminalität bei Vorliegen von Abhängigkeitserkrankungen hervor und betont das Suizidrisiko (vgl. auch Sakellidis et al. 2013a).

Auch bei psychischen Beschwerden und/oder psychiatrischen Erkrankungen sind vermehrt Eigentumsdelikte zu verzeichnen (Baillargeon et al. 2009a).

Des Weiteren ist im eigenen Untersuchungsgut eine gewisse Häufung mit weiteren 10 Erhängungsfällen bei Vorliegen von Mord- und/oder Totschlagsdelikten festzustellen. Eine weitere Gruppe wird durch Inhaftierte mit Delikten im Zusammenhang mit sexuellem Missbrauch gebildet. Tripodi und Bender (2007) betonen dabei die erhöhten Suizidzahlen allgemein bei Gewalt-assoziierten Delikten unabhängig von der Haftart (vgl. Fruehwald et al. 2004; Shaw et al. 2004; Fazel et al. 2008; Rabe 2012).

5.1.2 Korrelation Suizid mit psychischen Vorerkrankungen und vorangegangenen Suizidversuchen

Obleich das Phänomen der höheren Suizid-Zahlen in Haftanstalten vielseitig aufgezeigt wurde, ist bisher nicht klar, ob die Grundlage hierfür in der Haftumgebung allein oder in der Population der Häftlinge und ihrer Charakteristika zu suchen ist (Frottier et al. 2001; Fazel et al. 2011).

Daher sehen einzelne Autoren bereits in der Art der Unterbringung innerhalb der Haftanstalten Risikofaktoren für das häufige suizidale Verhalten. Ausdruck finden diese Überlegungen in der Theorie von „Deprivation vs. Importation“ (Frottier et al. 2001; Margot und Kiliyas 2005; Suto 2007; Dye 2010; Neubacher et al. 2011).

Sowohl in Untersuchungshaft als auch unter Strafgefangenen findet die Mehrzahl der Suizide in den jeweiligen „Privat“-Zellen, d.h. den einzelnen Gemeinschafts- oder Einzelzellen statt und nur in sehr wenigen Fälle an „öffentlichen Plätzen“ innerhalb der Anstalten (Mumola 2005).

Auch die Mehrzahl der Suizid-Versuche erfolgt in den o.g. Unterbringungszellen (Rivlin et al. 2010). Auch in den eigenen Untersuchungen zeigt sich mit 28 Fällen eine Häufung von Suiziden in Einzelzellen (Frottier et al. 2001; Fruehwald et al. 2003, 2004; Shaw et al. 2003, 2004; Fazel et al. 2008; Bennefeld-Kersten 2012b; Hayes 2012; Humber et al. 2013; Reeves und Tamburello 2014). An „öffentlichen Plätzen“ hingegen erhängten sich so z.B. ein Mann in einem Tischtennisraum und ein Mann in Räumlichkeiten des Küchentraktes. Zweifellos bringt die Einzelunterbringung begünstigende Faktoren wie Zeit und Ungestörtheit mit sich (Humber et al. 2013). Hier liegt vermutlich auch ein Grund für die erhöhten Suizid-Raten in den Nasszellen (Reeves und Tamburello 2014). In der eigenen Erhebung verstarben im Rahmen von suizidalen Handlungen allein 5 Männer und eine Frau in Nasszellen. Einzelne Häftlinge wiederum haben keine Schwierigkeiten mit der sozialen Abschirmung durch eine Einzelunterbringung und zeigen hierdurch keine Verhaltensänderungen (Felthous 2011).

Bis zum Jahr 2004 war in Deutschland in einigen Haftanstalten eine Überbelegung zu beobachten. Dies hatte eine vermehrte Unterbringung der Insassen in Gemeinschaftszellen zur Folge. Der nachfolgende Abfall der Häftlingszahlen führte auch zu einer Abnahme der Suizide in Gemeinschaftszellen (Bennefeld-Kersten 2012b). Andererseits berichtet Mumola (2005) von höheren Suizid-Zahlen in amerikanischen Untersuchungshaftanstalten mit niedrigeren Häftlingszah-

len; so sollen sich in Haftanstalten mit weniger als 50 Insassen mindestens 5-mal höhere Suizid-Raten ereignen. Andere Autoren sprechen einer Überbelegung den Status eines Suizid-Risikofaktors zu (Daniel 2006; Suto 2007; Duthé et al. 2009; Dye 2010; Hayes 2012; Rabe 2012; Cinosi et al. 2013; Opitz-Welke et al. 2013). Gegen eine Überbelegung als Suizid assoziierter Risiko-Faktor spricht, dass nach Hayes (2012) beinahe 70% aller Suizide in Haftanstalten mit freien Kapazitäten bzw. mit exakter Fülle stattfanden. Auch Duthé et al. (2009) sprechen der Überbelegung keinen zwingenden Risiko-Charakter zu. Eine Überschreitung der Belegungszahlen geht mit Einschränkungen der individuellen Betreuung einher (Opitz-Welke et al. 2013), v.a. mit weniger individuellem Raum, geringerer Möglichkeit der Beschäftigung sowie auch einer zunehmenden Gefahr von Gewaltanwendungen durch Mithäftlinge (Daniel 2006), wobei auch die hygienischen Bedingungen (Rabe 2012; Cinosi et al. 2013), sowie die Verringerung der Überwachung zu berücksichtigen sind (Dye 2010). Das Problem einer Überbelegung ist im eigenen Untersuchungsmaterialien nicht zu erkennen (s. Tab. 1 - Verteilung der Häftlinge in Sachsen-Anhalt zum Stichtag 31. August 2016).

Bennefeld-Kersten (2012b) hebt hervor, dass in Gemeinschaftszellen vor allem nachmittags (und weniger nachts) Suizide begangen werden, wenn Mithäftlinge durch Besuche oder Aktivitäten anderweitig beschäftigt sind. Bei der geringeren Anzahl an Suiziden bei Unterbringung in Mehrfachzellen, waren auch in unserer Untersuchung die entsprechenden Mithäftlinge zum Suizid-Zeitpunkt zumeist nicht im Haftraum anwesend (vgl. auch Shaw et al. 2003; Hayes 2010, 2012).

Die unterschiedlichsten Formen der Unterbringung stellen eine anstrengende Situation für die betreffenden Häftlinge dar (Reeves und Tamburello 2014). Häftlinge in Isolation können durch die damit einhergehende geringe Interaktion psychische Beschwerden und in der Folge eine Suizidalität entwickeln (Hayes 1995; Fazel und Baillargeon 2011; Roma et al. 2013). Auch bei disziplinarischer Einzelunterbringung wird ein erhöhtes Suizid-Risiko registriert (Way et al. 2005). Aufenthalte in Disziplinar-Zellen werden verhängt, wenn Häftlinge eine Gefahr für die Mitinsassen, die Justizbeamten oder die gesamte Haftanstalt darstellen oder eine Straftat innerhalb der Haftanstalt begangen haben (Bonner 2000; Suto und Arnaut 2010; van Orden et al. 2010; Duthé et al. 2013; Sánchez 2013).

Auch Strafgefangene entwickeln bei kurzzeitiger Isolation, ebenso bei Hochsicherheits-Isolation deutlich höhere Suizid-Raten (Tartaro 2003; Gupta und Girdhar 2012; Duthé et al. 2013; Roma et al. 2013). Ähnliche Aussagen finden sich bei Joiner et al. (2005), Suto (2007), Suto und Arnaut (2010) und auch Meltzer et al. (1999). Auch eine während der aktuellen Haftzeit stattgehabte Unterbringung in Isolation oder die Anwendung von anderen Sicherungsmaßnahmen geht mit einem erhöhten Suizidrisiko einher (Hayes 2010). Obwohl unter Isolationsbedingungen nur begrenzte Mittel, die als Suizid-Werkzeuge angewendet werden können, zur Verfügung stehen, wird die Methode des Erhängens am häufigsten gewählt (Tartaro 2003). In der eigenen Studie

wurden insgesamt bei 9 der männlichen und einem weiblichen Todesopfer entsprechende Sicherungsmaßnahmen zum Todeszeitpunkt genutzt. Bei weiteren zwei Männern war die zeitweilige Anwendung solcher Maßnahmen in der Vergangenheit bekannt.

In der Untersuchung von Shaw et al. (2004) befanden sich zum Todeszeitpunkt mehr als 40% aller Suizidenten unter mittleren oder hohen Sicherungsmaßnahmen. In mehr als 1/10 aller Suizidfälle war während der aktuellen Haftzeit eine Unterbringung in einem besonders gesicherten Haftraum (bgH) erfolgt. Bennefeld-Kersten (2012b) wirft hier die Frage nach der Effektivität bzw. auch einer eventuellen Kontraproduktivität dieser Maßnahmen auf. Die Mehrzahl aller Suizide von Häftlingen mit spezieller Unterbringung findet innerhalb der ersten 3 Tage statt (Felthous 2011). Dagegen veröffentlichte Hayes (2012), dass sich weniger Suizide in Isolationshaft ereigneten als angenommen. Daniel (2006) schlussfolgert, dass in Isolationshaft regelmäßige und zeitlich engmaschige Kontrollen stattfinden sollten. Ein Versterben während der Unterbringung in einem bgH lag in den eigenen Untersuchungen bei einem männlichen Opfer in Folge der Anwendung von scharfer Gewalt vor (S-04-272).

Die meisten männlichen Suizidenten fanden sich in der JVA Halle – Am Kirchtor. Bei den Frauen verstarben in dieser JVA 3 Opfer durch suizidale Handlungen. Somit ist eine gewisse Häufung von Suiziden in einer Anstalt zu diskutieren. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die JVA Halle – Am Kirchtor, eine der wenigen Anstalten im Beobachtungsfeld ist, welche über den kompletten Zeitraum existent war und sowohl eine Unterbringung in U-Haft als auch in Strafhäft möglich macht. Des Weiteren findet sich hier die einzige Unterbringungsmöglichkeit für weibliche Inhaftierte für das gesamte Bundesland. Eine gewisse Konzentration der Suizide in dieser JVA wird hiermit erklärlich.

Sowohl Häftlinge mit bekannten psychischen Problemen aber auch Insassen, die erst während ihres Aufenthaltes solche entwickeln, stellen eine Herausforderung dar (Schönfeld et al. 2006; WHO. Regional Office for Europe 2008; Opitz-Welke und Konrad 2012), gerade im Hinblick auf die Häufigkeit und die Zunahme in jüngster Zeit (Fazel et al. 2016). Über die genaue Häufigkeit psychiatrischer Störungen und/oder spezieller psychiatrischer Erkrankungen liegen von deutschen Inhaftierten leider nur wenige Untersuchungen vor (Schröder 2005; Schönfeld et al. 2006; Watzke et al. 2006; Widmann 2006). Dabei weisen Inhaftierte (Schröder 2005; Widmann 2006; Blaauw und van Marle 2007; Fazel und Seewald 2012; Fazel et al. 2016) und hier gerade ältere Inhaftierte vermehrt psychiatrische Erkrankungen und vor allem Depressionen auf (Fazel et al. 2001b). In diesem Zusammenhang verweisen Watzke et al. (2006) auf das gehäufte Vorliegen von dissozialen Persönlichkeitsstörungen bei männlichen Inhaftierten und von Angststörungen, Depressionen und Borderline-Persönlichkeitsstörungen bei weiblichen Insassen. Bei separater Betrachtung der psychischen Konstitution weiblicher Inhaftierter, stellt sich heraus, dass auch hier ein gehäuftes Vorkommen vorliegt (Widmann 2006; van den Bergh et al. 2014; Mir et al. 2015; Mundt et al. 2015). Radeloff et al. (2016) betont die besondere Suizid-Gefahr

bei jungen Inhaftierten und hier vor allem in Jugendvollzugsanstalten und verweist auch hier auf das gehäufte Vorliegen von psychischen Beschwerden und/oder psychiatrischer Erkrankungen. Wegen unterschiedlicher Definitionen psychiatrischer Erkrankungen und Beschwerden wird ein Vergleich von einzelnen Studien erschwert (Steadman et al. 2009). Insgesamt lässt sich jedoch übereinstimmend feststellen, dass Suizide häufig beim Vorliegen von psychiatrischen Erkrankungen (Pfennig et al. 2005), insbesondere aber auch bei Inhaftierten mit derartigen Symptomen auftreten (Torrey et al. 2010; Pesch 2015). Gunter et al. (2011) konnten aufzeigen, dass so unter Häftlingen sowohl Depressionen als auch traumatische Erfahrungen in der Vergangenheit einen gewissen vorhersagenden Charakter für eine Suizidalität bilden. Fazel et al. (2013) konnten eine Assoziation von suizidalem Verhalten mit bipolaren Störungen aufweisen. Auch bei Persönlichkeitsstörungen und Angststörungen wird häufig ein suizidales Verhalten diskutiert (Joiner et al. 2005; Pesch 2015; Ritter et al. 2016). Die eigenen Untersuchungen belegen ebenfalls das Vorliegen von psychischen Beschwerden und/oder psychiatrischen Erkrankungen wie in Kapitel 4.4.2 dargestellt. So fanden sich unter den Erhängungsopfern 5 Männer und 2 Frauen mit einem Drogen-bzw. Medikamenten-Abusus. 3 weitere männliche Erhängungsopfer und ein Intoxikationstoter wiesen eine Alkoholabhängigkeit auf. Psychiatrische Erkrankungen wie schizoaffektive Störungen oder Persönlichkeitsstörungen waren weiterhin bei 9 Suizidenten bekannt.

Unter Strafgefangenen finden sich sehr hohe Raten an Häftlingen, die während des aktuellen Haftaufenthaltes Drogen konsumiert haben (Singleton et al. 1998). Nach Shaw et al. (2003) weisen hingegen Untersuchungshäftlinge gehäuft Drogen-Abhängigkeiten auf; unter Strafhäftlingen finden sich verstärkt andere psychische Beschwerden. Stompe et al. (2010) betonen sowohl bei Strafhäftlingen als auch bei Insassen der Untersuchungshaft ein häufigeres Vorkommen von Substanz-Abhängigkeiten im Vergleich zur Normalbevölkerung. Einen Gesamtüberblick über diese Problematik findet sich bei Opitz-Welke et al. (2018), die anhand der Literatur verschiedene Haftarten und diesbezüglich zusammengestellt nach ICD-10 vergleichen. Zahlreiche Autoren konnten aufzeigen, dass mit Vorliegen von Abhängigkeitserkrankungen bei Häftlingen das Risiko für suizidale Handlungen erhöht ist (Singleton et al. 1998; Althaus und Hegerl 2004; Konrad et al. 2007; Fazel und Seewald 2012).

Ein weiteres Phänomen ist der Einfluss von Drogen zum Todeszeitpunkt bei Versterben in Justizvollzugsanstalten (Karch und Stephens 1999; Hayes 2010; Hayes 2012). Auch unter Alkohol-Einfluss finden Suizide statt (Mazur 2009; Töro und Pollak 2009). In der eigenen Untersuchung wurden in insgesamt 35 Fällen Analysen bezüglich einer Substanzbeeinflussung zum Todeszeitpunkt durchgeführt. Es fand sich lediglich bei den 7 todesursächlichen Intoxikationen ein positiver Nachweis. Hiervon sind der Definition wegen alleinig zwei Fälle als suizidale Intoxikation zu werten. Nachweislich unter Alkoholeinfluss standen zum Todeszeitpunkt 4 männliche Erhängungsopfer. In wie weit in den entsprechenden Fällen der freie Wille zu einer lebensbeendenden Handlung bestand oder die Entscheidungsfähigkeit nicht mehr voll gegeben war, ist

kritisch zu betrachten. Augenmerk sollte hier auch auf der Verhinderung der Beschaffung bzw. eigenen Herstellung der alkoholhaltigen Getränke, Substanzen und auch Drogen liegen (Weigand et al. 2018).

Einzelne Experten sprechen sich für die Einrichtung von speziellen Abteilungen für Häftlinge in Angliederung an psychiatrischen Einrichtungen aus. Aber auch die Schaffung spezieller Abteilungen innerhalb des Haftsystems wird erörtert (Blaauw und van Marle 2007; WHO. Regional Office for Europe 2008; Konrad et al. 2012). Psychische Erkrankungen bei Häftlingen können durch die Haftumgebung und Bedingungen getriggert bzw. verschlechtert werden. Vor allem eine Unterbringung in Hochsicherheitsanstalten mit Einzelzellen wirkt sich hier negativ aus (Rich et al. 2011). Als Ursache für die relativ hohen Suizid-Zahlen in Einzelhaft diskutieren Fazel et al. (2008) die häufige Unterbringung psychisch Erkrankter in Einzelzellen.

