

# pg papers

Diskussionspapiere aus dem Fachbereich Pflege und Gesundheit

pg-papers 01/2018

November 2018

## Intoxikationen in Justizvollzugsanstalten

Elisabeth Weigand, Andreas Schaper, Thilo Schlott





Elisabeth Weigand, Andreas Schaper, Thilo Schlott

## **Intoxikationen in Justizvollzugsanstalten**

pg-papers 01/2018

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <https://portal.d-nb.de> abrufbar.

pg-papers

Diskussionspapiere aus dem Fachbereich Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda

Herausgeber:

Fachbereich Pflege und Gesundheit

Hochschule Fulda

Leipziger Straße 123

36037 Fulda

Tel: +49(0)661/9640-600

Fax:+49(0)661/9640-649

ISBN 978-3-940713-21-6

Copyright © pg-papers, November 2018

# Inhaltsverzeichnis

<b>Kurzfassung/Abstract .....</b>	<b>7</b>
<b>1 Einleitung.....</b>	<b>8</b>
<b>2 Einige toxikologische Grundlagen.....</b>	<b>9</b>
<b>3 Justizvollzugsanstalten und Public Health .....</b>	<b>10</b>
<b>4 Vergiftungen in Justizvollzugsanstalten.....</b>	<b>18</b>
4.1 Methodisches Vorgehen - Literaturrecherche.....	18
4.2 Inhaltliche Analyse von Studien - Resultate.....	18
4.2.1 Todesfälle in mittelrheinischen Haftanstalten 1949-1990.....	18
4.2.2 Todesfälle in Berliner Haftanstalten 1970-1979.....	18
4.2.3 Suizide in Justizvollzugsanstalten des Landes Nordrhein-Westfalen von 1970-1983 .....	19
4.2.4 Todesfälle im Hamburger Strafvollzug 1962-1995.....	20
4.2.5 Todesfälle innerhalb und außerhalb der Justizvollzugsanstalt Hamburg 1990-2001 .....	21
4.2.6 Todesfälle in bayerischen Justizvollzugsanstalten 1975-1999.....	22
4.2.7 Todesfälle in österreichischen JVA's 1974-1989 .....	22
4.2.8 Suizide in Österreichs Justizvollzugsanstalten 1975-1996, 1947-1999 .....	23
<b>5 Vergiftungen nach Datenlage von Giftinformationszentren.....</b>	<b>25</b>
5.1 Auswertung von Vergiftungen - Methodik.....	25
5.2 GIZ Nord – Ergebnisse für den Zeitraum 1997 - 2009.....	25
5.2.1 Vergiftungen nach Hauptgruppen (Noxen).....	27
5.2.2 Vergiftungen durch Arzneimittel.....	27
5.2.3 Vergiftungen durch chemische Produkte .....	28
5.2.4 Vergiftungen durch Drogen (Fallberichte) .....	29
5.2.5 Vergiftungsmodus, Forschungsfrage und Schweregrad .....	29
5.2.6 Giftaufnahme, Giftform und Dosis.....	30
5.2.7 Vergiftungen nach Jahreszeiten.....	30

<b>6 Diskussion .....</b>	<b>31</b>
<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>37</b>
<b>Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>38</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>39</b>
<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>40</b>

## Kurzfassung/Abstract

Intoxikationen erfolgen bekanntermaßen häufiger im Haushalt, am Arbeitsplatz, in Kindertagesstätten, in Schulen und in Krankenhäusern, sie kommen aber auch in besonderen Settings vor. Besonders Justizvollzugsanstalten sind diesbezüglich bisher nur unzureichend untersucht worden, auch da diese von der Bevölkerung immer noch mit zahlreichen Vorurteilen und Stigmatisierungen assoziiert werden. Die Analyse von Vergiftungen können gute Indikatoren für die sozialen Verhältnisse in den JVA sein, deren Abgeschlossenheit per se wenig Informationsfluss in die Öffentlichkeit ermöglicht. Es soll nachfolgend untersucht werden, a) wie häufig Vergiftungen bei Insassen von JVA vorkommen, b) welche Schweregrade der Intoxikationen vorliegen und c) auf welche Weise die Vergiftungen zugefügt wurden (akzidentell oder beabsichtigt durch Suizid, Abusus oder Fremdbeibringung). Methodisch wird zunächst in einer retrospektiven Analyse von deutschen und ausländischen Studien ein theoretischer Überblick über Vergiftungen in Gefängnissen geschaffen. Es folgen eine quantitative Auswertung von Vergiftungsfällen am Beispiel der telefonischen Beratungsprotokolle des Göttinger Giftinformationszentrums Nord und die Zusammenschau sämtlicher Befunde. Auf diese Weise soll es möglich werden, in der totalen Institution JVA zumindest Teilaspekte der Lebenswelt von Gefangenen zu rekonstruieren, indem die möglichen Auswirkungen des Freiheitsentzugs im Kontext mit einer latenten gesellschaftlichen Ausgrenzung, mit Vereinsamung, mit einem hintergründig gewaltgeprägten Alltag und mit dem Zugang zu Drogen zu diskutieren sind.

It is known that intoxications frequently occur at home, at work, in day care centers, in schools and in hospitals, however, they also do occur in prisons and have not been adequately investigated in this regard so far. The present study specifically aims at characterizing German prisons representing a social setting that is still associated with numerous prejudices and stigmatization. The analysis of such intoxications may indicate the social conditions in prisons, the seclusive character of which usually allows only little flow of information into the Public. It will be examined below: a) how often poisonings occur among prisoners, b) what is the degree of severity of these intoxications and c) how the poisonings were inflicted (accidentally or intentionally through suicide, abuse or by third party fault). Methodically, a retrospective analysis of German and foreign studies is used providing a theoretical overview of intoxications in prisons. This is followed by a quantitative evaluation of cases of poisoning using the example of the telephone counseling protocols of the GIZ-Nord Poisons Centre and the synopsis of all findings. In this way, it should be possible to reconstruct at least partial aspects of the lifeworld of occupants in the total institution of prisons with regard to the possible effects of imprisonment, to the effect of latent social exclusion, to loneliness, to a profoundly violent everyday life and to access to drugs.

# 1 Einleitung

Der Fokus dieser Studie liegt auf Vergiftungen von Inhaftierten<sup>1</sup> in Justizvollzugsanstalten. Damit erschließt sich eine wissenschaftliche wie auch gesellschaftliche Nische, deren Relevanz unter dem Aspekt von Public Health unzureichend erforscht ist. Die notwendige Betrachtungsweise wird sich nicht nur auf Verbreitung und Art von Vergiftungen, sondern auch auf die Rolle der Justizvollzugsanstalt im Sinne einer totalen Institution mit spezifischer Lebenswelt und auf die Haftbedingungen in JVs fokussieren. Für Forschende ergibt sich zwangsläufig eine Reihe von theoretischen wie praktischen Hindernissen, die den Weg zu einem besseren Verständnis der Thematik erschweren. Hierzu gehört hauptsächlich die zahlenmäßig spärliche Quellenlage, auch bedingt durch das Vorhandensein von nicht veröffentlichten Forschungsberichten. Darüber hinaus stellen Häftlinge eine Population dar, die nicht nur wenig beachtet und zusätzlich stigmatisiert wird, sie ist für Public Health gestützte Untersuchungen allein durch ihre räumliche Abschottung schwer zugänglich.