Aktuell findet sich ein Revival der Situation des 19. Jahrhunderts, wo psychiatrisch Erkrankte eher in Haftanstalten als in medizinischen Einrichtungen untergebracht waren. Ziel wäre eine Verhinderung der primären Kriminalität durch adäquate Therapien (Torrey et al. 2010).

Watzke et al. (2006) sehen dabei im Ausmaß der psychiatrischen und auch psychotherapeutischen Betreuung innerhalb des Haftsystems Handlungsbedarf (vgl. auch Schröder 2005). Entgegen der allgemeinen Meinung konnten Mundt et al. (2015) nachweisen, dass es keine unzureichende Versorgung speziell der weiblichen Häftlinge in diesem Bereich gibt; Schröder (2005) hingegen zeigen geringe Behandlungszahlen bei therapiebedürftigen Frauen auf. Ein weiterer Ausbau der psychiatrischen und psychotherapeutischen Angebote innerhalb des Haftsystems ist notwendig (Schröder 2005). Dabei ist eine Zusammenarbeit aller beteiligter Fachdisziplinen auch des allgemeinen Gesundheitssystems anzustreben (Widmann 2006). Nach Fazel et al. (2016) ist die medizinische Betreuung bei weiblichen Inhaftierten auch hier den speziellen Anforderungen anzupassen (vgl. auch van den Bergh et al. 2014).

Wichtig ist es selbstverletzende Verhaltensweisen ohne jeglichen Todeswunsch von suizidalen Gedanken, Ideen und Handlungen abzugrenzen bzw. eventuelle Zusammenhänge zu untersuchen und aufzuzeigen (Meltzer et al. 1999; Pramschiefer 2007). Derartige Autoaggressionen können ein wichtiger Hinweis auf eine psychische Instabilität, auch gerade bezüglich einer verdeckten Suizidalität sein – eine gezielte Beobachtung ist anzustreben.

Ein Großteil der psychiatrisch erkrankten Häftlinge würde außerhalb der Haftanstalten keinerlei oder nur begrenzt diesbezügliche Betreuung erhalten (Radeloff et al. 2016). In diesen Fällen verkörpert die Inhaftierung eine Gelegenheit der Betreuung des Einzelnen, liefert einen Beitrag um die Situation der Gesamtbevölkerung zu verbessern und senkt die Wiederinhaftierungsrate (Fazel und Seewald 2012).

5.1.3 Korrelation Suizid mit gewähltem Zeitpunkt

Nach absolvierter Haftdauer:

Nach Frottier et al. (2002) entwickeln etliche Häftlinge nach einer Haftzeit von ungefähr 2 Monaten einen Zustand der emotionalen Erschöpfung, ein sogenanntes „Burn-out“, welcher einen Suizid-Risiko-Zeitpunkt darstellt. In den eigenen Untersuchungen bestätigt sich interessanter Weise diese Situation, da sich allein 8 Suizid-Fälle von Männern nach einer Zeit von 2 Haftmonaten bis zur Vollendung des 3. Monats ereigneten.

Als auslösende Faktoren werden mehrere sich überlappende Problemkreise diskutiert, wie für den Häftling schlecht ausfallende gerichtliche Termine, die Haftaufnahme-Situation und/oder Konflikte mit Familienangehörigen, Mitinsassen aber auch Mitarbeitern der Haftanstalten (Konrad et al. 2007; Marzano et al. 2011; Gupta und Girdhar 2012). Gemäß der Literatur stellt aber auch die Angst vor der Entlassung und die damit einhergehende teilweise ungewisse Situation für Strafgefangene nach längeren Haftzeiten, aber auch für Untersuchungsgefangene einen Risikozeitpunkt dar (Frank und Aguirre 2013). Wie die Analyse der eigenen Fälle ergibt, konnten bei mehr als der Hälfte der Suizidenten auslösende Ereignisse eruiert werden, wie in Kapitel 4.5.5 dargestellt. So ragen Suizide rund um gerichtliche Termine bei 9 Männern und einer Frau besonders heraus. An zweiter Stelle wäre die komplizierte Zeitspanne zu nennen, die unmittelbar nach der Inhaftierung folgt.

Nach Tageszeitpunkt:

Ferner ergibt sich aus den eigenen Untersuchungen das Stattfinden der meisten Suizide nachts zwischen 22 und 6 Uhr (n=25; ♂: n=22, ♀: n=3). Allein bei zwei Männern waren zum Zeitpunkt des Suizides Dritte anwesend bzw. die Entdeckung erfolgte innerhalb von 15 Minuten nach dem letzten Kontakt.

Nach Jahresverlauf:

Bennefeld-Kersten (2012b) teilt mit, dass sich nach ihren Studien Häftlinge gehäuft an (christlichen) Feiertagen suizidieren. Begründend hierfür vermutet die Autorin die geringeren Beschäftigungsmöglichkeiten an diesen Tagen, meist in Kombination mit den Besonderheiten der Isolation. Auch in der Studie von Opitz-Welke et al. (2013) konnten vermehrt an Feiertagen suizidale Handlungen festgestellt werden. Dabei nahmen sich die meisten Häftlinge im Januar das Leben. Andere Studien wiederum zeigen auf, dass es keine Häufung an Feiertagen gibt (Hayes 2012). Auch in Untersuchungen an indischen Häftlingen konnte aufgezeigt werden, dass es an Feiertagen, religiösen Festen und Wochenenden nicht vermehrt zu Suiziden kommt (Gupta und Girdhar 2012). In der Studie von Shaw et al. (2003) starben 70% aller Suizidenten in Haft an einem normalen Wochentag. Nach den Abhandlungen von Hayes (2010) sind die Häftlingssuizide in den USA gleichmäßig über das Jahr verteilt, weder gibt es Häufungen in gewissen Monaten noch im Bezug zu Feiertagen. In der eigenen Untersuchung kam es im 2. Quartal mit 11 Fällen zu den meisten suizidalen Handlungen bei männlichen Inhaftierten, gefolgt von je 9 Sui-

ziden im 1. und 4. Quartal. Dabei zeigt sich eine Häufung im Dezember (um die Weihnachtsfeiertage) und im April (um die Osterfeiertage).

5.1.4 Welche Bedeutung haben wiederholte Suizid-Versuche?

Bei vorangegangenen Suizid-Versuchen stellt sich die Frage, in wie weit von einer gewissen suizidalen Grundgefährdung ausgegangen werden muss. Fraglich ist auch, ob eine Unterscheidung nach dem Zeitpunkt der Suizid-Versuche erfolgen sollte, in "Freiheit" oder während einer vorangegangenen Haftzeit. In der Gruppe der „hafterfahrenen“ Insassen wiesen mit beinahe 6% die Häftlinge zwischen dem 25. und 34. Lebensjahr die meisten Suizid-Versuche auf (Cook 2013). Bei Untersuchungshäftlingen lassen sich vermehrt Suizid-Gedanken und auch Suizid-Versuche eruieren (Singleton et al. 1998). Nach Suizid-Versuchen wird meist eine Unterbringung in speziellen Abteilungen vorgenommen (Meltzer et al. 1999). Leider sind Informationen über erfolgte Suizid-Versuche meist nicht einsehbar (Duthé et al. 2013). In den eigenen Untersuchungen konnten unter den Suizidenten bei 12 Männern und zwei Frau Suizid-Versuche ermittelt werden. Somit war bei 2/5 der weiblichen und bei rund 1/3 der männlichen Suizidenten ein Suizid-Versuch bekannt – eine Situation, die in einer Definition von Risikoprofilen besondere Beachtung finden sollte.

5.1.5 Rechtsmedizinische Aussagen zu Suizid-Methoden

Zweifellos kann man die Suizid-Methoden nach verschiedenen Gesichtspunkten klassifizieren. Bewährt hat sich jedoch nach Rübenach (2007) die Herausstellung „harter Methoden“, wie in den eigenen Untersuchungen Erhängen und Anwendung scharfer Gewalt, wobei hier meist bereits durch die 1. Leichenschau eine endgültige Zuordnung möglich war. Aber auch eine Klassifikation in aktive und passive Methoden wurde erwogen, findet jedoch keine Anwendung. Die ICD-10-Klassifikation schreibt eine genaue Nennung der Methode vor (Codierung X60 bis X84; WHO 2019).

In Übereinstimmung mit der Literatur ist auch in den eigenen Untersuchungen das Erhängen die häufigste Suizid-Methode (Anders et al. 2003; Daniel 2006; Tripodi und Bender 2007; Felthous 2011; Sakelliadis et al. 2013b). In den Untersuchungen von Bennefeld-Kersten (2012b) suizidierten sich unter den Männern 90% und unter den Frauen 87% durch Erhängen. In New Yorker Haftanstalten waren es 86% (Way et al. 2005); in der eigenen Untersuchung 92,5% der männlichen und 80% der weiblichen Suizidenten.

Als Begründung für die Häufigkeit der Methode des Erhängens unter Haftbedingung werden die geringe Rettungschance, die hohe "Effektivität" und damit die Letalität angesehen (Konrad 2002; Gunnell et al. 2005; Daniel 2006; Gupta und Girdhar 2012).

Erhängen kann als atypische Form auch in sitzender Position oder im Liegen erfolgen (Shepherd 2005; Daniel 2006; Maxeiner 2015). Nach den Abhandlungen von Gunnell et al. (2005) finden sich unter den Erhängten ungefähr die Hälfte ohne Körper-Boden-Kontakt. Beim

Rest der Fälle befindet sich der Fixierungspunkt der Suizid-Werkzeuge unter dem Kopf-Niveau der Betroffenen.

Voraussetzung für ein Erhängen sind ein Werkzeug (als Schlaufe geformt) und ein Fixierungspunkt. Diese Stelle muss so lokalisiert sein, dass das eigene Körpergewicht bzw. ein Anteil dessen auf den Nacken- bzw. Halsbereich einwirken kann (Opitz 1950; Brinkmann et al. 1981; Henßge 1990; Shepherd 2005; Maxeiner 2015). Es werden die unterschiedlichsten Objekte als Werkzeug genutzt, seien es Gürtel, Unterwäsche, Bettzeug, Elektrokabel oder Schnürsenkel (Shepherd 2005; Bennefeld-Kersten 2012b). In einer Vielzahl von Erhebungen bestätigt sich diese Situation, wobei in der Mehrzahl der Fälle Bettwäsche oder Kleidung als Werkzeug und die Fenstervergitterung als Fixierungspunkt gewählt wurden (Shaw et al. 2003, 2004; Gunnell et al. 2005; Hayes 2010, 2012; Humber et al. 2011). Als Mittel in den eigenen Untersuchungen wurden ebenfalls zumeist Bettwäsche und Bettlaken, aber auch Gürtel, Schnürsenkel oder Elektrokabel genutzt. Fixierungspunkte waren Heizungs- bzw. Wasserleitungsrohre, ebenso wie die Fenstervergitterung.

Die Allgemeinbevölkerung betreffend war in 13 Mitgliedsstaaten der Europäischen Union gleichfalls das Erhängen die häufigste Methode (Wahlbeck und Mäkinen 2008). Insgesamt finden weltweit nur zirka 10 % aller Suizide durch Erhängen unter geschützten Bedingungen, wie in Haft und in Krankenhäusern, statt (Gunnell et al. 2005).

Problematisch wird die Interpretation bei Anwendung mehrerer Methoden, hier erhebt sich jeweils die Frage nach dem Vorliegen eines „komplexen Suizides“ oder eines Methodenwechsels. Bei zwei Männern mit todesursächlichem Erhängen und Anwendung scharfer Gewalt sowie bei einer Intoxikation mit Hinweis auf eine vorherige bzw. parallele Anwendung von scharfer Gewalt aus dem eigenen Untersuchungsgut, wird diese Problematik deutlich. Der Begriff „komplexer Suizid“ beinhaltet die parallele bzw. nacheinander folgende Anwendung mehrerer Methoden; dies soll in bis zu 5 % aller Fälle vorliegen (Töro und Pollak 2009). Dem gegenüber steht die allgemeine Auffassung, dass suizidale Menschen eine genaue Vorstellung ihrer Handlung haben und bei Nicht-möglich-werden der gewählten Methode nur sehr selten zu einer anderen übergehen (Ajdacic-Gross et al. 2011).

Nach Suto (2007) ist die Selbsttötung durch Drogen oder Intoxikation mit anderen Mitteln die zweithäufigste Suizid-Methode unter Häftlingen. Hayes (2012) betont, dass Vergiftungen innerhalb der Haftanstalten in der Vergangenheit einen höheren Stellenwert hatten. In den eigenen Untersuchungen trifft dies in insgesamt 7 Fällen zu, wobei alleinig zwei bei Vorliegen einer Abschiedsnachricht als suizidale Intoxikationen gewertet werden müssen bzw. können. Die beiden Suizidopfer verstarben durch Promethazin bzw. Clomethiazol (Distraneurin®). Dies unterstreicht die Wichtigkeit der weiterführenden chemisch-toxikologischen Untersuchungen. Außerdem ergibt sich das Problem, in wie weit eine Beschaffung der entsprechenden Substanzen unter Haftbedingungen möglich ist.

Ferner wurde in zwei Fällen scharfe Gewalt angewendet. Trotz Sicherungsmaßnahmen gelang einem Mann mit einer Rasierklinge und einer Frau mit dem Deckel einer Konservendose der Suizid.

Abschiedsnachrichten als Ausdruck einer suizidalen Situation fanden sich insgesamt bei 15 Männern und 2 Frauen mit einem Tod durch Erhängen und bei der einen Frau mit Anwendung scharfer Gewalt. Bei den männlichen Erhängten hinterließen somit 40,5 % und bei den Frauen 50% eine Abschiedsnachricht. In New Yorker Haftanstalten hinterließen hierzu im Vergleich 17% der Suizidenten eine Nachricht mit Abschiedsbrief-Charakter (Way et al. 2005). Suizidenten der Allgemeinbevölkerung hinterlassen zu annähernd 1/3 einen Abschiedsbrief (Foster 2003; Eisenwort et al. 2006, 2007; Kuwabara et al. 2006; Mazur 2009; Jägersberger 2012). Entsprechende Nachrichten erfolgen zumeist handschriftlich oder als Notizen, in denen sich meist Hinweise auf das Motiv für die Selbsttötung finden lassen. Die Niederschrift wird in einem engen zeitlichen Zusammenhang mit der darauffolgenden Tat vollzogen (Eisenwort et al. 2006, 2007; Jägersberger 2012). Mit der wissenschaftlichen Aufarbeitung von Abschiedsbriefen wird versucht mögliche Erkenntnisse für die Prävention nutzbar zu machen (Foster 2003; Eisenwort et al. 2007).

5.1.6 Ergeben sich Risikoprofile?

Nach Angaben der WHO (WHO. Department of Mental Health and Substance Abuse 2007a) hat jede Haftanstalt ein „individuelles“ Profil, sowohl die Insassen betreffend als auch bei den Haftabläufen und den umgebenden Bedingungen. Damit hat jede Anstalt ein anderes Ausmaß im Zusammenspiel Suizid-beeinflussender Faktoren (WHO. Department of Mental Health and Substance Abuse 2007b). Bedingt durch die Vielfältigkeit der Haftsysteme, Haftbedingungen und durch weitere Faktoren kommt es somit zu unterschiedlichen Bewertungen von Charakteristika als Risikofaktoren (Fazel et al. 2008). Generell ergeben sich grundlegende Unterschiede bezüglich der Suizidalität zwischen Untersuchungs- und Strafhäftlingen (WHO. Department of Mental Health and Substance Abuse 2007a). Diese Situation bestätigt sich in den eigenen Untersuchungen.

In Übereinstimmung mit der Literatur (Shaw et al. 2004; Konrad et al. 2007; Bennefeld-Kersten 2012b; Gupta und Girdhar 2012; Cinosi et al. 2013) bilden Untersuchungshäftlinge im Alter von 20 bis 25 Jahren eine erste Risikogruppe. Der Zusammenhang mit einer Erst-Inhaftierung und einem Substanz-assoziiertem Delikt ist hervor zu heben. Als verstärkender Faktor können vorangegangene Suizid-Versuche gewertet werden (Singleton et al. 1998). Hinzukommt, dass Betroffene zumeist alleinstehend sind. Weiterhin weist diese Gruppe Anpassungsschwierigkeiten sowie Probleme mit der Haftumgebung und der vorherrschenden Ungewissheit auf (Bonner 2000). Das laut Literatur (Konrad 2002; Shaw et al. 2004; Konrad et al. 2007; Bennefeld-Kersten 2012b; Cinosi et al. 2013) gehäufte Vorkommen innerhalb der ersten Haftzeit lässt sich in den eigenen Erhebungen ebenfalls bestätigen.

Die zweite Gruppe bilden Untersuchungshäftlinge, die älter als 30 Jahre sind. Nach Duthé et al. (2009) haben diese ebenfalls ein erhöhtes Suizid-Risiko. Diese Tendenz bestätigt sich in den eigenen Untersuchungen. Auch in dieser Gruppe müssen die Substanz-assozierten Delikte und/oder Gewaltdelikte betont werden. Hinzu kommen eine mangelnde Integration innerhalb der Haftanstalten, sowie ebenfalls mögliche wiederholte Suizid-Versuche.

Fruehwald et al. (2004) geben weitere Hinweise auf mögliche Risikofaktoren während der Untersuchungshaft: wie die Unterbringung in Einzelzellen, eine Unterbringung in einer gesicherten Zelle in der Vergangenheit sowie das Ansetzen einer psychiatrischen Medikation während des aktuellen Haftaufenthaltes.

In die dritte Gruppe sind Strafgefangene einzuordnen, die zumeist in einem fortgeschrittenen Alter sind, über ihr Strafmaß wissen und eine gewisse Gewöhnung an die Unterbringung zeigen (Bonner 2000). Dabei steigt mit zunehmendem Strafmaß das Suizid-Risiko (Frottier et al. 2002); besonders erhöht bei einem Strafmaß von mehr als 15 Jahre (Duthé et al. 2013). Die Suizide in Strafhaft werden vor allem von Häftlingen zwischen dem 30. und 35. Lebensjahr begangen, welche hauptsächlich auf Grund von Gewalt-Delikten insistiert sind und zumeist Haftenerfahrung aufweisen. Der Suizid erfolgt häufig nach einer Haftzeit von 4 bis 5 Jahren (Konrad et al. 2007; Bennefeld-Kersten 2012b; Gupta und Girdhar 2012). Im Gegensatz dazu finden sich im eigenen Material kürzere Inhaftierungszeiten.

Unabhängig von der Haftart haben Häftlinge mit Gewalt-Erfahrung und -Anwendung ein erhöhtes Risiko für suizidale Handlungen (Suto 2007). Somit sind in Haftanstalten mit einem hohen Anteil an Insassen mit Gewalt-Delikten höhere Suizid-Raten zu erwarten (Tripodi und Bender 2007). Nach der Literatur stellen auch psychische Beschwerden und/oder psychiatrischer Erkrankungen unabhängig von der Haft einen wesentlichen Risikofaktor dar (Torrey et al. 2010; Pesch 2015), wie bereits in den vorangegangenen Abschnitten erläutert wurde.

Radeloff et al. (2015) heben die besondere Situation für jugendliche Häftlinge hervor. Hier ist nicht nur die Unterbringung in Untersuchungshaft mit suizidalem Verhalten assoziiert, sondern auch die Unterbringung in Strafhaft. Die Autoren betonen somit als weiteren alters-spezifischen Risikofaktor die Haftform.

5.2 Suizidprävention

Die Thematik der Suizidprävention wurde bereits umfangreich von zahlreichen Autoren bearbeitet (Fazel und Baillargeon 2011; European Alliance against Depression und Stiftung Deutsche Depressionshilfe 2014). Hinsichtlich der Suizidprävention speziell in Haftanstalten beschäftigt sich in der Bundesrepublik Deutschland die Bundesarbeitsgruppe „Suizidprävention Justizvollzug“ mit diesem Problemkomplex. In diesem Rahmen liegen bereits entsprechende Empfehlungen vor (Kriminologischer Dienst im Bildungsinstitut des niedersächsischen Justizvollzugs 2009a, 2009b; Bundesarbeitsgruppe Suizidprävention im Justizvollzug 2018). Konrad et al. (2007) und auch Daigle et al. (2007) erarbeiteten einen Suizidpräventionsleitfaden.

Als Schwerpunkte einer Suizidprävention gelten die nachfolgend genannten Punkte, wobei das Erhängen als Hauptmethode der Selbsttötung zugrunde gelegt wird:

- Beachtung und Herausarbeitung der aktuellen und auch einer ggf. vorangegangenen Suizidalität, einschließlich der entsprechenden Dokumentation,
- Gestaltung der räumlichen Gegebenheiten,
- Vorenthalten als Werkzeug nutzbarer Gegenstände,
- Unterbringung in Gemeinschaftszellen,
- psychologische Betreuung und wenn nötig
- Kontrollmaßnahmen.

Aus den bereits dargestellten Risikoprofilen kristallisieren sich zusätzliche Faktoren heraus, wie bestimmte altersspezifische Gruppen und Zeitpunkte.

Hayes (2013) weist darauf hin, dass das Hauptaugenmerk der Prävention in der Erkennung suicidal gefährdeter Häftlinge liegt. Mit entsprechenden Screening-Methoden sollten die Häftlinge vor der Phase der akuten Suizidalität bereits erkannt und ein Zugang zu notwendigen Hilfoptionen ermöglicht werden (Missoni und Konrad 2008; Kellogg et al. 2014; Frottier 09.-11.11.2016). Gould et al. (2018) zeigen dabei eine Zusammenschau unterschiedlichster Screening Methoden auf. So etablierte sich u.a. die „VISCI“ Methode nach Frottier et al. (2009): „The Viennese Instrument for Suicidality in Correctional Institutions“. Wobei Ritter et al. (2016) darauf hinweisen, dass die Anwendung von Screening-Verfahren gerade im Hinblick auf die hohen Suizidraten bei Häftlingen mit psychiatrischen Erkrankungen und hier vor allem Persönlichkeitsstörungen durch weiterführende psychiatrische Untersuchungsverfahren ergänzt werden sollten (vgl. auch Weigand et al. 2018). Dabei fordert Pesch (2015) die Entwicklung einer bundesweit geltenden Screening Methode unter Berücksichtigung der bekannten Risikofaktoren.

Bei Vorliegen von psychiatrischen Erkrankungen, die mit der Entwicklung einer Suizidalität einhergehen können, stellt eine adäquate Therapie der Grunderkrankungen eine effektive Form der Suizidprävention dar (Pfennig et al. 2005; Radeloff et al. 2016; Weigand et al. 2018).

Ein weiterer großer Anteil der Prävention liegt darin, den Zugang zu nutzbarem Werkzeug zu verhindern (Mann et al. 2005) und/oder sichere Zellen zu schaffen, indem Fixierungspunkte minimiert werden (Shaw et al. 2003; Tartaro 2003; Kriminologischer Dienst im Bildungsinstitut des niedersächsischen Justizvollzugs 2009a; Felthous 2011; Schulte und Rademacher 09.-11.11.2016). Einen entsprechenden Suizidpräventionsraum gibt es mittlerweile u.a. in der JVA Leipzig (Justiz Sachsen und Kriminologischer Dienst Sachsen 2019). Allerdings muss nach Bennefeld-Kersten (2012b) bei isolierender Unterbringung angemerkt werden, dass in mehr als 1/10 aller Suizidfälle während der aktuellen Haftzeit zeitweilig eine Unterbringung in einem bgH erfolgte. Die Autorin hebt hervor, dass innerhalb von zwei bis vier Wochen nach Auflösen von Sicherungsmaßnahmen dennoch häufig ein Suizid stattfindet. Sicherungsmaßnahmen sind

auch regelmäßige Kontrollen, welche zumeist in 15-minütigen Abständen stattfinden (Hayes 2012). Alleinig diese Kontrollintervalle erscheinen nicht ausreichend (Way et al. 2005), gerade wenn man bedenkt, dass bei einem Erhängen bereits nach 3 Minuten eine irreversible Schädigung des Gehirns eintreten kann. Problematisch sind auch in einem bestimmten festen Rhythmus erfolgende Kontrollen (Rivlin et al. 2012). Ergänzt werden können entsprechende Maßnahmen durch eine Unterbringung mit akustischer und/oder visueller Überwachung (Kriminologischer Dienst im Bildungsinstitut des niedersächsischen Justizvollzugs 2009a; Hayes 2010). Nach Tripodi und Bender (2007) kann dies eine Direkt-Kontrolle jedoch nicht ersetzen (vgl. auch Tartaro 2003; Daniel 2006). Eine ständige persönliche Überwachung wäre die beste Suizidpräventionsmethode. Jedoch kommt es auch unter ständiger Überwachung zu suizidalen Handlungen (Felthous 2011). In den eigenen Untersuchungen findet sich so ein Fall mit Anwendung scharfer Gewalt bei Vorliegen einer akustischen und visuellen Überwachung; bei Sicherungsmaßnahmen in der Vergangenheit konnten keine genauen Aussagen bezüglich der Zeitintervalle seit Auflösung ermittelt werden.

Bekanntermaßen sind Insassen mit suizidalen Andeutungen immer in Gemeinschaft oder in medizinischen Abschnitten der Haftanstalten unterzubringen (Kriminologischer Dienst im Bildungsinstitut des niedersächsischen Justizvollzugs 2009b; Hayes 2010). Dabei sollten nach Wirth (2006) auch die entsprechenden Mithäftlinge für eine solche Unterbringung geeignet sein (vgl. auch Hayes 1995; Way et al. 2005). In diesem Zusammenhang wäre eine Anfrage der Partei Bündnis 90/DIE GRÜNEN an den Landtag des Bundeslandes Sachsen-Anhalt zu nennen. Laut der Antwort ist eine gemeinsame Unterbringung stets zu bevorzugen (Landtag von Sachsen-Anhalt 2015). Darüber hinaus weisen Erfahrungen in New Yorker Gefängnissen darauf hin, dass bei Bekanntwerden oder Früherkennung einer akuten Suizidalität eine sofortige psychiatrische Betreuung eingeleitet werden muss (Way et al. 2005).

Es ist zu empfehlen, Objekte, die als Suizid-Werkzeuge, auch im Rahmen einer Anwendung von scharfer Gewalt, fungieren können, aus den Hafträumen zu entfernen (Meltzer et al. 1999; Shaw et al. 2003; Shepherd 2005; Tripodi und Bender 2007; Hayes 2010). Bezüglich Kleidung und Bettwäsche war ein versuchsweiser Ersatz aus Papier nicht erfolgreich (Shepherd 2005). Intoxikationen betreffend ist in gegebenen Fällen eine Verabreichung von Medikamenten unter Kontrolle und wenn möglich in flüssiger Form zu überdenken, um eine Hortung mit Erreichen einer letalen Dosis zu verhindern. Erstrebenswert wäre es sicherlich, wenn der Handel mit Medikamenten und speziell Betäubungsmitteln in den JVAen vollständig unterbunden werden könnte. Die praktische Umsetzung solcher Bestrebungen dürfte sich jedoch als schwierig erweisen.

In den hier analysierten Suiziden konnten alleinig in 12 Fällen Aussagen im Hinblick auf eventuell bereits in der Vergangenheit angewendete Suizidpräventionsmaßnahmen oder zum Todeszeitpunkt aktueller Maßnahmen getroffen werden. Bei zwei Männern und einer Frau waren die

Empfehlungen aus organisatorischen Gründen nicht umzusetzen.

Zukunftweisend erscheinen Konzepte, die teilweise o.g. Faktoren aufgreifen und bündeln, wie das „Listener“-Prinzip (Betreuung durch hafterfahrene Mitinsassen während der ersten Hafttage), welches auf Bundesebene primär in der JVA München Anwendung fand (Bennefeld-Kersten 2012a; Pecher 2014; Bennefeld-Kersten und Pecher 09.-11.11.2016), und auch das Konzept einer speziellen Telefonseelsorge wie in Niedersachsen umgesetzt (Bennefeld-Kersten 2011; Bennefeld-Kersten und Pecher 09.-11.11.2016). Aber auch bereits seit langen Zeiten integrierte Konzepte wie direkte Gefängnisseelsorge (Karle 2011) und anderweitige psychologische Betreuung können hier einen guten Effekt erzielen.

5.3 andere Varianten „nicht natürlicher Todesart“

Unter den „nicht natürlichen“ Todesfällen stellen Tötungsdelikte unter Häftlingen oder gar durch Bedienstete eine Seltenheit dar; im eigenen Material findet sich lediglich ein Fall in Folge einer Tötung durch Mithäftlinge (s. Kasuistik).

Unter den anderen Varianten einer „nicht natürlichen Todesart“ wären hier auch die beiden Todesfälle in Folge von Behandlungsfehlern mit nachfolgenden juristischen Untersuchungen zu erwähnen, während bei den 5 Intoxikationsfälle ohne Abschiedsnachricht der suizidale Hintergrund nicht sicher zu erfassen ist und daher eine Zuordnung in diese Kategorie erfolgte (Weigand et al. 2018).

So finden sich nach Weigand et al. (2018) unter den Intoxikationsopfern vor allem 20 bis 49-Jährige, welche auch den Hauptteil der Häftlingspopulation ausmachen und sich zumeist durch eine orale Aufnahme einer Substanz vergiften. Suizidale Intoxikationen finden sich dabei bezogen auf die Häufigkeit der genutzten Suizid-Methode nach dem Erhängen auf Platz 2 (Ambach et al. 1990; Frottier et al. 2001; Weigand et al. 2018), was sich unter vorsichtiger Berücksichtigung auf Grund der geringen Fallzahlen in den eigenen Betrachtungen bestätigen lässt.

5.4 „natürliche Todesart“

Eine „natürliche Todesart“ liegt in der Regel bei „lebensälteren“ Inhaftierten mit teils chronischen Erkrankungen vor (Fazel et al. 2001a; Gallagher und Dobrin 2006; Williams et al. 2014; Petersen 2016). Das schließt nicht aus, dass auch jüngere Häftlinge eines „natürlichen“ Todes versterben (Wobeser et al. 2002; Shepherd 2005; Opitz-Welke et al. 2018). Hier sind die möglicherweise speziellen Lebensgewohnheiten der Inhaftierten hervorzuheben, die mit einer gewissen risikobehafteten Lebensart vor der Inhaftierung einhergehen können: Nikotin-, Substanz- und/oder Alkohol-Abusus und assoziierte Erkrankungen (Butler und Milner 2003; Wilper et al. 2009; Eytan et al. 2011; Rich et al. 2011a ; Opitz-Welke et al. 2018; Eichler 21. Januar 2019). Interessanterweise gaben in Australien 95% der weiblichen und 78% der männlichen Inhaftierten bei Häftlingsbefragungen mindestens eine chronische Erkrankung an (Butler und Milner 2003). Beinahe 2/5 der von Wilper et al. (2009) untersuchten US-amerikanischen Häftlingspo-

pulation wiesen mindestens eine chronische Erkrankung auf, ein Befund der von Binswanger et al. (2009) bestätigt wurde. Bei Meltzer et al. (1999) lagen bei 2/5 der männlichen und der Hälfte der weiblichen Inhaftierten in England und Wales langfristige Erkrankungen vor. In den eigenen Untersuchungen hingegen waren unter allen Todesopfern nur in wenigen Fällen Vorerkrankungen bekannt. Dies könnte jedoch beeinflusst sein, durch unklare Angaben der Inhaftierten bei Haftaufnahme bzw. durch die für diese Arbeit fehlende Möglichkeit einer Einsicht in die „Gesundheitsakten“.