Diese Studie besteht aus einem theoretischen und einem praktischen Teil. Der theoretische Teil beginnt mit einer kurzen Einführung in die Toxikologie, bietet einen Einblick in die Justizvollzugsanstalt als Institution und führt zu den Veröffentlichungen über Vergiftungen in deutschen und österreichischen Justizvollzugsanstalten. Im praktischen Teil, der durch die Zusammenarbeit mit dem Giftinformationszentrums-Nord (Giz-Nord) in Göttingen ermöglicht wurde, erfolgt eine retrospektive Analyse von Vergiftungen in Justizvollzugsanstalten, die von 1997-2009 vom GIZ-Nord registriert worden waren.

---

<sup>1</sup> Darunter sind sowohl männliche als auch weibliche Inhaftierte zu verstehen.



## 2 Einige toxikologische Grundlagen

Die Toxikologie als Vergiftungslehre untersucht die Wirkung von Schadeffekten chemischer Stoffe auf Lebewesen. Die Art der Schädigung wird quantitativ nach biochemischen, physiologischen und pathologischen Mechanismen erfasst, das Risiko der Exposition für chemische Stoffe nach natürlicher und synthetischer Herkunft für die Gesundheit von Mensch und Tier abgeschätzt, um Gefahren durch Vergiftungen zu erkennen und abzuwenden. Die Toxikologie leistet damit einen wichtigen Beitrag zur Entwicklung von Schutz- und Vorsorgemaßnahmen bei Vergiftungen und unterstützt durch ihre beratende Funktion Ärzt\*innen und Heilberufler\*innen bei der Erkennung, Behandlung und Vorbeugung von Vergiftungen (Dekant/Vamvakas 2005: 1). Aus den gewonnen Erkenntnissen können präventive und therapeutische Maßnahmen zur Behandlung von Vergiftungen (Intoxikationen) abgeleitet werden.

Bereits im 15. Jahrhundert gab Paracelsus eine erste Definition der Gifte, die auch heute noch aktuell ist: „alle ding sind gift und nichts on gift; allein die dosis macht das ein ding kein gift ist“ (Paracelsus 1493-1541). Spätere Definitionen weisen länderspezifische Unterschiede auf z. B. werden im Giftgesetz der früheren DDR vom April 1977 Gifte als chemische Stoffe (Elemente, Verbindungen, Gemische) definiert, „die durch ihre toxische Wirkung im lebenden Organismus vorübergehend oder bleibend Gesundheitsschädigungen verursachen oder den Tod herbeiführen können“ (Lohs et al. 2009: 190). In der Schweiz hingegen beschreibt Artikel 2 des Bundesgesetzes der Schweizerischen Eidgenossenschaft über den Verkehr mit Giften (März 1969) die Gifte als unbelebte Stoffe und Erzeugnisse, die vom Körper aufgenommen werden und die „in verhältnismäßig geringen Mengen durch chemische oder chemisch-physikalische Wirkung das Leben oder die Gesundheit von Menschen gefährden können und deren Handhabung daher besondere Vorsicht verlangt“ (Lohs et al. 2009: 190).

Im Allgemeinen erfolgt eine Giftexposition durch Hautkontakt, Inhalation, Verschlucken oder durch parenterale<sup>2</sup> Applikation. Das Ausmaß der toxischen Wirkung wird durch den Expositionsweg beeinflusst. Bei der toxischen Wirkung von Stoffen sind zu unterscheiden: Dosis, Applikationsform, Wirkdauer (akut oder chronisch), Wirkort (lokal, systemisch oder organspezifisch), Art der Wechselwirkung zwischen Substanz und Organismus, Reversibilität/Irreversibilität, Umweltbedingungen und physische Verfassung des Patienten (Aktories et al. 2009: 986; Lohs et al. 2009: 190). Akute Vergiftungen werden durch die Aufnahme von hohen Dosen eines Gifts in den Organismus herbeigeführt; häufig handelt es sich dabei um Arzneimittel oder Chemikalien (Estler/Schmidt 2007: 979). Die Giftaufnahme bei akuten Vergiftungen erfolgt in 75-80 % der Fälle peroral, bei inhalativen Intoxikationen liegt der Anteil bei 15 %, am wenigsten erfolgen perkutane Applikationen mit 4-8 % (Mutschler et al. 2005: 448). Außerdem können Vergiftungen akzidentell (unbeabsichtigt) oder beabsichtigt durch Suizid oder Fremdbeibringung (Mord oder Totschlag) erfolgen. Frühere Daten, die nichts an Aktualität verloren haben, belegen, dass bei Erwachsenen mehr als die Hälfte aller Vergiftungen absichtlich durch Suizid oder Suizidversuch meist durch Arzneimittel herbeigeführt werden, während bei den Kindern die akzidentelle Vergiftung im Vordergrund steht. Eine Fremdbeibringung erfolgt nur äußerst selten (Beubler 2005: 214).

<sup>2</sup> Eine parenterale Applikation erfolgt unter Umgehung des Magen-Darm-Trakts subkutan über die Haut, intravenös über die Vene oder intramuskulär über den Muskel (Burger/Wachter: 1993: 1049).