In der Literatur finden sich unterschiedliche Angaben über das Verhältnis „natürlicher Todesfälle“ zu suizidalen Handlungen. So beschreibt Hayes (1997) ein Überwiegen der Suizide als häufigste Todesursache bei Häftlingen. Bei Anders et al. (2003) konnten in Haftanstalten in Hamburg bei 38% der Todesfälle eine „natürliche Todesart“ aufgezeigt werden. In Haftanstalten von Maryland lagen bei 49% der Sterbefälle eine „natürliche“ Todesursache vor (Grant et al. 2007), wobei diese Autoren einen historisch bedingten Wandel der Todesursachen aufzeigen konnten. Tripodi und Bender (2007) setzten „natürliche“ Todesursachen an erste Stelle. In jüngster Zeit bestätigte Petersen (2016) diese Entwicklung auch für die Freie Hansestadt Hamburg. In der hier vorliegenden Untersuchung zeigt sich für das Bundesland Sachsen-Anhalt über den Beobachtungszeitraum ein geringes Überwiegen der Suizide.

In der Gruppe der „natürlichen Todesart“ stellt sich bei den Männern eine Häufung in der Gruppe der 40 bis 44-Jährigen dar. In der Altersgruppe 45 bis 69 Jahre konnten insgesamt 12 Todesopfer ermittelt werden. Die restlichen Männer waren über alle Altersgruppen von 15 bis 39 Jahre verteilt. Die eine Frau verstarb im Alter von 51 Jahren. Die Mehrzahl der Todesopfer war zum Todeszeitpunkt in Strafhaft untergebracht. Der größte Anteil der Männer verstarb in der JVA Naumburg. Hier fand die Unterbringung von Strafhäftlingen mit langen Haftstrafen statt. Außerdem war das ehemalige Haftkrankenhaus des Bundeslandes dieser JVA angegliedert. Eine Schlüsselposition nimmt hier die Hafttauglichkeitsuntersuchung ein, die die weitere medizinische Betreuung einschließlich spezieller diagnostischer Maßnahmen (u.a. Kardiologie, Gastroenterologie, Infektiologie, Psychiatrie) bereits anbahnen sollte.

Einheitliche, bundesweite Kriterien und Richtlinien ab wann eine Haft- bzw. Vollzugstauglichkeit vorliegt, fehlen bisher. Hier ergeben sich Parallelen zur Forderung von Heide et al. (2003) nach einheitlichen, medizinisch klar definierten Kriterien der Gewahrsamstauglichkeit. Diese Forderung, nach einheitlichen Kriterien ist dabei nicht nur auf die Vollzugstauglichkeitsuntersuchung auszuweiten, sondern beinhaltet auch einer Festlegung bezüglich regelmäßiger medizinischer Untersuchungen von Häftlingen nach gewissen Haftzeitpunkten im Rahmen einer „SOP“ („Standard Operating Procedure“). Diese wiederkehrenden Untersuchungen zur Evaluierung möglicher chronischer Erkrankungen sind Grundlage einer adäquaten Therapie somatischer Erkrankung und der Reduktion natürlicher Todesfälle in Haft.

Vier der Männer und die eine Frau verstarben während der Verbüßung einer meist nur mehrwöchigen Ersatzfreiheitsstrafe. Das Todesereignis fand in allen diesen Fällen innerhalb der ersten 14 Hafttage statt und es zeigte sich hierbei eine Häufung des fortgeschrittenen Lebensalters. Dabei erhebt sich die Frage, wie die Korrelation zwischen Verbüßung einer EFS und fortgeschrittenem Lebensalter aber auch der relativ kurzen Inhaftierungszeit bis zum Todeseintritt zustande kommt bzw. wie sich diese Umstände erklären lassen. Müller-Foti et al. (2007) weisen auf die besondere soziale und ökonomische Situation der Häftlinge mit Verbüßung einer EFS hin.

Als häufigste Todesursache bei „natürlicher Todesart“ werden übereinstimmend kardiovaskuläre Erkrankungen angegeben (Wobeser et al. 2002; Anders et al. 2003; Shepherd 2005; Sakellidis et al. 2013a; Graham et al. 2015; Petersen 2016), gefolgt von pulmonalen Ursachen (Anders et al. 2003). Auch Graham et al. (2015) messen kardiovaskulären Erkrankungen und Alkoholbedingten Leber-Veränderungen eine hohe Bedeutung bei. In den eigenen Untersuchungen wird der Hauptanteil der Verstorbenen mit „natürlicher Todesart“ durch 25 männliche Personen mit Todesursachen als Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems gebildet, das entspricht einem Anteil von 80,6 % der „natürlich“ verstorbenen Männer. Bei der Möglichkeit der Komorbidität waren alleinig bei 11 Männern mit einer „natürlichen Todesart“ kardiovaskuläre Vorerkrankungen eruierbar. Somit fällt in den eigenen Untersuchungen, eine deutliche Differenz zwischen den Häftlingen, deren Erkrankungen bekannt waren, und den Häftlingen, bei denen sich kardiovaskuläre Todesursachen als eine Art „Erstdiagnose“ fanden, auf. Hier stellt sich die Frage nach der Notwendigkeit einer speziellen Diagnostik bzw. Informationen bezüglich der Krankengeschichte, zumal auch andere Autoren über eine Häufung kardiovaskulärer Läsionen berichten (Baillargeon et al. 2000; Moschetti et al. 2015; Kouyoumdjian et al. 2016). Aneurysmata und andere Gefäßmalformationen können im Haftverlauf rupturieren und tödliche Verläufe nach sich ziehen (Shepherd 2005). Dies wird in den eigenen Untersuchungen durch 2 Fälle mit Rupturen von Aneurysmen der Hirnbasisarterien bei relativ jungen Menschen sowie durch die Ruptur eines herznahen Aneurysma dissecans aortae mit Ausbildung einer Herzbeutelampnade belegt.

Langjährige Hypertonie-Patienten unter den Häftlingen, die einen relativ großen Anteil ausmachen können (Baillargeon et al. 2000; Binswanger et al. 2009), haben durch entstehende myokardiale Hypertrophien und damit einhergehende Perfusionsstörungen in Tachykardie-Phasen ebenfalls erheblich erhöhte Risiken für tödliche Verläufe (Shepherd 2005). Eine Subgruppe junger Menschen hat bereits Koronararterien-Erkrankungen bedingt durch u.a. Hyperlipidämien und/oder einen unbehandelten Diabetes mellitus und damit gleichfalls ein erhöhtes Risiko für kardiale Todesursachen. Veränderungen in der Myokard-Durchblutung können sich bei Stress in typischen anginösen Beschwerden äußern, aber auch ohne klinische Symptome ablaufen und

so zum „plötzlichen Herztod“ führen. Da Häftlinge sehr häufig aus jüngeren Bevölkerungsschichten stammen, ist es möglich, dass auch Personen mit einem solchen Risikopotenzial inhaftiert werden. Hier wären insgesamt aus dem eigenen Material die 15 Fälle, bei denen eine Koronararteriosklerose vordergründig war, anzuführen und insbesondere mit einer akuten Koronarthrombose. Diese Fälle führen häufig zum Bild eines akuten Koronartotes. Bei jungen Menschen können in seltenen Fällen auch rheumatische Herz-Erkrankungen und Myokarditiden tödlich verlaufen (Shepherd 2005).

Durch eine fehlende oder unzureichende Therapie eines Asthma bronchiale kann es zu tödlich verlaufenden Asthma-Anfällen kommen (Shepherd 2005). Im eigenen Material bestätigt sich dies in einem Fall durch Verweigerung einer adäquaten Therapie.

Hervorzuheben sind weiterhin 3 Fälle mit einem Delirium tremens als Todesursache bei bekanntem chronischen Alkohol-Abusus. In derartig speziellen Fällen ist die Notwendigkeit einer stationären Behandlung zu eruieren und gegebenenfalls eine entsprechende Therapie dringend einzuleiten. Hier kann die Verlegung in ein externes Krankenhaus notwendig werden.

Erkrankt zu sein, verkörpert für Häftlinge häufig ein Problem, sei es aus Angst vor einer nicht ausreichenden Therapie, Ausgrenzung aus dem „Kollektiv der Mithäftlinge“, Scham und Hemmungen gegenüber den Bediensteten und dem medizinischen Personal oder aus anderen zumeist persönlichen Gründen (Elger 2009; Cloyes et al. 2015).

Obwohl nach Trusch (2011) in Haftanstalten HIV-Infektionen 15-mal häufiger, Hepatitis-C-Infektionen bis zu 35-mal häufiger und Tuberkulose bis zu 60-mal häufiger als in der Normalbevölkerung diagnostiziert wurden, konnte in den eigenen Untersuchungen nur in einem Fall eine HIV-Infektion und in einem weiteren Einzelfall eine Hepatitis-B-Infektion festgestellt werden, die jedoch jeweils nicht todesursächlich in Erscheinung traten. Auch andere Autoren benennen erhöhte Infektionsraten unter Häftlingen (vgl. Stöver 2008; Keppler et al. 2010). Bezüglich der eigenen Untersuchungen ist auch hier anzumerken, dass bei nicht möglicher Analyse der „Gesundheitsakten“ unklar ist, zu welchem Prozentsatz eine entsprechende infektiologische Diagnostik stattgefunden hat. Im Hinblick auf die jedoch im Schrifttum sehr hohen Zahlen bestimmter Infektionserkrankungen ist eine entsprechende Diagnostik im Rahmen der SOP „Vollzugstauglichkeit“ zu diskutieren.

Begründet durch den geringen Anteil weiblicher Inhaftierter bestehen gewisse Defizite bezüglich der Kenntnisse der gesundheitlichen Situation und Versorgung dieser Subgruppe (Jacob und Keppler 2001; akzept e.V. et al. 2005; WHO. Regional Office for Europe 2011). Der relativ hohe Anteil inhaftierter Frauen mit Drogen-Abhängigkeiten führt in einem relativ hohen Prozentsatz zu entsprechenden Folgeerkrankungen (Stöver 2008). Inzwischen werden Forderungen erhoben, die darauf hinweisen, dass für weibliche Häftlinge als gesonderte Risikogruppe spezielle diagnostische und therapeutische Maßnahmen unter Haftbedingungen notwendig sind (Sorbello et al. 2002; WHO. Regional Office for Europe 2011).

Ältere Inhaftierte weisen nicht nur höhere Krankheitsraten als Vergleichspersonen der Normalbevölkerung auf, sondern auch höhere Raten als jüngere Mithäftlinge. Dabei finden sich hier auch vermehrt chronische und häufig beschleunigte Krankheitsverläufe (Fazel et al. 2001a). Durch die Inhaftierung bedingte eingeschränkte soziale und emotionale Interaktionen haben gerade bei älteren Häftlingen eine mangelhaft empfundene Lebensqualität zur Folge (Crawley 2005). Für diese Gruppe stellt eine begrenzte medizinische und vor allem psychiatrische Versorgung ein schwerwiegendes Problem dar (Fazel et al. 2004). Todesursachen bei bescheinigten „natürlichen“ Todesfällen scheinen in den meisten Fällen auch durch vorbeugende Maßnahmen nur bedingt vermeidbar zu sein. So sind z.B. Todesfälle auch als Spätfolgen eines chronischen Alkohol-Missbrauchs zu erwarten (Wobeser et al. 2002).

Einen Tod im fortgeschrittenen Lebensalter bei lebenslanger Haftstrafe findet man eher selten. Begründend hierfür ist die Tatsache, dass bei schwerwiegenden Erkrankungen mit zu erwartendem letalen Ausgang eine Aussetzung der Haftstrafe erfolgen bzw. ein vorzeitiges Haftende durch die entsprechenden juristischen Instanzen gewährt werden kann. Hierbei ist abzuwägen, in welchem Ausmaß die betreffende Person trotz palliativer Grundsituation zu weiteren kriminellen Handlungen fähig ist. Des Weiteren wird eine Anbindung an das allgemeine Gesundheitssystem dringend empfohlen (Fruehwald et al. 2003; Jüschke 2012; Williams et al. 2014). Die so extern versterbenden Personen fielen gegebenenfalls aus dem Beobachtungsraster dieser Arbeit. Die Häufigkeit der Nutzung dieser Maßnahmen kann nicht beurteilt werden. Es ist ein Fall zu erwähnen, bei dem eine Aussetzung der Haftstrafe aus eben diesen Gründen angedacht war, jedoch aus organisatorischen Gründen verschoben wurde und es so zum Versterben innerhalb des Haftsystems kam. Eine andere Strategie, die international Anwendung findet, ist die Einrichtung spezieller medizinischer Zentren innerhalb der Haftsysteme, welche auf eine palliative Versorgung bzw. einen erhöhten Pflegebedarf eingestellt sind. Dabei ist zu beachten, dass gängige Konzepte für die Sterbebegleitung und die Hospiz-Arbeit auf die besondere Gruppe der Häftlinge angepasst werden müssen (Williams et al. 2014; Cloyes et al. 2015). Entsprechende Programme sind in Sachsen-Anhalt jedoch bisher nicht etabliert. Im Rahmen von Kooperationsverträgen stehen jedoch im Haftkrankenhaus Leipzig ausreichende Betten zur Verfügung und können bei Bedarf genutzt werden. Auf Grund begrenzter Kapazitäten findet jedoch nicht immer eine entsprechende Umsetzung statt.

In neuer Zeit ergibt sich die Entwicklungen von speziellen Abteilungen für „lebensältere Häftlinge“ in Haftanstalten bzw. einzelne Haftanstalten nur für Inhaftierte mit fortgeschrittenem Alter (Williams et al. 2014), wie u.a. die JVA Detmold und Rheinbach zeigen (Justiz Online - Die NRW Justiz im Internet 2017a, 2017b). Hierzu erhebt sich die Frage nach weiteren Analysen und Effektivitätsstudien, zumal Fazel et al. (2016) darauf hinweisen, dass der Anteil der Inhaftierten über 60 Jahre, die Altersgruppe ist, die den größten Zuwachs zu verzeichnen hat (vgl. auch Petersen 2016; Opitz-Welke et al. 2019). Demzufolge sind hierbei „geriatrische Syn-

drome“ mit zunehmender Einschränkung der Mobilität, Eigenständigkeit und Sensibilität aber auch der kognitiven Leistungen, besonders zu berücksichtigen (Williams et al. 2014).

Zum aktuellen Zeitpunkt erscheint das Justizvollzugssystem im LSA noch nicht entsprechend ausgerichtet. Eine entsprechende Vorbereitung und Anpassung wird gegebenenfalls im Verlauf notwendig werden.

Bei Vorliegen einer „natürlichen Todesart“ zeigen sich somit folgende Merkmale gehäuft: männliches Geschlecht, 40 bis 44 Jahre, häufig insistiert auf Grund von Eigentums-Delikten, zumeist nicht erstmals inhaftiert, gehäuft mehr als 5 Vorstrafen und als Todesursache in erster Linie Koronarsklerose mit akutem Myokardinfarkt bzw. Rezidiv- Myokardinfarkt.

5.5 Schlussfolgerungen für Diagnostik und Therapie von chronischen Vorerkrankungen sowie Gesundheitsförderung

Im Hinblick auf ein Überwiegen der kardiovaskulären Läsionen in dieser Untersuchung wäre ergänzend zur Hafttauglichkeit eine eingehende Analyse vorbestehender Erkrankungen zu empfehlen. Dabei wären vormalig behandelnde Ärzte zu kontaktieren und Hinweise auf vorangegangene Therapien zu eruieren. Einen Rahmen hierfür könnte eine möglichst bundeseinheitliche SOP für die „Haftfähigkeit“ bilden, inklusive einer Festlegung zur Wiederholung der Untersuchung nach einer bestimmten Haftdauer im Sinne eines Gesundheits-Check-ups. Eine Anpassung der Vorgaben Gesetzlicher Krankenkassen sollte überdacht werden.

Aber auch eine Diagnostik von infektionsbedingten Erkrankungen sollte nach den in der Literatur beschriebenen Häufigkeiten angestrebt werden, zumal bei diesen Erkrankungen der Zeitpunkt der Inhaftierung für Diagnostik und Therapie von Bedeutung ist (Kastelic 2007; WHO. Regional Office for Europe 2010; Hariga 2014; Todts 2014; Dolan et al. 2016; Kamarulzaman et al. 2016; Ndeffo-Mbah et al. 2018). Die Inhaftierung bedeutet für viele Betroffene eine stabile Lebenssituation und stellt damit einen realisierbaren Zeitpunkt zur Intervention dar (Fazel und Baillargeon 2011; Rich et al. 2011; Cinosi et al. 2013). Dies betrifft auch andere Krankheitsbilder (Dolan et al. 2016; Kouyoumdjian et al. 2016). Gerade bei der allgemein herrschenden Meinung, dass Haftanstalten zur Verbreitung von HIV (Rich et al. 2011) aber auch Hepatitis B und C (Kamarulzaman et al. 2016) beitragen können, sollten Spritzenaustauschprogramme als weiteres Standbein zur Eindämmung von Infektionserkrankungen anerkannt werden (akzept e.V. et al. 2005; Karakaya 2009).