### 3 Justizvollzugsanstalten und Public Health

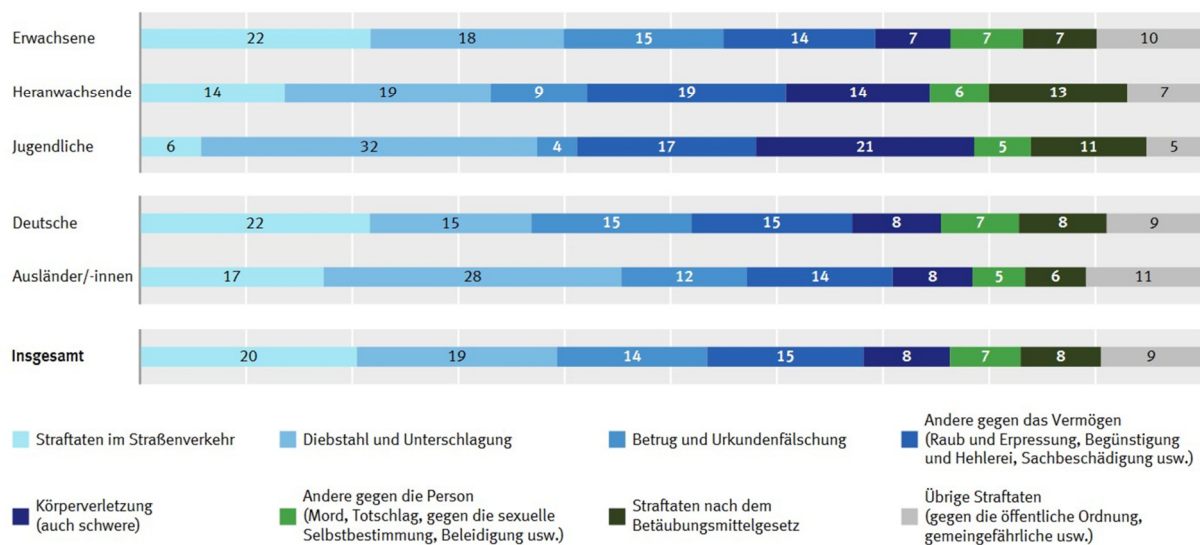
Eine besondere Relevanz für die öffentliche Gesundheit liegt in der Tatsache, dass sich weltweit über die Jahre eine ständige Zunahme der Zahlen an inhaftierten Menschen verzeichnen lässt. Während sich z. B. im Jahr 2006 weltweit ca. 9,25 Millionen Menschen in Einrichtungen des Strafvollzugs befanden, ist diese Zahl in den folgenden elf Jahren auf ca. 11 Millionen gestiegen. Allein für den Zeitraum von Februar 2005 bis Oktober 2006 gab es eine weltweite Zunahme von mehr als 250.000 Inhaftierten. Solche Entwicklungen sind in den Gefängnissen vieler Länder zwangsläufig mit akuter Raumnot verbunden und bewirken beispielsweise in Russland, Südostasien und Südamerika die gesundheitlich höchst bedenkliche Massenunterbringung von Gefangenen, welche u. a. die Verbreitung von multi- oder omniresistenten Tuberkulosebakterien fördert (Droznin et al. 2017).

In Deutschland waren am 31.11.2007 80.708 Personen in Gefängnissen inhaftiert, den größten Anteil bildete die Gruppe der Männer (Dudeck et al. 2009: 219), während der Anteil der weiblichen Inhaftierten nach den Angaben von Scheffler ca. 5 % betrug. Zehn Jahre später, am 30. November 2017, befanden sich insgesamt 64.351 Gefangene und Verwahrte in deutschen Justizvollzugsanstalten, wobei der Anteil der Frauen unverändert bei ca. 5 % lag und der Anteil der ausländischen Menschen bei ca. 30 %. Die auffällige Abnahme der Gesamtzahl an Insassen innerhalb eines Jahrzehnts lässt sich mit erheblichen Schwankungen innerhalb der verschiedenen „Klassen“ von Gefangenen erklären: Menschen mit Freiheitsstrafe, in Untersuchungshaft, im Jugendstrafvollzug, in sonstiger Freiheitsentziehung und in Sicherungsverwahrung. Diese relative Verteilung lässt sich anschaulich anhand einer früheren Publikation demonstrieren: Zum 31.3.2008 befanden sich 12.000 Inhaftierte in Untersuchungshaft, 6.000 im Jugendstrafvollzug, 435 in Sicherungsverwahrung und 54.000 in Strafhaft (Pollähne 2009: 32f.). Zehn Jahre später, am 30.11.2017, waren 13.963 in U-Haft und 48.862 in Jugendstrafvollzug/Sicherungsverwahrung oder Strafhaft (Statistisches Bundesamt 2017). Zur Unterbringung der Inhaftierten gibt es derzeit bundesweit ca. 200 Justizvollzugsanstalten mit rund 80.000 Haftplätzen<sup>3</sup>; damit belegt Deutschland im internationalen Vergleich einen mittleren Platz. Die Kapazitäten der Justizvollzugsanstalten reichen von großen Anstalten mit mehr als 1.000 Haftplätzen über mittlere (ca. 400) bis zu den kleineren Anstalten mit weniger als 100 Haftplätzen (Pollähne 2009: 32). Um sich für sämtliche deutsche Häftlinge ein aktuelles Bild von der Verteilung der begangenen Delikte und der vertretenen Altersgruppen zu machen, sei auf die Abb. 1 verwiesen.

<sup>3</sup> Entspricht einem Haftplatz für 1.000 Einwohner.

**Abbildung 1 Verteilung der Deliktgruppen in deutschen JVsAs 2015**

**Verurteilte nach Deliktgruppen 2015**  
in %



Quelle: Statistisches Bundesamt (2017), S. 317.

Tendenziell gesehen ist der Anteilswert der wegen BTM-Verstößen Inhaftierten an allen Gefangenen seit 2007 gesunken. Ebenso ist im gleichen Zeitraum die Gesamtzahl aller Inhaftierten um 21,4 % gefallen und die der wegen BTM-Delikten Inhaftierten um 33,6 % gesunken (Statistisches Bundesamt 2017), wie der Tabelle 1 zu entnehmen ist. Trotz dieser erfreulichen Entwicklung haben sich die grundlegende Fakten kaum verändert: Ein Großteil der Straftaten, die vor der Inhaftierung begangen wurden, steht immer noch in Zusammenhang mit Drogenkonsum oder Drogenabhängigkeit. Zu viele Inhaftierte weisen einen problematischen Drogenkonsum auf und konsumieren oft während der Haft Drogen weiter. Aus einer bundeseinheitlichen Erhebung von 2016 folgt, dass in Berlin 39 % und in Niedersachsen 54 % der Inhaftierten Suchtmittel missbrauchen, dass 30 % der i.v.-Konsument\*innen auch in der Haft weiter fixen i.v. und dass 11 % der Gefangenen in der Haft mit dem i.v.-Konsum beginnen (RKI 2016). Die durchgeführten Substitutionsbehandlungen in der Haft sollen zu einer erzwungenen Abstinenz führen. Problematisch ist jedoch, dass es eine gängige Praxis in vielen Justizvollzugsanstalten ist, dass Gefangene zur heimlichen Injektion von Drogen notgedrungen Spritzen und Nadeln gemeinsam nutzen, wodurch ein hohes Risiko für die Übertragung von HCV und HIV besteht. Eine frühere Befragung von Anstaltsärzten zur suchtmmedizinischen und infektiologischen Versorgung von Drogenabhängigen in Justizvollzugsanstalten hatte ergeben, dass in nur 67 % (n=70) der beteiligten Haftanstalten eine Substitutionsbehandlung von opiatabhängigen<sup>4</sup> Insassen mit Methadon, Buprenorphin oder Polamidon möglich war. Als Kriterien für die Substitutionstherapie galten: eine bestehende Substitution vor Haftbeginn (84 %), eine kurze Haftzeit (50 %) und/oder eine bestehende psychiatrische Komorbidität (44 %) (Reimer et al. 2007:27). Die Situation hat sich bezüglich der Substitution mittlerweile verbessert, aber es bleiben die Fragen, was mit jenen Inhaftierten ist, die vorher keine Substitution hatten, die länger inhaftiert sind

<sup>4</sup> Zu den klassischen Opiaten gehören Morphin und morphinähnliche Stoffe, die als stark wirksame Analgetika (Schmerzmittel) eingesetzt werden (Burger/Wachter 1993: 1022).

und diese Kriterien nicht oder nur zu einem Teil erfüllen. Bezüglich der Substitutionstherapie in Haftanstalten konnte 2007 festgestellt werden, dass in 46 Haftanstalten durchschnittlich 43 Insassen pro Jahr substituiert werden.

**Tabelle 1** Inhaftierte Personen und Betäubungsmitteldelikte von 2007 bis 2016

		Strafgefangene und Sicherungsverwahrte			Freiheitsstrafen für Erwachsene		Jugendstrafen		Sicherungsverwahrung
		Gesamt	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Jungen	Mädchen	
2016	Inhaftierte N	50.858	47.733	3.125	43.328	2.980	3.866	144	540
	BtMG N	6.415	6.034	381	5.884	376	149	5	1
	BtMG %	12,6	12,6	12,2	13,6	12,6	3,9	3,5	0,2
2015	BtMG %	13,0	13,0	13,4	14,1	13,8	3,4	4,3	0,4
2014	BtMG %	13,1	13,0	14,3	14,2	14,9	3,2	4,4	0,2
2013	BtMG %	13,4	13,3	14,9	14,5	15,3	3,4	7,6	0,0
2012	BtMG %	14,0	13,9	15,9	15,2	16,5	3,6	7,5	0,2
2011	BtMG %	14,7	14,7	15,4	16,0	15,8	4,6	10,7	0,2
2010	BtMG %	14,6	14,5	16,2	15,8	16,7	5,0	10,2	0,2
2009	BtMG %	15,0	14,9	16,5	16,2	17,0	5,1	10,5	0,4
2008	BtMG %	15,3	15,1	18,2	16,3	18,9	6,7	9,8	0,7
2007	Inhaftierte N	64.700	61.323	3.377	54.212	3.072	6.685	304	427
	BtMG N	9.665	9.077	588	8.763	461	413	27	1
	BtMG %	14,9	14,8	17,4	16,2	15,0	6,2	8,9	0,2

Hinweis: „BtMG N“: Anzahl der wg. Verstößen gegen das BtMG inhaftierten Personen, „BtMG %“: Anteil der wg. Verstößen gegen das BtMG inhaftierten Personen.

Quelle: DEUTSCHLAND – Bericht 2017 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD (Datenjahr 2016/2017) – Gefängnis Workbook Prison. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, S. 7.

Vor Haftantritt wurde zu 95 % ein HCV- und HIV-Test durchgeführt. Die HCV-Prävalenzraten schwankten deutlich und lag je nach Justizvollzugsanstalt zwischen 0 und 70 % (!), die HIV-Prävalenz zwischen 0 und 10 %. In den befragten Justizvollzugsanstalten war 2007 zu 71 % eine antivirale HCV- und in 88 % eine antiretrovirale HIV-Therapie möglich (Reimer et al. 2007: 27). Bis heute ist insbesondere die Zahl der HCV-Positiven in JVs weiter angestiegen. Aufgrund fehlender bundesweiter Richtlinien zur suchtbetragenden Gesundheitsversorgung in Haft gibt es weiterhin Unterschiede in der Art und Verfügbarkeit von Therapieangeboten zwischen den Bundesländern, d.h. die Substitutionspraxis variiert zum Teil erheblich zwischen den Bundesländern und führt trotz Äquivalenzprinzip zu deutlichen Unterschieden zwischen intra- und extramuraler Behandlung (Jakob et al. 2013: 39-42). Auch deuten die Ergebnisse der IMPROVE-Studie darauf hin, dass die Behandlung von substituierten Patienten „bei Haftantritt in 70 % der Fälle abgebrochen wurde“ (Jakob et al. 2013: 42), dabei sind substituierte Inhaftierte nachweislich weniger im Drogenhandel im Gefängnis involviert, haben ein geringeres Risiko nach Haftentlassung zu sterben, begeben sich häufiger in weiterführende Behandlung und weisen generell geringere Rückfallquoten auf als nicht Substituierte. Ebenfalls lassen sich bei ihnen die Entzugssymptome besser kontrollieren, und ihre Arbeitsfähigkeit und Produktivität wird erhöht (Jakob et al. 2013: 43). Zusammenfassend

ist die suchtmmedizinische und infektiologische Versorgung der Inhaftierten weiter verbesserungswürdig, ein Schluss, zu dem Reimer bereits vor 10 Jahren gekommen war (Reimer et al. 2008: 23).

Bei den in JVA's Inhaftierten handelt es sich meist um Zwangsgemeinschaften, indem je nach Kapazitäten mehrere Insassen in einer einzigen Zelle untergebracht werden. Es besteht für die Gefangenen keine Möglichkeit, Einfluss auf die Auswahl von Mithäftlingen zu nehmen. Damit soll u. a. erreicht werden, dass sich in JVA's keine kriminellen Kleingruppen etablieren, deren Mitglieder sich untereinander von früher kennen. Bei einem erhöhten Aufkommen von Gefangenen kommt es notgedrungen zu temporären Haftraumüberbelegungen, die bei den Zellengenossen zu sozialem Stress und verrohtem Verhalten führen können. Einige der Inhaftierten sehen sich auch aus unterschiedlichen Gründen mit der ungewohnten Situation der Einzelhaft konfrontiert, die in Form der Disziplinarstrafe vom Betroffenen als eine besonders belastende Form der Bestrafung angesehen werden kann. Zusammenfassend ergibt sich allein aus der Art der Unterbringung von Gefangenen ein Bild zahlreicher physischer und psychischer Belastungen, so dass es Klocke für außerordentlich wichtig hält, die Besuchszeiten von Angehörigen nicht nur auf wenige Stunden monatlich zu begrenzen, sondern sie großzügiger zu gestalten, um so den Häftlingen die Möglichkeit für mehr Gespräche mit Familienangehörigen und für mehr Kompensation des Haftalltags zu geben (Klocke 2009: 134f.). In diesem Kontext wurde bei einer Tagung zum Thema „Bedingungen der Untersuchungshaft“ festgestellt, dass insbesondere Untersuchungshäftlinge ein großes Bedürfnis nach Kommunikation haben, das sie lediglich über Gespräche mit Mithäftlingen und dem Anstaltspersonal befriedigen können, denn die Kontaktmöglichkeiten zu den Angehörigen sind aufgrund der laufenden Verfahren reduziert. Gleichzeitig erleben viele Untersuchungshäftlinge die Haft in einem Zustand, der durch Unruhe, Unsicherheit und aufkommende Zukunftsängste geprägt ist, jedoch nicht durch Beratungsgespräche mit Sozialarbeiter\*innen und Psycholog\*innen gebessert werden kann, da der Personalschlüssel – zumeist in kleineren JVA's – solche Fachgespräche nicht erlaubt (Klocke 2009: 135).