Von Opitz-Welke et al. (2018) wurden Defizite besonders in der suchtmmedizinischen Versorgung herausgestellt. Grundsätzlich sollte die Option einer Substitutionstherapie bestehen (Kastelic 2007; Reimers 2013). Die Ärzte der jeweiligen Anstalten haben rechtlich die Möglichkeit eine Substitution durchzuführen (Jacob und Keppler 2001; Bundesärztekammer 2010; Knecht und Stöver 28.01.2011; Reimers 2013). Jedoch findet eine Substitution selten Anwendung (Weigand et al. 2018). Häufig werden mit Haftaufnahme entsprechende Maßnahmen abgesetzt. Die so erzwungene Abstinenz ist jedoch nur schlecht durchzusetzen (Stöver 2012). Eine Substi-

tution ist zur Verbesserung des Allgemeinzustandes anzustreben (Reimers 2013). Dabei sollten zusätzlich psychosoziale Angebote ausgebaut und hierfür ggf. auch externe Träger genutzt werden (Weilandt 2000; Keppler et al. 2010; Schulte-Scherlebeck 2010). In Sachsen-Anhalt besteht in allen Anstalten die Möglichkeit einer Substitution (Reimers 2013).

Der Genuss von Alkohol ist in Anstalten offiziell nicht möglich, stellt aber eine analoge Problematik dar (Eytan et al. 2011; WHO. Regional Office for Europe 2012; Graham 2014). Neuzugänge mit einer Alkohol-Abhängigkeit sollten einer unverzüglichen Therapie und weiteren Betreuung zugeführt werden, gerade im Hinblick auf die Folgen eines plötzlichen Entzuges (z.B. Delirium tremens; Fazel und Danesh 2002), ggf. in Kooperation mit regionalen Krankenhäusern.

Die weitere gesundheitliche Betreuung auch nach der Entlassung wäre gerade im Hinblick auf die soziale Herkunft oft zwingend notwendig (Bačák und Wildeman 2015). Besonders der erneute Beginn einer Substanz -Einnahme mit der Gefahr der Überdosierung (Kappos-Baxmann 2007; Kastelic 2007; WHO. Regional Office for Europe 2014), aber auch das erhöhte Suizidrisiko nach Entlassung sind hervorzuheben (Pratt et al. 2006; Pratt et al. 2010; Lim et al. 2012; Haglund et al. 2014; Spittal et al. 2014).

Bereits seit Längerem werden Veränderungen in den Grundlagen der medizinischen Versorgung innerhalb des Haftsystems gefordert und angestrebt (Lesting 2018). Die WHO betont so insgesamt die Notwendigkeit der Integrierung der intramuralen Gesundheitsversorgung in die der Allgemeinbevölkerung (WHO. Regional Office for Europe 2010, 2013).

6 Zusammenfassung

Die rechtsmedizinische Untersuchung von 85 Sterbefällen in den JVAen des Bundeslandes Sachsen-Anhalt über den Zeitraum 1992 bis 2015 erfolgte durch die Analyse von 17877 Sektionsprotokolle der IRM Halle (n=57) und Magdeburg (n=28). Nach RiStBV Nummer 33 Absatz 2 wurden alle Sterbefälle in Körperschaften der Justiz obduziert. Aufmerksamkeit erforderte die Reform der Justizvollzugsstruktur mit der Konzentration von 13 auf 4 Standorte (zusätzlich der Forensischen Psychiatrie Bernburg und dem Maßregelvollzug Uchtspringe), wobei die Unterbringung von weiblichen Inhaftierten nur in der JVA Halle (Am Kirchtor) oder mittels Kooperationsverträgen in umliegenden Bundesländern und die stationäre Betreuung im Haftkrankenhaus der JVA Leipzig oder in externen Krankenhäusern erfolgt.

Mit dem schrittweisen Vorgehen bei der Aufklärung der Todesursachen und -arten durch erste Leichenschau, anschließende Obduktion sowie weiterführende Untersuchungen (Histologie, Toxikologie etc.) konnten die primär als „nicht aufgeklärte Todesart“ klassifizierten Fälle, entweder einer „natürlichen“ (n=32, 37,7%) oder einer „nicht natürlichen“ (n=53, 62,3%) Todesart zugeordnet werden, sodass keine „nicht aufgeklärten“ Todesfälle verblieben. Dieses stufenweise Vorgehen zeigte sich in einigen Fällen leider aufwändiger und teilweise sogar lückenhaft.

Schlussfolgernd ist bereits am Sterbeort eine Beurteilung durch einen Facharzt für Rechtsmedizin und eine bundeseinheitliche Definition der Todesarten zu fordern, mit Festlegung im Rahmen einer SOP „Vorgehen bei einem Todesfall in Anstalten der Justiz“. Eine toxikologische Untersuchung sollte in jeglichem Fall inkludiert werden.

Die „nicht natürlichen“ Todesfälle umfassen 45 Suizide, 5 auf Grund einer fehlenden Abschiedsnachricht nicht als suizidal zu wertende Intoxikationen, 2 Fälle mit Vorliegen eines Behandlungsfehlers sowie ein Tötungsdelikt.

In 41 Fällen erfolgte der Suizid durch Erhängen. Der Großteil der Suizide fand in Untersuchungshaft statt (n=29), insgesamt überwiegend in Einzelzellen (n=28). Der Suizidzeitpunkt „nachts“ (zwischen 22 und 6 Uhr) zeigte mit 25 Fällen eine geringe Betonung. Bei den männlichen Suizidopfern konnte eine Häufung in den Monaten Dezember und April sowie insgesamt in den ersten 3 Haftmonaten ermittelt werden. Unter den Delikten der männlichen Suizidenten fallen besonders Eigentumsdelikte, aber auch Mord- und Totschlagdelikte auf.

Aus der Synopsis der Untersuchungen und der Literaturanalyse lassen sich schlussfolgernd Teilaspekte von Risikoprofilen v.a. für männliche Inhaftierte umreißen, die schwerpunktartig nach der Haftart gegliedert werden können:

- Untersuchungshäftlinge:
 - jüngeren Alters: 20 bis 24 Jahre, meist ledig, Erst-Inhaftierung zumeist bei Substanz - assoziierten Delikten, Substanz-Abhängigkeit, Frühphase der Inhaftierung, auch bei Isolation.
 - mittleren Alters: 30 bis 34 Jahre, Substanz - assoziierte Delikte und/oder Gewalt-

Delikte, schlechte Integration innerhalb der Haftanstalten und häufig wiederholte Suizid-Versuche.

- Strafhäftlinge:
 - fortgeschrittenen Alters, meist nach einer Haftzeit von 4 - 5 Jahren, Gewalt-Delikte, häufig Vorinhaftierungen und ebenfalls wiederholte Suizid-Versuche.

Diese Befunde werden mit der Fachliteratur diskutiert. Aus diesen Daten lassen sich mögliche Methoden der Suizidprävention ableiten, wie die räumliche Gestaltung der Unterbringungsmöglichkeiten, das Vorenthalten von Suizid-Werkzeugen und Unterbringung in Gemeinschaftszellen. Als zukunftsweisend erscheint das „Listener“-Prinzip, mit Bündelung unterschiedlicher Präventionsmethoden. Dabei sollten psychische Läsionen und psychiatrische Erkrankungen besonders beachtet werden (u.a. mittels Screening Methoden).

Die JVA Halle – Am Kirchtor stellt bezüglich der Suizide eine Besonderheit dar. Hier ereigneten sich 15 Suizide. Die scheinbare Häufung der weiblichen Suizidenten ist dabei unter dem Aspekt zu betrachten, dass über den Großteil des Untersuchungszeitraumes die Unterbringung von weiblichen Inhaftierten nur hier erfolgte.

32 „natürliche“ Todesfälle mit überwiegend kardiovaskulären Ereignissen (koronare Erkrankungen) zeigten sich vor allem im fortgeschrittenen Lebensalter. Innerhalb der ersten 3 Haftmonate verstarben 12 Männer und eine Frau. Eine Häufung findet sich mit zunehmender Haftdauer. Auffallend sind 5 Fälle im Rahmen einer Ersatzfreiheitsstrafe, wobei die Todesereignisse innerhalb der ersten 14 Hafttage eintraten und das Durchschnittsalter relativ hoch war. Dies lässt den Schluss zu, dass die todesursächlichen Erkrankungen bereits bei Inhaftierung bestanden und nicht angegeben und/oder diagnostiziert wurden. Somit stellt sich die Frage nach dem Umfang der Aufnahmeuntersuchung und die Einbeziehung entsprechender Vorbefunde. Eine möglichst bundesweit einheitliche SOP „Hafttauglichkeit“ und Kontrollen im Haftverlauf sind anzustreben.

Die JVA Naumburg (Schließung 2012) stellt für „natürliche“ Todesfälle eine Besonderheit dar, da hier zeitweise das Haftkrankenhaus angegliedert war und Häftlinge mit langem Strafmaß untergebracht waren.

Die aufgezeigte Zunahme älterer Personen in Haftanstalten macht eine Spezialisierung der medizinischen Versorgung auf die Bedürfnisse dieser Altersgruppe notwendig.

In der Zusammenschau resultiert die Forderung nach einer bundesweit einheitlich geltenden Definition der Haftfähigkeit und eine daraus resultierende SOP zur „Feststellung der Haftfähigkeit“ aber auch eine gesonderte SOP zum „Vorgehen beim Eintreten eines Todesfalles in einer Haftanstalt“.

Die Einschränkung des Datenzuganges gemäß § 477 StPO und die datenschutzrechtlichen Belange begrenzen die Aussagekraft dieser Arbeit. Statistische Vergleiche und prognostische Aussagen sind somit nur bedingt möglich.

Literatur

Ajdacic-Gross V, Haas S, Ita M, Meister B, Ring M (2011) Suizidprävention im Kanton Zürich; Expertenbericht des Forums für Suizidprävention und Suizidforschung Zürich zum Postulat KR-Nr. 20/2008 zuhanden des Regierungsrates des Kanton Zürich. Forum für Suizidprävention und Suizidforschung Zürich:1–60.

akzept e.V., Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands e.V. (Hrsg) (2005) Erste Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft; Dokumentation. Bonn, Oktober 2004

Althaus D, Hegerl U (2004) Ursachen, Diagnose und Therapie von Suizidalität. *Nervenarzt* 75:1123–1135.

Ambach E, Radl W, Tributsch W (1990) Todesfälle in westösterreichischen Haftanstalten (mit 2 Tabellen). *Arch Kriminol* 186:17–22.

Anders S, Tsokos M, Püschel K (2003) Todesfälle im Gewahrsam; Hamburg 1990-2001. *Rechtsmedizin* 13:77–81.

Andreasen NC, Black DW (1993) Lehrbuch Psychiatrie. Beltz Psychologie Verlag Union, Weinheim, Basel

AWMF online (Hrsg) (2012) Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin; Regeln zur Durchführung der ärztlichen Leichenschau. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 054/002

Bačák V, Wildeman C (2015) An empirical assessment of the "healthy prisoner hypothesis". *Soc Sci Med* 138:187–191.

Baillargeon G, Black SA, Pulvino J, Dunn K (2000) The disease profile of Texas prison inmates. *Ann Epidemiol* 10:74–80

Baillargeon J, Binswanger IA, Penn JV, Williams BA, Murray OJ (2009a) Psychiatric disorders and repeat incarcerations: the revolving prison door. *Am J Psychiatry* 166:103–109.

Baillargeon J, Penn JV, Thomas CR, Temple JR, Baillargeon G, Murray OJ (2009b) Psychiatric disorders and suicide in the nation's largest state prison system. *J Am Acad Psychiatry Law* 37:188–193

Bark N (2014) Prisoner mental health in the USA. *International psychiatry* 11:53–55

Bausch J (2013) Knast. Ullstein Verlag, Berlin

Bennefeld-Kersten K (2009) Ausgeschieden durch Suizid-Selbsttötungen im Gefängnis; Zahlen, Fakten, Interpretationen. Pabst Science Publishers, Lengerich. Zugegriffen: 14. Juni 2015

Bennefeld-Kersten K (2011) Ein Jahr Telefonseelsorge für Gefangene in niedersächsischen Justizvollzugsanstalten; Erste Erfahrungen Heft 1. Kriminologischer Dienst im Bildungsinstitut des niedersächsischen Justizvollzug. Zugegriffen: 14. Juni 2015

Bennefeld-Kersten K (2012a) Empfehlungen zum Einsatz von „Listeners“ im Rahmen der Suizidprävention. Arbeitsgruppe Strafvollzug, Nationales Suizidpräventionsprogramm:1–16

Bennefeld-Kersten K (2012b) Suizide von Gefangenen in Deutschland 2000-2010. Nationales Suizidpräventionsprogramm. Zugegriffen: 14. Juni 2015

Bennefeld-Kersten K, Pecher W (09.-11.11.2016) Telefonseelsorge und Listener, Dresden, Kongress Bundesarbeitsgruppe Suizidprävention im Justizvollzug

Bertolote JM (2004) Suicide prevention: at what level does it work? *World Psychiatry* 3:147–151

Best D, Havis S, Strathdee G, Keaney F, Manning V, Strang J (2004) Drug deaths in police custody: is dual diagnosis a significant factor? *J Clin Forensic Med* 11:173–182.

Binswanger IA, Krueger PM, Steiner JF (2009) Prevalence of chronic medical conditions among jail and prison inmates in the USA compared with the general population. *J Epidemiol Community Health* 63:912–919.

Bird SM (2008) Changes in male suicides in Scottish prisons: 10-year study. *Br J Psychiatry* 192:446–449.

Blaauw E, van Marle HJC (2007) Health in Prisons. A WHO guide to the essentials in prison health; Mental health in prison:133–146.

Bonner RL (2000) Correctional Suicide Prevention in the Year 2000 and Beyond. *Suicide Life Threat Behav* 30:370–376

Brinkmann B, Püschel K, Bause H-W, Doehn M (1981) Zur Pathophysiologie der Atmung und des Kreislaufs bei Tod durch obstruktive Asphyxie. *Z Rechtsmed* 87:103–116

Bundesärztekammer (2010) Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitions-gestützten Behandlung Opiatabhängiger-vom Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Sitzung am 19. Februar 2010 verabschiedet.

https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/RL/Substitution.pdf. Zugegriffen: 20. Juli 2016

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2016, Ausfertigungsdatum: 1.1.1977, geändert mit Wirkung vom 1. September 2016 durch Bekanntmachung vom 15. August 2016) Richtlinien für das Strafverfahren und das Bußgeldverfahren; RiStBV.

https://www.bmju.de/SharedDocs/Archiv/Downloads/RiStBV.pdf?jsessionid=A17A76F2721396E9B0C6519688F8BD0D.1_cid334?__blob=publicationFile&v=6. Zugegriffen: 02. Mai 2019

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, Bundesamt für Justiz (2019, Ausfertigungsdatum: 20.12.1988, zuletzt geändert durch Art. 3 G v. 22.3.2019 I 350) Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V); Gesetzliche Krankenversicherung. https://www.gesetze-im-internet.de/sbg_5/BJNR024820988.html. Zugegriffen: 08. Mai 2019

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, juris GmbH (2016, Ausfertigungsdatum 12.09.1950, Neugefasst durch Bek. v. 7.4.1987 I 1074, 1319; Zuletzt geändert durch Art. 2

Abs. 5 G v. 4.11.2016 I 2460) Strafprozeßordnung; StPO. <https://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/stpo/gesamt.pdf>. Zugegriffen: 01. Dezember 2016

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, juris GmbH (2017, Ausfertigungsdatum: 16.03.1976, zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581) geändert) Gesetz über den Vollzug der Freiheitsstrafe und der freiheitsentziehenden Maßnahmen der Besserung und Sicherung (Strafvollzugsgesetz); StVollzG. <http://www.gesetze-im-internet.de/stvollzg/StVollzG.pdf>. Zugegriffen: 24. September 2017

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, juris GmbH (2017, Ausfertigungsdatum 23.05.1949, zuletzt geändert durch Art. 1 G v 13.07.2017 I 2346) Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland; GG. <http://www.gesetze-im-internet.de/gg/GG.pdf>. Zugegriffen: 12. September 2017

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, Bundesamt für Justiz (Ausfertigungsdatum: 04.08.1953, zuletzt geändert durch Art. 4 G v. 27.8.2017 I 3295) Jugendgerichtsgesetz; JGG. <http://www.gesetze-im-internet.de/jgg/JGG.pdf>. Zugegriffen: 02. Mai 2019

Bundesministerium der Justiz, Berlin, Bundesministerium für Justiz, Wien, Eidgenössisches Justiz- und Polizeidepartement, Bern (2007) Freiheitsentzug; Europäische Strafvollzugsgrundsätze. Die Empfehlung des Europarates Rec(2006)2. Forum Verlag Godesberg GmbH, Mönchengladbach

Butler T, Milner L (2003) The 2001 New South Wales Inmate Health Survey:1–237.