Die Haft bedeutet für Häftlinge als einschneidende Erfahrung zunächst einmal eine völlige Exklusion aus der sozialen und gesellschaftlichen Teilhabe; sie werden politisch und gesellschaftlich in ihrem Handeln quasi lahmgelegt. Als weiterer, noch unangenehmerer Nebeneffekt führt die Haftstrafe bei JVA-Insassen zu einer lebenslangen Stigmatisierung; sie müssen nach ihrer Entlassung fortan mit dem anrüchigen und gesellschaftlich geächteten Nimbus des Abnormen, Unglaubwürdigen, Antisozialen leben. Die strukturellen Bedingungen der Haft, die Auseinandersetzung mit anderen, manchmal schwerkriminellen Mitgefangenen können das Selbstwertgefühl der gesellschaftlichen Minderwertigkeit verstärken. Häufig ist eine Aufrechterhaltung von sozialen und familiären Kontakten nur eingeschränkt möglich, da eine wohnortnahe Unterbringung bzw. eine Verlegung in Wohnortnähe schwer durchsetzbar oder faktisch nicht realisierbar ist (Bahl 2009: 49). Die weiten Anfahrtswege, welche die Angehörigen dann in Kauf nehmen müssen, führen zwangsläufig zu einer Reduktion der Besuchsfrequenz und damit zu einer zunehmenden Vereinsamung des jeweiligen inhaftierten Menschen. Die genannten Mechanismen der Exklusion verschieben nicht nur soziale Grenzen, sondern auch rechtliche Vorgaben: Die Haft führt zu einem Ausschluss aus der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung, so dass die Häftlinge keine freie Arztwahl haben und durch die oftmals zu geringe Besetzung mit medizinischem Personal in JVA's eine Einschränkung ihrer gesundheitlichen Versorgung erfahren. Gleichzeitig kann sich in manchen JVA's eine auf Nichtwissen oder Ignoranz beruhende Gleichgültigkeit gegenüber Infektionsmöglichkeiten

entfalten, was die Übertragung von Geschlechtskrankheiten durch freiwilligen oder mit Gewalt erzwungenem gleichgeschlechtlichem Verkehr betrifft als auch die intravenöse Verabreichung von Drogen. Diesbezüglich ist die Haltung paradox, dass für süchtige Insassen keine Spritzbestecke vorgehalten werden, da offiziell der Konsum von Drogen in JVA's so gut wie nicht vorkommt (Bahl 2009: 49f.) – es kann nicht sein, was nicht sein darf.

Totale Institutionen wie Gefängnisse zeichnen sich durch einen allumfassenden und totalen Charakter innerhalb der Institution und durch eine Abschottung zur Außenwelt aus, die durch verschlossene Tore, hohe Mauern und Stacheldraht zum Ausdruck kommt (Goffman 1973: 15f.). Die von Kübbeler und Kübbeler in 2003 mit Inhaftierten durchgeführten Interviews offenbaren in solchen Institutionen als Hauptproblem den Verlust persönlicher Freiheiten, der für Goffman'sche Institutionen bekanntermaßen als Hauptcharakteristikum gelten kann. Im Interview sagt der Häftling „Erwin“: „Schlimm ist, dass ich meine Freiheit nicht habe. Andere haben die Macht über mich und können mich wegschließen“ (Kübbeler/Kübbeler 2003: 46). Ein anderer Mitgefangener „B. A.“ formuliert [...], „den Entzug der Freiheit und die Kraft zu haben, diese Situation zu meistern“ (Rödter: 2009: 104:). Eine Beschneidung der Freiheit und Eingriffe in die Intimsphäre gehen Hand in Hand. Im Interview äußert „Erwin“: „Alles wird einem abgenommen. Die eigenen Sachen (Schuhe, Hose, Jacke und so weiter) sind erst mal weg“ (Kübbeler/Kübbeler 2003: 45). Das Rituelle dieses Prozesses passt, wenn auch von den Akteuren nicht immer intendiert, zu weiteren Leitmerkmalen von Institutionen des Restriktiv-mechanistischen: Erniedrigung, Entmenschlichung, Einschränkung der Bewegungsfreiheit/Autonomie. Auf diese Weise wird der Bruch mit dem früheren Leben perfektioniert und schließlich besiegelt, indem der gesellschaftliche Rollenverlust für Anwesende und Besucher\*innen offenkundig gemacht wird (Goffman 1973: 25f.). Es ist nur menschlich, das von den Inhaftierten in diesem situativen Ausgeliefertsein zur Wahrung des eigenen Mensch-seins selbstschützende kompensatorische Mechanismen physischer oder psychischer Art aktiviert werden, wie z. B. die Fixierung auf das tägliche Krafttraining, wie es sich in amerikanischen Haftanstalten beobachten lässt, der Rückzug in die eigene Innenwelt (Schmitt 2006: 296f.) und schließlich auch der Drogenkonsum. Aus den Interviews von Kübbeler und Kübbeler geht hervor, dass in vielen JVA's die Drogenbeschaffung kein Problem darstellt und auf der Grundlage von Tauschgeschäften funktioniert. Im Interview meint z. B. der Häftling „Martin“: „Über solche Geschäfte wollen die an Drogen kommen. Mittlerweile hab ich hier auch mitbekommen, dass es teilweise im Knast einfacher ist an Drogen zu kommen als außerhalb. Und eigentlich weiß man auch ziemlich schnell, wo man was bekommt“ (Kübbeler/Kübbeler 2003: 16). Und die Inhaftierte „Sonja“ meint: „Ich hab nichts genommen obwohl es eigentlich hier machbar gewesen wäre“ (Kübbeler/Kübbeler 2003: 50). Anzumerken ist, dass die Drogenabhängigkeit ein häufiges Problem der inhaftierten Frauen ist: Tatsächlich wird der Anteil drogenabhängiger Frauen im Strafvollzug auf über 50 % geschätzt (Scheffler 2009: 114; Jakob et al. 2013).

Vergiftungen in Justizvollzugsanstalten können durch Drogengebrauch, -missbrauch und -abhängigkeiten entstehen. Ein genauer Blick auf die Drogenproblematik von Haftanstalten zeigt, dass der Drogenkonsum in den letzten Jahren nicht nur in Deutschland, sondern weltweit zugenommen hat. Schätzungen zufolge wird in deutschen Justizvollzugsanstalten von 20-50 % Drogenabhängigen ausgegangen (Wirth 2002: 104; Jakob et al. 2013). Um den Drogenkonsum von Inhaftierten des Landes Nordrhein-Westfalen zu untersuchen, führte eine Arbeitsgruppe des nordrhein-westfälischen Justizvollzugs eine größere Studie in neun JVA's des Landes an 1.858 Inhaftierten durch (Wirth 2002: 104ff.). Etwa die Hälfte

der Inhaftierten galt wegen Drogenkonsums bereits vor der Inhaftierung als drogengefährdet und ein Drittel der Inhaftierten zeigte bei Haftantritt Symptome einer akuten Drogenabhängigkeit. Bei 13,4 % der Neuinhaftierten wurde eine akute Medikamentenabhängigkeit diagnostiziert und bei 8,1 % fanden sich Anzeichen für eine akute Alkoholabhängigkeit (Wirth 2002: 108). Die größte Rolle bei den Drogen spielten Heroin und andere Opioide, die von 31 % der Inhaftierten mehrmals pro Woche oder täglich konsumiert wurden. 12,1 % erwiesen sich als Gelegenheitsnutzer von Heroin und Opiaten, bei 30,7 % ließen sich Anzeichen für einen intravenösen Drogenkonsum feststellen und bei 41,5 % der drogenerfahrenen Neuinhaftierten fielen Spuren von aktuellem Spritzengebrauch auf (Wirth 2002: 109). Jeweils ein Drittel der drogenerfahrenen Neuinhaftierten hatte regelmäßig Kokain und/oder Substanzen aus der Gruppe der Barbiturate<sup>5</sup>, Benzodiazepine<sup>6</sup> (z. B. Rohypnol®), Codein u. a. konsumiert. Etwa jeder vierte Drogennutzer (26,2 %) konsumierte regelmäßig weiche Drogen wie Haschisch und Marihuana. Von 41,8 % wurden diese Drogen jedoch gelegentlich zugeführt. Amphetamine<sup>7</sup> und synthetische Drogen wie LSD (Lysergsäure-Diethylamid), Mescaline etc. spielten eine geringere Rolle. Als Mehrfachkonsumenten können 20,1 % der Neuinhaftierten, also jeder Fünfte; bezeichnet werden (Wirth 2002: 109f.). Am stärksten drogengefährdet erwies sich die Gruppe der Inhaftierten im Alter von 18-21 Jahren: Dreiviertel der Inhaftierten (75,4 %) hatten vor der Haft Drogen konsumiert und fast jeder zweite (47,7 %) war bei Haftantritt akut drogenabhängig (Wirth 2002: 111f.). Frauen (48,4 %) nahmen überdurchschnittlich häufig Drogen und wurden auch häufiger wegen eines BTM-Delikttes inhaftiert. „Wenn die Frauen vor der Haft mit Drogen in Berührung gekommen waren, dann in der Regel so intensiv, dass sie davon auch abhängig wurden“ (Wirth 2002: 112). Inhaftierte, die bereits mehrfach in Haft waren, waren zu 64,8 % mehr drogenerfahren und drogenabhängig (42,7 %) als Inhaftierte, die sich zum ersten Mal in Haft befanden. Im Vergleich dazu wiesen Erstinhaftierte einen niedrigeren Drogenkonsum (56,1 %) und eine geringere Abhängigkeitsquote (37,5 %) auf (Wirth 2002: 113). Außerdem konnte die Studie feststellen, dass 28,1 % der drogenerfahrenen Inhaftierten trotz Kontrollen in Haft mehr oder weniger häufig Drogen konsumierten (Wirth 2002: 116). Man darf sich also nicht darüber hinwegtäuschen lassen, dass der Drogenkonsum prinzipiell in allen Gefängnissen möglich ist. Findet er statt, dann ist „der Gefängnisalltag des süchtigen Insassen bestimmt durch die Sorge um den nächsten Konsum, die Beschaffung von Drogen und deren Konsum sowie durch mögliche Entzugssymptome, wie auch spezifische Drogenwirkungen nach dem Konsum“ (Thomas 2004: 156). Jakob et al. sprechen von „unauffälligen“ Drogenkonsumenten in Haft, „die noch nie wegen ihres Drogenkonsums (polizeilich) auffällig geworden sind, (Anm.: in der Haft aber auffallen) oder erst in Haft beginnen, Drogen zu nehmen“ (Jakob et al. 2013: 40). Die Autoren gehen davon aus, „dass Drogenkonsum in Gefängnissen ein massives Gesundheitsproblem für viele Gefangenen darstellt (v.a. i. v. Applikation von Drogen), das sowohl Präventions-, Beratungs- als auch Behandlungsangebote erfordert“ (Jakob et al. 2013: 40).

Eine kranke Psyche und Drogenmissbrauch gehen Hand in Hand. Eine bemerkenswerte in den Jahren 2002 und 2003 durchgeführte Studie in einer geschlossenen Justizvollzugsanstalt untersuchte die Häufigkeit und Ausprägung psychischer Störungen und die Prävalenz substanzbezogener Störungen bei Frauen und Männern im geschlossenen Vollzug (Schönfeld 2008: 35-38). Die Ergebnisse der Studie zei-

<sup>5</sup> Sedativ, hypnotisch wirkend (Burger/Wachter 1993: 184).

<sup>6</sup> Psychopharmaka aus der Gruppe der Tranquilizer (Hildebrandt 1994: 173).

<sup>7</sup> Auch Weckamine zur Leistungssteigerung (Burger/Wachter 1993: 76).

gen bei mehr als 70 % der Untersuchten einen auffälligen Substanzmissbrauch bzw. eine Substanzabhängigkeit (häufig von mehreren Substanzen) als weitaus häufigste Störung. Es handelte sich hierbei überwiegend um Opiatabhängigkeit und Alkoholabusus/-abhängigkeit. Während bei den Frauen die Opiatabhängigkeit dominierte (60,3 % versus 31,6 %), zeigten Männer eine höhere Abhängigkeit zum Alkohol als Suchtmittel (59,2 % versus 23,8 %) (Schönfeld et al. 2006: 834f.; Dudek et al. 2009; Stompe et al. 2010). Auch eine aktuelle Analyse ergab, dass 81 % der iv-Drogenkonsument\*innen Hafterfahrung haben, eine hohe Wiederinhaftierungsrate aufweisen und nach ihrer Entlassung ein erhöhtes Mortalitätsrisiko besitzen. Die Hafterfahrung erhöht zudem die Rückfallgefahr von „cleanen“ Süchtigen und kann zum Abbruch einer laufenden Therapie führen.

Im Rahmen der Studie von Schönfeld (2008) wurde sowohl von den Untersuchern als auch von den Betroffenen eine Einschätzung zum Behandlungsbedarf vorgenommen. Die Untersucher sahen bei 81,2 % der Inhaftierten einen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (bei 73,4 % der Männer und 91,5 % der Frauen), umgekehrt gaben von den Inhaftierten 64 % einen aktuellen Behandlungsbedarf an. Eine medikamentöse Therapie mit Psychopharmaka war nach Einschätzung der Untersucher für 30,2 % der Frauen und 25,3 % der Männer erforderlich, eine Entwöhnungsbehandlung bei 55,3 % der Männer und 55,6 % der Frauen, wobei für die ausgeprägte psychiatrische Morbidität die Haftbedingungen nicht als ursächlich angesehen wurden (Schönfeld et al. 2006: 837-840). De facto indiziert die hohe Prävalenz psychisch kranker Menschen in Justizvollzugsanstalten ein Massenphänomen (Schönfeld et al. 2005: 235), das auch heute nicht an Bedeutung verloren hat und bei den Inhaftierten den Drogenmissbrauch und Intoxikationen fördert. Damit ergibt sich zwangsläufig die Grundsatzfrage, wie in einer durchschnittlichen JVA überhaupt psychisch kranke und suchtabhängige Insassen angemessen therapiert werden können.