Canetto SS, Sakinofsky I (1998) The gender paradox in suicide. *Suicide Life Threat Behav* 28:1–23

Cinisi E, Martinotti G, De Risio L, Di Giannantonio M (2013) Suicide in Prisoners: An Italian Contribution. *The Open Criminology Journal* 6:18–29

Cloyes KG, Berry PH, Martz K, Supiano K (2015) Characteristics of Prison Hospice Patients: Medical History, Hospice Care, and End-of-Life Symptom Prevalence. *J Correct Health Care* 21:298–308.

Cook TB (2013) Recent criminal offending and suicide attempts: a national sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 48:767–774.

Crawley E (2005) Institutional Thoughtlessness in Prisons and Its Impacts on the Day-to-Day Prison Lives of Elderly Men. *J Contemp Crim Justice* 21:350–363.

Daigle MS, Daniel AE, Dear GE, Frottier P, Hayes LM, Kerkhof A, Konrad N, Liebling A, Sarchiapone M (2007) Preventing suicide in prisons, part II. International comparisons of suicide prevention services in correctional facilities. *Crisis* 28:122–130.

Daniel AE (2006) Preventing suicide in prison: a collaborative responsibility of administrative, custodial and clinical staff. *J Am Acad Psychiatry Law* 34:165–175.

Dolan K, Kite B, Black E, Aceijas C, Stimson GV (2007) HIV in prison in low-income and middle-income countries. *Lancet Infect Dis* 7:32–41.

Dolan K, Wirtz AL, Moazen B, Ndeffo-mbah M, Galvani A, Kinner SA, Courtney R, McKee M, Amon JJ, Maher L, Hellard M, Beyrer C, Altice FL (2016) Global burden of HIV, viral hepatitis, and tuberculosis in prisoners and detainees. *Lancet* 388:1089–1102.

Du Roscoät E, Beck F (2013) Efficient interventions on suicide prevention: a literature review. *Rev Epidemiol Sante Publique* 61:363–374.

Durkheim E (2003) *Der Selbstmord*. suhrkamp taschenbuch wissenschaft 431, Frankfurt am Main

Duthé G, Hazard A, Kensey A, Pan Ké Shon J-L (2009) Suicide in prison: A comparison between France and its European neighbours. *Population & Societies*

Duthé G, Hazard A, Kensey A, Pan Ké Shon J-L (2013) Suicide among male prisoners in France: A prospective population-based study. *Forensic Sci Int* 233:273–277.

Dye MH (2010) Deprivation, importation, and prison suicide: Combined effects of institutional conditions and inmate composition. *J Crim Justice* 38:796–806.

Eichler H (21. Januar 2019) Süchtig hinter Gittern; Strafvollzug. Jeder zweite Gefangene in Sachsen-Anhalt ist abhängig meist von Alkohol. Möglicherweise ist das Problem sogar noch größer. *Mitteldeutsche Zeitung Halle / Saalekreis*: 1

Eisenwort B, Berzlanovich A, Willinger U, Eisenwort G, Lindorfer S, Sonneck G (2006) Abschiedsbriefe und ihre Bedeutung innerhalb der Suizidologie. Zur Repräsentativität der Abschiedsbriefhinterlasser. *Nervenarzt* 77:1355.

Eisenwort B, Berzlanovich A, Heinrich M, Schuster A, Chocholous P, Lindorfer S, Eisenwort G, Willinger U, Sonneck G (2007) Suizidologie: Abschiedsbriefe und ihre Themen. *Nervenarzt* 78:672–678.

Elger BS (2009) Prison life: Television, sports, work, stress and insomnia in a remand prison. *Int J Law Psychiatry* 32:74–83.

Elnour AA, Harrison J (2008) Lethality of suicide methods. *Inj Prev* 14:39–45.

Elsing C, Schlenker T, Stremmel W (2001) Haft- und Gewahrsamsfähigkeit aus internistischer Sicht. *Dtsch Med Wochenschr* 126:1118–1121

European Alliance against Depression, Stiftung Deutsche Depressionshilfe (2014) Suizidprävention: Eine globale Herausforderung; Kurzfassung. Zugegriffen: 30. November 2015

Eytan A, Haller DM, Wolff H, Cerutti B, Sebo P, Bertrand D, Niveau G (2011) Psychiatric symptoms, psychological distress and somatic comorbidity among remand prisoners in Switzerland. *Int J Law Psychiatry* 34:13–19.

Fazel S, Baillargeon J (2011) The health of prisoners. *Lancet* 377:956–965.

- Fazel S, Danesh J (2002) Serious mental disorder in 23 000 prisoners: A systematic review of 62 surveys. *Lancet* 359:545–550.
- Fazel S, Seewald K (2012) Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *Br J Psychiatry* 200:364–373.
- Fazel S, Hope T, O'Donnell I, Piper M, Jacoby R (2001a) Health of elderly male prisoners: worse than the general population, worse than younger prisoners. *Age Ageing* 30:403–407
- Fazel S, Hope T, O'Donnell I, Jacoby R (2001b) Hidden psychiatric morbidity in elderly prisoners. *Br J Psychiatry* 179:535–539
- Fazel S, Hope T, O'Donnell I, Jacoby R (2004) Unmet treatment needs of older prisoners: a primary care survey. *Age Ageing* 33:396–398.
- Fazel S, Cartwright J, Norman-Nott A, Hawton K (2008) Suicide in Prisoners: A systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry* 69:1721–1731.
- Fazel S, Grann M, Kling B, Hawton K (2011) Prison suicide in 12 countries: an ecological study of 861 suicides during 2003–2007. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 46:191–195.
- Fazel S, Wolf A, Geddes JR (2013) Suicide in prisoners with bipolar disorder and other psychiatric disorders: a systematic review. *Bipolar disorders* 15:491–495.
- Fazel S, Hayes AJ, Bartellas K, Clerici M, Trestman R (2016) The mental health of prisoners: a review of prevalence, adverse outcomes, and interventions. *Lancet Psychiatry* 3:871–881.
- Felthous AR (2011) Suicide Behind Bars: Trends, Inconsistencies, and Practical Implications. *J Forensic Sci* 56:1541–1555.
- Foster T (2003) Suicide note themes and suicide prevention. *Int J Psychiatry Med* 33:323–331
- Frank L, Aguirre RTP (2013) Suicide Within United States Jails: A Qualitative Interpretive Meta-synthesis. *J Sociol Soc Welf* 11:31–52
- Frottier P, Frühwald S, Ritter K, König F (2001) Deprivation versus Importation: ein Erklärungsmodell für die Zunahme von Suiziden in Haftanstalten. *Fortschr Neurol Psychiatr* 69:90–96
- Frottier P, Frühwald S, Ritter K, Eher R, Schwärzler J, Bauer P (2002) Jailhouse Blues revisited. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 37:68–73.
- Frottier P, Koenig F, Seyringer M, Matschnig T, Fruehwald S (2009) The Distillation of "VIS-CI" : towards a better identification of suicidal inmates. *Suicide Life Threat Behav* 39:376–385
- Frottier P (09.-11.11.2016) Dynamisierung von Präventionsmaßnahmen im österreichischen Vollzug, Dresden, Kongress Bundesarbeitsgruppe Suizidprävention im Justizvollzug
- Fruehwald S, Frottier P, Eher R, Gutierrez K, Ritter K (2000) Prison Suicides in Austria, 1975–1997. *Suicide Life Threat Behav* 30:360–369

- Fruehwald S, Frottier P, Matschnig T, Eher R (2003) The relevance of suicidal behaviour in jail and prison suicides. *Eur Psychiatry* 18:161–165.
- Fruehwald S, Matschnig T, Koenig F, Bauer P, Frottier P (2004) Suicide in custody; Case-control study. *Br J Psychiatry* 185:494–498
- Gallagher CA, Dobrin A (2006) Deaths in juvenile justice residential facilities. *J Adolesc Health* 38:662–668.
- Gould C, McGeorge T, Slade K (2018) Suicide screening tools for use in incarcerated offenders: a systematic review. *Arch Suicide Res* 22:345–364
- Graham L (2014) Prison and Health; Alcohol and prisons. World Health Organization; Regional Office for Europe:134–137.
- Graham L, Fischbacher CM, Stockton D, Fraser A, Fleming M, Greig K (2015) Understanding extreme mortality among prisoners: a national cohort study in Scotland using data linkage. *Eur J Public Health* 25:879–885.
- Grant JR, Southall PE, Fowler DR, Mealey J, Thomas EJ, Kinlock TW (2007) Death in custody: a historical analysis. *J Forensic Sci* 52:1177–1181.
- Granzow B, Püschel K (1997) Todesfälle im Hamburger Strafvollzug 1962-1995. *Arch Kriminol* 201:1–10
- Grote J (2014) Abschiebungshaft und Alternativen zur Abschiebungshaft in Deutschland; Fokus-Studie der deutschen nationalen Kontaktstelle für das Europäische Migrationsnetzwerk (EMN). https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/EMN/Studien/wp59-emn-abschiebungshaft.pdf?__blob=publicationFile. Zugegriffen: 22. Mai 2019
- Gunnell D, Bennewith O, Hawton K, Simkin S, Kapur N (2005) The epidemiology and prevention of suicide by hanging: a systematic review. *Int J Epidemiol* 34:433–442.
- Gunter TD, Chibnall JT, Antoniak SK, Philibert RA, Hollenbeck N (2011) Predictors of suicidal ideation, suicide attempts, and self-harm without lethal intent in a community corrections sample. *J Crim Justice* 39:238–245.
- Gupta A, Girdhar NK (2012) Risk Factors of Suicide in Prisoners. *Delhi Psychiatry Journal* 15:45-49.
- Haglund A, Tidemalm D, Jokinen J, Långström N, Lichtenstein P, Fazel S, Runeson B (2014) Suicide after release from prison: a population-based cohort study from Sweden. *J Clin Psychiatry* 75:1047–1053.
- Hanson A (2010) Correctional suicide: has progress ended? *J Am Acad Psychiatry Law* 38:6–10.
- Hariga F (2014) Prisons and Health; HIV and other bloodborne viruses in prison. World Health Organization; Regional Office for Europe:45–55, Copenhagen

- Hawton K, van Heeringen K (2009) Suicide. *Lancet* 373:1372–1381.
- Hayes LM (1995) Prison Suicide: An Overview and a Guide To Prevention. *Prison J* 75:431–456.
- Hayes LM (1997) From chaos to calm: one jail system's struggle with suicide prevention. *Behav Sci Law* 15:399–413.
- Hayes LM (2010) National Study of Jail Suicide: 20 Years Later. U.S. Department of Justice; National Institute of Corrections:1–85.
- Hayes LM (2012) National study of jail suicide: 20 years later. *J Correct Health Care* 18:233–245.
- Hayes LM (2013) Suicide prevention in correctional facilities: Reflections and next steps. *Int J Law Psychiatry* 36:188–194.
- Heide S, Stiller D, Kleiber M (2003) Problematik der Gewahrsamstauglichkeit. *Dtsch Arztebl* 100:791-794.
- Heide S, Püschel K (2011) Eigensicherung & Schusswaffeneinsatz bei der Polizei.; Medizinische Probleme im Polizeigewahrsam. Verlag für Polizeiwissenschaft, Frankfurt am Main
- Heide S, Kleiber M, Hanke S, Stiller D (2009a) Deaths in German police custody. *The European Journal of Public Health* 19:597–601.
- Heide S, Kleiber M, Stiller D (2009b) Strafprozessuale Folgen von Todesfällen im Polizeigewahrsam. *Gesundheitswesen*:226–231.
- Heide S, Böhm M, Stiller D, Lessig R (2014) Die Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit - ein vielfältiges Spektrum in Deutschland und Europa. Schmidt-Römhild, Lübeck
- Henßge C (1990) Beweisthema toderursächliche/lebensgefährliche Halskompression: pathophysiologische Aspekte der Interpretation; Ersticken. Fortschritte in der Beweisführung. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hong Kong, Barcelona. S.3-44
- Humber N, Piper M, Appleby L, Shaw J (2011) Characteristics of and trends in subgroups of prisoner suicides in England and Wales. *Psychol Med* 41:2275–2285.
- Humber N, Webb R, Piper M, Appleby L, Shaw J (2013) A national case–control study of risk factors for suicide among prisoners in England and Wales. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 48:1177–1185.
- Jacob J, Keppler K (2001) LebHaft: Gesundheitsförderung für Drogen Gebrauchende im Strafvollzug. Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 42/2. AIDS-FORUM DAH, Berlin
- Jägersberger M-T (2012) Meta-Analyse und systematischer Review zu Abschiedsbriefen: Prävalenz und demografische Effekte. Diplomarbeit, Wien

Janssen W (1984) Pathologie: 1 Rechtsfragen in der Pathologie. Einführung in die bioptische Diagnostik. Herz und Gefäßsystem. Hämatologie. Atmungsorgane; Ein Lehr- und Nachschlagewerk. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg

Janssen W (2013) Pathologie: 1 Rechtsfragen in der Pathologie.; Einführung in die bioptische Diagnostik. Herz und Gefäßsystem. Hämatologie. Milz. Thymus. Springer Verlag, Berlin Heidelberg

Joiner TE, Brown JS, Wingate LR (2005) The Psychology and Neurobiology of Suicidal Behavior. *Annu Rev Psychol* 56:287–314.

Jüschke K (2012) Ausschluss durch Einschluss - wie das Gefängnis Teilhabe verhindert. http://www.bag-s.de/fileadmin/user_upload/PDF/Juenschke-fin.pdf. Zugegriffen: 13. April 2019

Justiz Online - Die NRW Justiz im Internet (2017a) Justizvollzugsanstalt Detmold. Die Aufstockung; Einrichtung einer Abteilung für lebensältere Gefangene. http://www.jva-detmold.nrw.de/behoerde/behoerdenvorstellung/geschichte/8_Aufstockung/index.php. Zugegriffen: 27. Januar 2017

Justiz Online - Die NRW Justiz im Internet (2017b) Justizvollzugsanstalt Rheinbach. Betreuung und Behandlung; Wohngruppe für lebensältere Inhaftierte. <http://www.jva-rheinbach.nrw.de/aufgaben/Betreuung-und-Behandlung/index.php>. Zugegriffen: 27. Januar 2017

Justiz Online - Land Sachsen-Anhalt (2016) Frauenvollzug. <http://www.justiz.sachsen-anhalt.de/justizvollzug/wissenswertes/frauenvollzug/>. Zugegriffen: 01. Januar 2016

Justiz Online - Land Sachsen-Anhalt (2017) Justizvollzugsbehörden. <http://www.justiz.sachsen-anhalt.de/justizvollzug/justizvollzugsbehoerden/>. Zugegriffen: 24. Januar 2017

Justiz Online - Land Sachsen-Anhalt, Ministerium für Justiz und Gleichstellung des Landes Sachsen-Anhalt (2016) Justizvollzugsanstalt Burg. https://mj.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Politik_und_Verwaltung/MJ/MJ/publik/jva_burg.pdf. Zugegriffen: 12. September 2017

Justiz Sachsen, Kriminologischer Dienst Sachsen (2019) Suizidprävention. <https://www.justiz.sachsen.de/kd/content/726.htm>. Zugegriffen: 14. April 2019

Kamarulzaman A, Reid SE, Schwitters A, Wiessing L, El-Bassel N, Dolan K, Moazen B, Wirtz AL, Verster A, Altice FL (2016) Prevention of transmission of HIV, hepatitis B virus, hepatitis C virus, and tuberculosis in prisoners. *Lancet* 388:1115–1126.