Rechtlich gesehen haben Häftlinge den gleichen Anspruch auf medizinische Leistungen, wie sie nach dem Sozialgesetzbuch (SGB V) auch Mitgliedern von gesetzlichen Krankenversicherungen zustehen. Die Kosten der Behandlungen werden von den Justizministerien der Länder getragen. Wenn die Krankheit eines Häftlings in einer Justizvollzugsanstalt oder einem Anstaltskrankenhaus nicht behandelt werden kann, muss eine Aufnahme in ein Krankenhaus außerhalb des Vollzugs erfolgen (Lehmann 2004: 206). Die Details der gesundheitlichen Versorgung sind im siebten Titel des Strafvollzugsgesetzes geregelt und betreffen die physikopsychische Gesundheit (§ 56 StVollzG). In § 58 StVollzG wird auf die ärztliche Behandlung und die Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln Bezug genommen. Wichtig ist der Hinweis, dass im StVollzG die Themen Drogen, Substitution oder Sucht nicht enthalten sind. Im länderspezifischen hessischen bzw. baden-württembergischen Strafvollzugsgesetz wird jedoch explizit auf die Möglichkeit von Kontrollen zur Bekämpfung des Suchtmittelmissbrauchs hingewiesen (§ 4 HStVollzG und § 64 JVollzGB).

In den deutschen Justizvollzugsanstalten existieren unterschiedliche medizinische Versorgungssysteme, angefangen von den Anstalten ohne ärztliche Versorgung bis hin zu Anstalten mit medizinischem Fachpersonal und einer Krankenstation. In der Literatur wird von regelmäßigen medizinischen Notfällen in Justizvollzugsanstalten berichtet, die von den wachhabenden Justizbeamten gemeldet werden und einen Notarzt und Rettungsdienst erfordern (Lehmann 2004: 204). Die Erfahrungen zeigen, dass im laufenden Justizvollzug alle gängigen Erkrankungen/Unfälle möglich sind; es gibt aber auch besondere medizinische Vorkommnisse. So kommt es bei Gefangenen in Ermangelung von Suchtstoffen im Zu-



stand des Entzugs gelegentlich auch zu selbst zugefügten Vergiftungen, die durch Feuerzeuggas, Händedesinfektionsmittel, inhalative Betamimetika/Neuroleptika und durch Methanol (in illegal erzeugtem Alkohol enthalten). Es wurde auch berichtet, dass beim Einschleusen von Drogen durch sog. „Body-Packer“ die drogengefüllten Beutel im Magen-Darm-Kanal platzten und bei den Kurieren in der JVA unvermittelt lebensgefährliche Vergiftungserscheinungen auftraten (Lehmann 2004: 205). Darüber hinaus benennt Lehmann bei JVA-Insassen das Auftreten von Selbstverletzungen und suizidale Handlungen durch versuchtes oder vollendetes Erhängen. Es können auch Zellenbrände in Flucht oder suizidaler Absicht erfolgen, die zu Rauchintoxikationen bei Häftlingen und Personal führen (Lehmann 2004: 205).

## 4 Vergiftungen in Justizvollzugsanstalten

### 4.1 Methodisches Vorgehen - Literaturrecherche

Die Suche nach relevanter Literatur über Vergiftungen in Justizvollzugsanstalten erwies sich als äußerst zeitaufwendig, da zum Thema generell sehr wenige und vor allem ältere Literaturquellen verfügbar sind und einige Forschungsberichte aus unbekanntem Gründen nicht veröffentlicht wurden. Eine zunächst durchgeführte Datenbankrecherche in Pubmed, bei der die Schlagworte „prison“, „drugs“, „suicide“, „drug abuse“, „poisoning“ unterschiedlich verknüpft wurden, lieferte nur eine geringe Anzahl von 13 relevanten Studien. Des Weiteren erfolgte eine Suche nach relevanter Literatur in der frei zugänglichen kriminologischen Datenbank KrimDok unter verschiedenen Schlagworten, die Hinweise auf Studien in verschiedenen Zeitschriften lieferte, z. B. die Zeitschrift „Bewährungshilfe“, die daraufhin manuell nach verschiedenen Jahrgängen durchsucht wurde, die „Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe“, die Zeitschrift „Suchttherapie“ und die Zeitschrift „Recht und Psychiatrie“. Außerdem wurden drei Dissertationen herangezogen, darunter eine Mikroficheausgabe von Rudorff aus dem Jahr 1988.

### 4.2 Inhaltliche Analyse von Studien - Resultate

Der Schwerpunkt dieses Kapitels liegt auf der Zusammenschau von Daten, die bezüglich Vergiftungen in Justizvollzugsanstalten des deutschen Sprachraums veröffentlicht wurden.

#### 4.2.1 Todesfälle in mittelrheinischen Haftanstalten 1949-1990

Steinhäuser analysierte 1997 anhand von Obduktionsgutachten des Instituts für Rechtsmedizin in Bonn 86 Todesfälle, die in mittelrheinischen Haftanstalten und im Polizeigewahrsam aufgetreten waren. Es handelte sich dabei ausschließlich um Männer im Alter zwischen 18 und 67 Jahren und einem Durchschnittsalter von 37 Jahren. Die häufigsten Todesfälle (32 %) traten in der Altersgruppe von 21-30 Jahren und in der Altersgruppe der 31-40-jährigen (21,5 %) auf. Zusammen erreichen beide Gruppen einen Anteil von 53 % (Steinhäuser 1997: 88f.). Von diesen 86 Insassen starben 30 (37 %) an natürlichen Todesursachen und 56 (63 %) an nicht natürlichen Todesursachen. Bei den nicht natürlichen Todesfällen handelte es sich meist um Suizid assoziierte Intoxikationen, die verursacht wurden durch Medikamente, durch die Kombination von Medikamenten und Alkohol, die Inhalation von Trichloräthylen, die Einnahme von Alkohol und Betäubungsmitteln und in 7 % der Fälle durch Betäubungsmittel. Bemerkenswert ist, dass die Todesfälle durch Intoxikationen nahezu alle einen positiven Blutalkoholbefund aufwiesen, wobei teils Blutalkoholwerte von über 5 % vorlagen (Steinhäuser 1997: 88-91).

#### 4.2.2 Todesfälle in Berliner Haftanstalten 1970-1979

Schneider und Gloza untersuchten die Todesfälle in den Berliner Haftanstalten von 1970-1979 und stellten 102 Todesfälle<sup>8</sup> unter den Häftlingen fest. Es handelte sich hierbei um 60 % Suizide, 33 % natürliche

<sup>8</sup> Freigang oder Verlegung in ein Krankenhaus wurden nicht mitberücksichtigt.