Kappos-Baxmann I (2007) Epidemiologie und Risikoabschätzung der Rauschgifttodefälle 1990 - 1997 in Hamburg unter Berücksichtigung von Haftaufenthalten im Hamburger Vollzug. Dissertation, Hamburg: Universität

Karakaya S (2009) Auswirkungen der Spritzenvergabe im Justizvollzug auf Drogenkonsumverhalten und Neuinfektionen mit Hepatitis B, C und HIV. Dissertation, Berlin: Universität

Karch SB, Stephens BG (1999) Drug abusers who die during arrest or in custody. *J R Soc Med* 92:110-113

Karle I (2011) Wenn es keinen Ausweg gibt; Seelsorge im Gefängnis. *Wege zum Menschen* 63:230-245.

Kastelic A (2007) Health in Prison. A WHO guide to the essentials in prison health; Substitution treatment in prison: 113-132.

Kellogg KJ, Kaur S, Blank WC (2014) Suicide in corrections: An overview. *Dis Mon* 60:215-220.

Keppler K, Stöver H, Schulte B, Reimer J (2010) Prison Health is Public Health! Angleichungs- und Umsetzungsprobleme in der gesundheitlichen Versorgung Gefangener im deutschen Justizvollzug. *Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz* 53:233-244.

Kiesecker R (1999) Arzt und Gewahrsams-/Haftfähigkeit. *MedR* 17:51-57.

Knecht G, Stöver H (Hrsg) (28.01.2011) Neue Wege in der Suchtbehandlung im Maßregelvollzug; Dokumentation der Tagung am 28.1.2011 in der Asklepios Klinik Nord-Ochsenzoll

Konrad N (2002) Suizid in Haft - europäische Entwicklungen unter Berücksichtigung der Situation in der Schweiz. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 153:131-136.

Konrad N (2006) Handbuch der Forensischen Psychiatrie. Band 3 Psychiatrische Kriminalprognose und Kriminaltherapie; Psychiatrie des Strafvollzuges. Steinkopff-Verlag, Heidelberg, S. 234-242.

Konrad N, Daigle MS, Daniel AE, Dear GE, Frottier P, Hayes LM, Kerkhof A, Liebling A, Sarchiapone M (2007) Preventing suicide in prisons, Part I. Recommendations from the International Association for Suicide Prevention Task Force on Suicide in Prisons. *Crisis* 28:113-121.

Konrad N, Welke J, Opitz-Welke A (2012) Prison psychiatry. *Curr Opin Psychiatry* 25:375-380.

Kouyoumdjian FG, Kiefer L, Wobeser W, Gonzalez A, Hwang SW (2016) Mortality over 12 years of follow-up in people admitted to provincial custody in Ontario: a retrospective cohort study. *CMAJ Open* 4:E153-61.

Kriminologischer Dienst im Bildungsinstitut des niedersächsischen Justizvollzugs (2009a) Suizidprävention Empfehlungen für den Justizvollzug Heft I; Die Aufnahme von Gefangenen (Stand Dezember 2009). Bundes- und Landesarbeitsgruppe "Suizidprävention im Justizvollzug" in Zusammenarbeit mit Prof. Dipl. Ing. Klaus Rademacher. Zugegriffen: 14. November 2016

Kriminologischer Dienst im Bildungsinstitut des niedersächsischen Justizvollzugs (2009b) Suizidprävention Empfehlungen für den Justizvollzug Heft II; Umgang mit Suizidalität. Bundesarbeitsgruppe "Suizidprävention im Justizvollzug" mit Unterstützung der Landesarbeitsgruppe NDS. Zugegriffen: 14. November 2016

Kuwabara H, Shioiri T, Nishimura A, Abe R, Nushida H, Ueno Y, Akazawa K, Someya T (2006) Differences in characteristics between suicide victims who left notes or not. *J Affect Disord* 94:145–149.

Land Sachsen-Anhalt (Ausfertigungsdatum: 05.02.2002, gültig ab 01.03.2002) Gesetz über das Leichen-, Bestattungs- und Friedhofswesen des Landes Sachsen-Anhalt (Bestattungsgesetz des Landes Sachsen-Anhalt); BestattG LSA. http://www.landesrecht.sachsen-anhalt.de/jportal/portal/t/122n/page/bssahprod.psml/screen/JWPDFScreen/filename/BestattG_ST_jlr-BestattGSTrahmen.pdf;jsessionid=9CB8EFDC9A1286B305F72F56A9752741.jp23. Zugegriffen: 01. Dezember 2016

Land Sachsen-Anhalt (Ausfertigungsdatum: 18.12.2015, gültig ab 01.01.2016) Justizvollzugsgesetzbuch Sachsen-Anhalt; JVollzGB LSA. http://www.landesrecht.sachsen-anhalt.de/jportal/portal/t/zly/page/bssahprod.psml/screen/JWPDFScreen/filename/JVollzGB_ST.pdf;jsessionid=B2E3A4F9E9069F3BD20E05140D15AF0B.jp18. Zugegriffen: 01. Dezember 2016

Landtag von Sachsen-Anhalt (2015) Antwort der Landesregierung auf eine Kleine Anfrage zur schriftlichen Beantwortung; Selbstmordprävention in Justizvollzugsanstalten in Sachsen-Anhalt. Landtag von Sachsen-Anhalt. Zugegriffen: 28. September 2015

Lesting W (2018) Die rechtlichen Grundlagen der medizinischen Versorgung im deutschen Strafvollzug. *MedR* 36:69–73.

Liebling A (1994) Suicide amongst women prisoners. *Howard J Crim Justice* 33:1–9.

Lim S, Seligson AL, Parvez FM, Luther CW, Mavinkurve MP, Binswanger IA, Kerker BD (2012) Risks of Drug-Related Death, Suicide, and Homicide During the Immediate Post-Release Period Among People Released From New York City Jails, 2001-2005. *Am J Epidemiol* 175:519–526.

Madea B (2007) *Praxis Rechtsmedizin; Befunderhebung, Rekonstruktion, Begutachtung*. Springer, Berlin Heidelberg, S.9-68.

Madea B (2015) *Rechtsmedizin; Befunderhebung, Rekonstruktion, Begutachtung*. Springer, Berlin Heidelberg, S.36-112.

Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, Hegerl U, Lonnqvist J, Malone K, Marusic A, Mehlum L, Patton G, Phillips M, Rutz W, Rihmer Z, Schmidtke A, Shaffer D, Silverman M, Takahashi Y, Varnik A, Wasserman D, Yip P, Hendin H (2005) Suicid prevention strategies: a systematic review. *JAMA* 294:2064–2074.

Margot P, Kiliass M (2005) Suizid und andere Todesursachen unter Gefangenen und Tatverdächtigen; Ein Vergleich zwischen England und der Schweiz. *Crimiscope* 28:1–6.

Marzano L, Hawton K, Rivlin A, Fazel S (2011) Psychosocial influences on prisoner suicide: a case-control study of near-lethal self-harm in women prisoners. *Soc Sci Med* 72:874–883.

Maxeiner H (2015) *Strangulation; Rechtsmedizin. Befunderhebung, Rekonstruktion, Begutachtung*. Springer, Berlin, Heidelberg, S.273-288.

- Mazur J (2009) Suizid in Haft. Erwachsene Männer in österreichischen Justizanstalten. Diplomarbeit, Wien: Fachhochschule
- Meltzer H, Jenkins R, Singleton N, Charlton J, Yar M (1999) Non-fatal suicidal behaviour among prisoners. Office of National Statistics. Zugegriffen: 03. November 2015
- Meltzer H, Jenkins R, Singleton N, Charlton J, Yar M (2003) Non-fatal suicidal behaviour among prisoners. *Int Rev Psychiatry* 15:148–149.
- Mir J, Kastner S, Priebe S, Konrad N, Ströhle A, Mundt AP (2015) Treating substance abuse is not enough: comorbidities in consecutively admitted female prisoners. *Addict Behav* 46:25–30.
- Mishara BL, Weisstub DN (2016) The legal status of suicide: A global review. *Int J Law Psychiatry* 44:54–74.
- Missoni L, Konrad N (2008) Beurteilung der Suizidgefährdung in Untersuchungshaft; Ergebnis einer Studie in der JVA Berlin-Moabit. *R & P* 26:3–14
- Morgan RD, Fisher WH, Duan N, Mandracchia JT, Murray D (2010) Prevalence of criminal thinking among state prison inmates with serious mental illness. *Law Hum Behav* 34:324–336.
- Moschetti K, Stadelmann P, Wangmo T, Holly A, Bodenmann P, Wasserfallen J-B, Elger BS, Gravier B (2015) Disease profiles of detainees in the Canton of Vaud in Switzerland: gender and age differences in substance abuse, mental health and chronic health conditions. *BMC Public Health* 15:872.
- Müller-Foti G, Robertz FJ, Schildbach S, Wickenhäuser R (2007) Punishing the disoriented? Medical and criminological implications of incarcerating patients with mental disorders for failing to pay a fine. *Int J Prisoner Health* 3:87–97.
- Mumola CJ (2005) Suicide and Homicide in State Prisons and Local Jails; Special Report. U.S. Department of Justice; Office of Justice Programs; Bureau of Justice Statistics:1–12. <https://www.bjs.gov/content/pub/pdf/shsplj.pdf>. Zugegriffen: 12. Mai 2019
- Mundt AP, Kastner S, Mir J, Priebe S (2015) Did female prisoners with mental disorders receive psychiatric treatment before imprisonment? *BMC Psychiatry* 15:5.
- Ndeffo-Mbah ML, Vigliotti VS, Skrip LA, Dolan K, Galvani AP (2018) Dynamic models of infectious disease transmission in prisons and the general population. *Epidemiol Rev* 40:40–57.
- Neubacher F, Oelsner J, Boxberg V, Schmidt H (2011) Gewalt und Suizide im Strafvollzug - Ein längsschnittliches DFG-Projekt im thüringischen und nordrhein-westfälischen Jugendstrafvollzug. *Bewährungshilfe* 58:133–146
- Norfolk GA (1998) Deaths in police custody during 1994: a retrospective analysis. *J Clin Forensic Med* 5:49–54
- OECD (2012) Die OECD in Zahlen und Fakten 2011-2012; Wirtschaft, Umwelt, Gesellschaft; Suizid. OECD:270–271. OECD Publishing, Paris. <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9789264125469-106->

de.pdf?expires=1557680676&id=id&accname=guest&checksum=FF48A5B5E33E5E42BBE928F0CA2E6B9A. Zugegriffen: 12. Mai 2019

Opitz O (1950) Physiologie der Erstickung und des Sauerstoffmangels; Lehrbuch der gerichtlichen Medizin einschließlich der ärztlichen Rechtskunde, ärztlichen Standeskunde sowie der Versicherungsmedizin; mit 169 Abbildungen. Thieme Verlag, Stuttgart, S.174-218.

Opitz-Welke A, Konrad N (2012) Inpatient treatment in the psychiatric department of a German prison hospital. *Int J Law Psychiatry* 35:240–243.

Opitz-Welke A, Bennefeld-Kersten K, Konrad N, Welke J (2013) Prison suicides in Germany from 2000 to 2011. *Int J Law Psychiatry* 36:386–389.

Opitz-Welke A, Lehmann M, Seidel P, Konrad N (2018) Medizin im Justizvollzug. *Dtsch Arztebl* 115:808–814.

Opitz-Welke A, Konrad N, Welke J, Bennefeld-Kersten K, Gauger U, Voulgaris A (2019) Suicide in Older Prisoners in Germany. *Front Psychiatry* 10:154.

Pecher W (2014) Suizidprävention; Einsatz von „Listeners“. *Justiz-Newsletter* Nr. 20 11:2–11.

Pesch M (2015) Suizidalität in sächsischen Justizvollzugsanstalten; Einfluss von Haftdauer, Persönlichkeitsauffälligkeiten und Persönlichkeitsstörungen auf die Suizidalität von Inhaftierten. Dissertation, Dresden: Universität

Petersen J (2016) Todesfälle von Inhaftierten in Hamburg 1996 - 2012 unter besonderer Berücksichtigung der Suizide mit Vorschlägen zur Suizidprävention im Gefängnis. Dissertation, Hamburg: Universität

Pfennig A, Berghöfer A, Bauer M (2005) Medikamentöse Behandlung der Suizidalität. *Verhaltenstherapie* 15:29–37.

Pohlheim H (1986) Lexikon der Psychiatrie; Gesammelte Abhandlungen der gebräuchlichsten psychiatrischen Begriffe. Springer, Berlin Heidelberg, S.654-658.

Pramschiefer M (2007) Suizid nach Suizidversuch; Untersuchung des Mortalitätsrisikos in einem 15-Jahreszeitraum. Dissertation, Hamburg: Universität

Pratt D, Piper M, Appleby L, Webb R, Shaw J (2006) Suicide in recently released prisoners: a population-based cohort study. *Lancet* 368:119–123.

Pratt D, Appleby L, Piper M, Webb R, Shaw J (2010) Suicide in recently released prisoners: a case-control study. *Psychol Med* 40:827–835.

Rabe K (2012) Prison structure, inmate mortality and suicide risk in Europe. *Int J Law Psychiatry* 35:222–230.

- Radeloff D, Lempp T, Herrmann E, Kettner M, Bennefeld-Kersten K, Freitag CM (2015) National total survey of German adolescent suicide in prison. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 24:219–225.
- Radeloff D, Lempp T, Rauf A, Bennefeld-Kersten K, Kettner M, Freitag CM (2016) Suizid und Suizidalität unter adolescenten Häftlingen. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 44:9-18.
- Reeves R, Tamburello A (2014) Single cells, segregated housing, and suicide in the New Jersey Department of Corrections. *J Am Acad Psychiatry Law* 42:484–488.
- Reimers J (2013) Substitution im Strafvollzug; Eine Betrachtung unter medizinischen, ethischen und rechtlichen Gesichtspunkten 41. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Interdisziplinäres Zentrum Medizin-Ethik-Recht, Halle (Saale)
- Rich JD, Wakeman SE, Dickman SL (2011) Medicine and the epidemic of incarceration in the United States. *N Engl J Med* 364:2081–2083.
- Ritter D, Pesch M, Lewitzka U, Jabs B (2016) Suizidalität von Inhaftierten; Einfluss von Haftdauer, Persönlichkeitsauffälligkeiten und Persönlichkeitsstörungen. *Nervenarzt* 87:496–505.
- Rivlin A, Hawton K, Marzano L, Fazel S (2010) Psychiatric disorders in male prisoners who made near-lethal suicide attempts: case-control study. *Br J Psychiatry* 197:313–319.
- Rivlin A, Fazel S, Marzano L, Hawton K (2012) Studying survivors of near-lethal suicide attempts as a proxy for completed suicide in prisons. *Forensic Sci Int* 220:19–26.
- Robert Koch Institut (2015) Gesundheit in Deutschland; Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und DESTATIS, Berlin.
https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheit_in_deutschland_2015.pdf?__blob=publicationFile. Zugegriffen: 12. Mai 2019
- Roma P, Pompili M, Lester D, Girardi P, Ferracuti S (2013) Incremental conditions of isolation as a predictor of suicide in prisoners. *Forensic Sci Int* 233:1–2.
- Rübenach SP (2007) Todesursache Suizid. *Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik* 10:960–971
- Sakelliadis EI, Vlachodimitropoulos DG, Goutas ND, Panousi PI, Logiopoulou A-PI, Delicha EM, Spiliopoulou CA (2013a) Forensic investigation of suicide cases in major Greek correctional facilities. *J Forensic Leg Med* 20:953–958.
- Sakelliadis EI, Goutas ND, Vlachodimitropoulos DG, Logiopoulou A-PI, Panousi PI, Delicha EM, Spiliopoulou CA (2013b) The social profile of victims of suicide in major Greek correctional facilities. *J Forensic Leg Med* 20:711–714.
- Salus gGmbH (2017) Landeskrankenhaus für Forensische Psychiatrie Bernburg.
<https://www.salus-lsa.de/kliniken-einrichtungen-leistungen/forensische-psychiatrie-und-massregelvollzug/landeskrankenhaus-fuer-forensische-psychiatrie-bernburg/>. Zugegriffen: 12. September 2017

- Sánchez HG (2013) Suicide prevention in administrative segregation units: what is missing? *J Correct Health Care* 19:93–100.
- Schmidtke A, Sell R, Löhr C (2008) Epidemiologie von Suizidalität im Alter. *Z Gerontol Geriat* 41:3–13.
- Schönfeld C-E von, Schneider F, Schröder T, Widmann B, Botthof U, Driessen M (2006) Prävalenz psychischer Störungen, Psychopathologie und Behandlungsbedarf bei weiblichen und männlichen Gefangenen. *Nervenarzt* 77:830–841.
- Schröder T (2005) Psychische Erkrankungen bei männlichen Gefangenen im geschlossenen Vollzug. Dissertation, Lübeck: Universität
- Schulte B, Rademacher K (09.-11.11.2016) Sicherheit und Bau, Dresden, Kongress Bundesarbeitsgruppe Suizidprävention im Justizvollzug
- Schulte-Scherlebeck C (2010) Substitutionsbehandlungen Opiatabhängiger im Strafvollzug; Einblicke in Problematiken und Konfliktbereiche der praktischen Behandlungsumsetzung am Beispiel der Justizvollzugsanstalten im Bundesland Nordrhein-Westfalen. *Akzeptanzorientierte Drogenarbeit/ Acceptance-Oriented Drug Work* 7:37–53.
- Shaw J, Appleby L, Baker D (2003) Safer Prisons; A National Study of Prison Suicides 1999-2000 by the National Confidential Inquiry into Suicides and Homicides by People with Mental Illness. Centre for Suicide Prevention; School of Psychiatry and Behavioural Sciences, University of Manchester.
https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20110503192603/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4034301.pdf. Zugegriffen: 03. November 2015
- Shaw J, Baker D, Hunt IM, Moloney A, Appleby L (2004) Suicide by prisoners; National clinical survey. *Br J Psychiatry* 184:263–267.
- Shepherd R (2005) *Clinical Forensic Medicine. A Physician's Guide; Deaths in Custody*. Humana Press, Totowa, New Jersey. pp. 327-350.
- Singleton N, Metzger H, Gatward R, Coid J, Deasy D (1998) Psychiatric morbidity among prisoners: Summary report. Office for National Statistics, London. Zugegriffen: 03. Dezember 2015
- Sorbello L, Eccleston L, Ward T, Jones R (2002) Treatment Needs of Female Offenders: A Review. *Aust Psychol* 37:198–205.
- Spittal MJ, Forsyth S, Pirkis J, Alati R, Kinner SA (2014) Suicide in adults released from prison in Queensland, Australia: a cohort study. *J Epidemiol Community Health* 68:993–998.
- Statistisches Bundesamt (2015a) *Gesundheit. Todesursachen in Deutschland. 2015*.
https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/_inhalt.html. Zugegriffen: 13. April 2019
- Statistisches Bundesamt (2015b) *Justiz auf einen Blick; Ausgabe 2015*, Wiesbaden. Zugegriffen: 10. März 2019

Statistisches Bundesamt (2016) 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.; Stichtag 31. August 2016, Wiesbaden. Zugegriffen: 13. April 2019

Steadman HJ, Osher FC, Robbins PC, Case B, Samuels S (2009) Prevalence of serious mental illness among jail inmates. *Psychiatr Serv* 60:761–765.

Steinhäuser A (1997) Analyse der Todesursachen in mittelhessischen Haftanstalten und im Polizeigewahrsam von 1949 bis 1990. *Arch Kriminol* 199:88–96.

Stiftung Deutsche Depressionshilfe (2016) Suizidprävention; Eine globale Herausforderung. Stiftung Deutsche Depressionshilfe, Leipzig. <https://www.deutsche-depressionshilfe.de/forschungszentrum/suizidpraeventionsbericht-who>. Zugegriffen: 02. November 2016

Stompe T, Brandstätter N, Ebner N, Fischer-Danzinger D (2010) Psychiatrische Störungen bei Haftinsassen. *J Neurol Neurochir Psychiatr* 11:20–23.

Stöver H (2012) Drogenabhängige in Haft - Epidemiologie, Prävention und Behandlung in Totalen Institutionen. *Suchttherapie* 13:74–80.

Stöver H, Weilandt C (2007) Health in Prison. A WHO guide to the essentials in prison health; Drug use and drug services in prison:85-112.

Stöver H (2008) Intramurale Medizin im internationalen Vergleich. Gesundheitsfürsorge zwischen Heilauftrag und Strafvollzug im Schweizerischen und internationalen Diskurs; Healthy Prisons - Eine innovative und umfassende Strategie zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten in Haft. Institut für Deutsches, Europäisches und Internationales Medizinrecht, Gesundheitsrecht und Bioethik der Universitäten Heidelberg und Mannheim 32:235–264. Springer, Berlin Heidelberg

Suto I (2007) Inmates Who Attempted Suicide in Prison: A Qualitative Study. Dissertation, Hillsboro, Oregon: University

Suto I, Arnaut GLY (2010) Suicide in prison: a qualitative study. *Prison J* 90:288–312.

Tartaro C (2003) Suicide and the jail environment; An evaluation of three types of institutions. *Environ Behav* 35:605–620.

Todts S (2014) Prison and Health; Infectious disease in prison:73–80.

Töro K, Pollak S (2009) Complex suicide versus complicated suicide. *Forensic Sci Int* 184:6–9.

Torrey EF, Kennard AD, Eslinger D, Lamb R, Pavle J (2010) More mentally ill persons are in jails and prisons than hospitals: a survey of the states. https://www.treatmentadvocacycenter.org/storage/documents/final_jails_v_hospitals_study.pdf. Zugegriffen: 12. Mai 2019

- Tripodi SJ, Bender K (2007) Inmate suicide: prevalence, assessment, and protocols. *Brief Treat Crisis Interv* 7:40–54.
- Trübner K, Kleiber M, Heide S (2012) "Natural" death of a person under the care of a custodian. *Arch Kriminol* 229:96–106.
- Trusch K (2011) Zur Epidemiologie der ärztlichen Versorgung im deutschen Justizvollzug. Der Beitrag des Anstaltsarztes. Dissertation, Berlin: Universität
- van den Bergh B, Plugge E, Aquirre IY (2014) Prison and Health; Women's health and the prison setting:159–164.
- van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, Joiner TE (2010) The interpersonal theory of suicide. *Psychol Rev* 117:575–600.
- Waak A (2016) Der freie Tod; Eine kleine Geschichte des Suizids. Blumenbar, Aufbau Verlag GmbH & Co. KG, Berlin
- Wahlbeck K, Mäkinen M (2008) Prevention of depression and suicide; Consensus paper. European Communities, Luxembourg.
http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/docs/consensus_depression_en.pdf. Zugegriffen: 01. Oktober 2015
- Walmsley R (2014) World Pre-Trial/Remand Imprisonment List; second edition. University of Essex, Home Office. International Centre for Prison Studies, London.
http://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/world_pre-trial_imprisonment_list_2nd_edition_1.pdf. Zugegriffen: 28. September 2015
- Wasserman D, Cheng Q, Jiang G-X (2005) Global suicide rates among young people aged 15-19. *World Psychiatry* 4:114–120.
- Watzke S, Ullrich S, Marneros A (2006) Gender- and violence-related prevalence of mental disorders in prisoners. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 256:414–421.
- Way BB, Miraglia R, Sawyer DA, Beer R, Eddy J (2005) Factors related to suicide in New York state prisons. *Int J Law Psychiatry* 28:207–221.
- Weigand E, Schaper A, Schlott T (2018) Intoxikationen in Justizvollzugsanstalten; pg-papers 01/2018, Fulda: Hochschule
- Weilandt C (2000) HIV- und Hepatitisprävention im Justizvollzug; Eurpäischer Leitfaden zu HIV/AIDS und Hepatitis im Justizvollzug, Mailand, im Mai 1999*. *Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz* 43:47–49.
- Widmann B (2006) Die Prävalenz psychischer Störungen bei Frauen in Haft. Dissertation, Aachen: Universität
- Williams B, Ahalt C, Greifinger RB (2014) Prison and Health; The older prisoner and complex chronic medical care:165–172.

Wilper AP, Woolhandler S, Boyd JW, Lasser KE, McCormick D, Bor DH, Himmelstein DU (2009) The health and health care of US prisoners: results of a nationwide survey. *Am J Public Health* 99:666–672.

Wirth W (2006) Gewalt unter Gefangenen; Kernbefunde einer empirischen Studie im Strafvollzug des Landes Nordrhein-Westfalen. https://www.justiz.nrw.de/JM/schwerpunkte/vollzug/studie_gewalt_gefangene.pdf. Zugegriffen: 14. Juni 2015

Wobeser WL, Datema J, Bechard B, Ford P (2002) Causes of death among people in custody in Ontario, 1990–1999. *CMAJ* 167:1109–1113.

Wolfersdorf M (2008) Suizidalität. *Nervenarzt* 79:1319–1336.

World Health Organization (2014) Preventing suicide; A global imperative. World Health Organization, Geneva, Switzerland. Zugegriffen: 30. November 2015

World Health Organization (2019) ICD-10 Version: 2010. <https://icd.who.int/browse10/2010/en#/X60-X84>. Zugegriffen: 05. Mai 2019

World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Abuse (2007a) Preventing Suicide in Jails and Prisons. World Health Organization. Zugegriffen: 14. Juni 2015

World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Abuse (2007b) Suizidprävention; Ein Leitfaden für Mitarbeiter des Justizvollzugsdienstes. World Health Organization; International Association for Suicide Prevention, Geneva, Switzerland. Zugegriffen: 14. Juni 2015

World Health Organization. Regional Office for Europe (2008) Trenčín statement on prisons and mental health. World Health Organization. Regional Office for Europe, Copenhagen

World Health Organization. Regional Office for Europe (2010) The Madrid Recommendation; Health protection in prisons as an essential part of public health. World Health Organization. Regional Office for Europe, Copenhagen

World Health Organization. Regional Office for Europe (2011) Women's health in prison; Action guidance and checklists to review current policies and practices. World Health Organization. Regional Office for Europe, Copenhagen

World Health Organization. Regional Office for Europe (2012) Alcohol problems in the criminal justice system: an opportunity for intervention. World Health Organization. Regional Office for Europe, Copenhagen

World Health Organization. Regional Office for Europe (2013) Good governance for prison health in the 21st century; A policy brief on the organization of prison health. World Health Organization. Regional Office for Europe, Copenhagen

World Health Organization. Regional Office for Europe (2014) Preventing overdose deaths in the criminal-justice system. World Health Organization. Regional Office for Europe, Copenhagen

Thesen

1. Derzeit fehlen sowohl wissenschaftliche Analysen als auch offizielle Statistiken zu den Sterbefällen in den Justizvollzugsanstalten des Bundeslandes Sachsen-Anhalt. Entsprechende Untersuchungen sind jedoch für die Erarbeitung präventiver Ansätze erforderlich. Daher erfolgte für den Zeitraum 1992 bis 2015 eine händische Analyse von insgesamt 17877 Sektionsprotokollen in den Archiven der Institute für Rechtsmedizin Halle und Magdeburg. Es konnten 85 einschlägige Sterbefälle (♂: n=79; ♀: n= 6) ermittelt werden.
2. Zur Gewährleistung der Rechtssicherheit sollten alle in Haftanstalten Verstorbenen obduziert werden. So konnten in der vorliegenden Untersuchung jedwede bei der 1. Leichenschau mit „nicht aufgeklärter“ Todesart klassifizierten Fälle durch die stufenweise rechtsmedizinische Fallbearbeitung bezüglich der Todesart und Todesursachen aufgeklärt werden.
3. Bei der Frage nach der möglichen Verantwortlichkeit sind die genauen Todesumstände so auch der Todeszeitpunkt von entscheidender Bedeutung. Folglich ist die Anwendung einer SOP zum „Vorgehen bei Todeseintritt in der JVA“ zu fordern, die auch immer eine initiale rechtsmedizinische Leichenschau vor Ort beinhalten sollte.
4. Bei den Todesfällen in den sachsen-anhaltinischen Haftanstalten handelt es sich überwiegend um „nicht natürliche“ Sterbefälle (n=53), wobei ein Überwiegen der Suizide (♂: n=40; ♀: n=5) und hier vor allem durch Erhängen aufgezeigt werden konnte (♂: n=37; ♀: n= 4).
5. Aus der Synopsis der Ergebnisse und der Literaturanalyse lassen sich schlussfolgernd Teilaspekte von Risikoprofilen für Suizide (v.a. für männliche Inhaftierte) umreißen. Hieraus sind mögliche Präventionsmaßnahmen ableitbar. Auf Grund der festgestellten Prodromi bei den Suizidenten, sollten bestehende Suizidpräventionsprogrammen dringend weiterverfolgt und fortentwickelt werden.
6. Bei „natürlichen“ Sterbefällen (n=32) in den Haftanstalten in Sachsen-Anhalt (♂: n=31; ♀: n=1) dominieren Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems (♂: n=25) als Todesursache. Dabei zeigte sich eine Differenz zwischen der Häufigkeit der entsprechend bekannten Vorerkrankungen und den festgestellten Todesursachen.
7. Daraus resultiert die Forderung nach einer bundeseinheitlichen SOP für die „Feststellung der Hafttauglichkeit“ inklusive aller diagnostischer Maßnahmen die, die Aufnahmeuntersuchung umfassen sollte, sowie auch die Festlegung entsprechender Kontrolluntersuchungen im Sinne von Gesundheitsuntersuchungen nach festgeschriebenen Haftzeiten.

Selbstständigkeitserklärung mit Unterschrift

Ich erkläre an Eides statt, dass ich die Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe. Alle Regeln der guten wissenschaftlichen Praxis wurden eingehalten; es wurden keine anderen als die von mir angegebenen Quellen und Hilfemittel benutzt und die den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht.

Halle/Saale, den 17.03.2021

Erklärung über frühere Promotionsverfahren

Ich erkläre, dass ich mich an keiner anderen Hochschule einem Promotionsverfahren unterzogen bzw. eine Promotion begonnen habe.

Ich erkläre, die Angaben wahrheitsgemäß gemacht und wissenschaftliche Arbeiten an keiner anderen wissenschaftlichen Einrichtung zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht zu haben.

Halle/Saale, den 17.03.2021

Danksagung

Die Arbeit wurde am Institut für Rechtsmedizin der Martin-Luther Universität Halle-Wittenberg angefertigt. Ich möchte mich hier herzlichst bei allen bedanken, die zum Gelingen der Arbeit beigetragen haben. Im Besonderen danke ich hier dem Direktor des Institutes, Herrn Prof. Dr. med. R. Lessig für die Möglichkeit der Verwirklichung dieser Arbeit sowie Herrn Prof. Dr. med. S. Heide für die Anregungen zum Thema und Herrn Dr. D. Stiller für die umfangreiche Unterstützung bei der Umsetzung der Arbeit. Auch den Mitarbeitern der Zweigstelle – des Institutes für Rechtsmedizin der Otto von Guericke Universität Magdeburg sei herzlich gedankt. Den Mitarbeitern der betreffenden Staatsanwaltschaften sei ebenfalls für die Zusammenarbeit gedankt. Ohne diese wäre die Arbeit schlussendlich nicht im entsprechenden Rahmen möglich geworden.

Den Mitarbeitern der JVA Burg danke ich für die praktischen Eindrücke in die Arbeit innerhalb des Haftsystems.

Frau Dr. Andrea Schmidt-Pokrzywniak danke ich sehr für die statistische Beratung am Institut für Epidemiologie, Biometrie und Informatik der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Meiner gesamten Familie und besonders meinen Großeltern danke ich vom Herzen für die jahrelange und unermüdliche Unterstützung. Und auch meinen Freunden möchte ich für die unendlichen Stunden der gemeinsamen Diskussionen und Zusprüche danken. Ohne euch alle wäre ich nie so weit gekommen.