Todesursachen und 7 % Unfälle (Schneider/Gloza 1984: 184), die bis auf einen Fall durch Erstickten mit einer Plastiktüte, als Intoxikationen angesehen werden können. Die Fallbeschreibungen zu den Intoxikationen ergeben ein schlechtes Bild bezüglich der damaligen Zustände in den JVA's. Beispielsweise wollten drei Männer im Alter von 38, 57, und 58 Jahren, die zur Behandlung ihrer Tuberkulose auf der Krankenstation lagen und Zugang zu Desinfektionsmitteln hatten, aus dem Methylalkohol einen trinkbaren Alkohol gewinnen. Sie starben nach Konsum des eigenen Destillats trotz intensivmedizinischer Versorgung innerhalb weniger Tage (Gloza 1984: 18). Ein 22-jähriger Häftling der Jugendstrafanstalt wurde leblos in seiner Zelle aufgefunden, indem er mit dem Gesicht auf einem Wollappen lag, der mit Perchlorthylen getränkt war. Vermutlich wollte er sich durch das Einatmen des Lösungsmittels in einen rauschartigen Zustand bringen und erstickte dabei akzidentell (Gloza 1984: 19). Ein weiterer Häftling, ein 37-jähriger Freigänger, der in angetrunkenem Zustand in die Haftanstalt zurückkehrte, hatte eine Tasche mit Alkohol dabei, die ihm bei der Eingangskontrolle weggenommen wurde. Er gab an, Tabletten eingenommen zu haben und „als er zur Beobachtung in eine andere Zelle verlegt wurde, drohte er damit, alles kaputt zuschlagen und sich das Leben zu nehmen. Vier Stunden später setzte er seine Matratze und drei Decken in Brand und wurde nach zunächst anscheinend erfolgreicher Reanimation tot in einem öffentlichen Krankenhaus eingeliefert“ (Gloza 1984: 19). Ein 35-jähriger Untersuchungshäftling, bekam zur Behandlung eines schweren Alkoholentzugsdeliriums drei Mal täglich das Psychopharmakon Distranerin verabreicht. Da letzteres eigentlich nur stationär verabreicht werden darf, um eine Atmungsdepression rechtzeitig zu erkennen, stand er unter besonderer Beobachtung. Aber dennoch starb der Mann kurze Zeit später an einer Überdosis Distranerin, nachdem er heimlich Tabletten gehortet hatte, um bei der Einnahme einen größeren Effekt zu erzielen (Gloza 1984: 19). Sämtliche genannten Fälle wurden gerichtsmedizinisch untersucht und zusätzlich die Aussagen von Mithäftlingen berücksichtigt, ein Fremdverschulden konnte jedoch ausgeschlossen werden (Gloza 1984: 19f). Unter den Suizidmethoden, die am häufigsten durch Erhängen (88 %) erfolgten, befand sich auch ein Vergiftungsfall eines Häftlings, der eine größere Anzahl Tabletten des Alkylphosphats E-605 eingenommen hatte. Die Herkunft der Tabletten konnte nicht geklärt werden (Gloza 1984: 33).

#### **4.2.3 Suizide in Justizvollzugsanstalten des Landes Nordrhein-Westfalen von 1970-1983**

Rudorff untersuchte die Suizide in nordrhein-westfälischen Justizvollzugsanstalten von 1970-1983 und stellte in seiner Studie für den Zeitraum 44 Suizide, die 43 männlichen Inhaftierten und 1 weiblichen begangen wurden (Rudorff 1988: 90). Das Alter der Suizidenten lag im Schnitt bei 28,7 Jahren (Rudorff 1988: 87), damit wird hier ein relativ junges Kollektiv beschrieben. Drei Suizidenten waren vorbestraft, während die Mehrzahl zum ersten Mal inhaftiert war. Die Hälfte der Suizide wurde von Häftlingen in der U-Haft begangen, dieser Sachverhalt legt den Schluss nahe, dass die U-Haft unter psychischen Aspekten einen besonders gravierenden, belastenden Einschnitt für jüngere Menschen darstellen könnte, der mit persönlicher Ausweglosigkeit verknüpft wird (Rudorff 1988: 97). An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass die gerichtlich angeordnete, als Disziplinarstrafe anzusehende oder zum Schutz des Gefangenen angeordnete Einzelhaft meist „besonderen“, teils verhaltensauffälligen Gefangenen vorbehalten ist, die manchmal auch antisoziale Persönlichkeitsstrukturen aufweisen. 50 % der Suizide erfolgten in der U-Haft bevorzugt zu Beginn der Inhaftierung, bei zunehmender Haftdauer sank die Suizid tendenz. (Rudorff 1988: 100). 25 der 44 Suizidenten befanden sich zum Zeitpunkt des Selbstmordes in Einzelhaft,

obgleich die Daten keine eindeutige Verbindung zwischen den Bedingungen der Einzelhaft und dem Suizidentschluss nahelegen (Rudorff 1988: 102f.).

Unter den 44 Suizidenten befanden sich auch acht Drogenkonsumenten (inklusive ein Drogendealer), die zwar aktenkundig als drogenabhängig registriert waren, aber in der JVA nicht therapiert wurden. Rudorff beschreibt in einer Gesprächsnotiz den Fall eines Häftlings, der während eines Interviews am ganzen Körper zitterte und deutliche Entzugserscheinungen zeigte. Drei Wochen später fiel der Mann erneut durch Entzugserscheinungen auf und schnüffelte außerdem Kontaktkleber. Am nächsten Tag fand man den Häftling in seiner Einzelzelle erhängt auf. In den Akten wurde als Motiv für den Suizid festgehalten: seelische Depressionen und Entzugserscheinungen eines Drogenabhängigen (Rudorff 1988: 104f.). In dieser Studie fiel auf, dass laut Aktenlage kein Drogenabhängiger ärztlichen Beistand erhielt und dass häufig Depressionen als Motiv für den Suizid angegeben wurden (Rudorff 1988: 117f.). Die meisten der Selbstmörder\*innen starben durch Erhängen (86 %) (38 von 44), vier vergifteten sich (9 %), und zwei fielen bezüglich der Todesart unter „Sonstiges“ (5 %)⁹. Von den vier Vergiftungen stellte eine den Fall des Konsums von Methylalkohol dar, in zwei Fällen trat der Tod nach der Einnahme von Medikamenten ein und in einem Fall durch die Inhalation von Lösungsmitteln samt anschließendem Ersticken (Rudorff 1988: 119). 20 % der Suizidenten waren Drogenkonsumenten und viele wiesen vor ihrem Suizid deutliche Verhaltensabweichungen auf, ohne eine therapeutische Unterstützung erhalten zu haben (Rudorff 1988: 128f.).

#### 4.2.4 Todesfälle im Hamburger Strafvollzug 1962-1995

Die Autoren Granzow und Püschel untersuchten die Todesfälle im Hamburger Strafvollzug von 1962 bis 1995 anhand von Akten und fanden für den Zeitraum insgesamt 275 Todesfälle<sup>10</sup>. Es handelte sich dabei um 109 natürliche Todesfälle (40 %), 157 nicht-natürliche (57 %) und 9 unklare Fälle ohne Anhaltspunkte für äußere Gewalt oder Vergiftungen. Obgleich Obduktionen durchgeführt wurden, konnten letztere Fälle nicht aufgeklärt werden. Neben einem vergleichsweise häufigen Suizid im Kollektiv (120 Fälle) traten auch 17 akzidentelle Intoxikationen auf, 13 davon durch Betäubungsmittel<sup>11</sup>. Die Geschlechtsverteilung betrug 30:1 von Männern zu Frauen, das Alter der Häftlinge lag meist zwischen 20 und 35 Jahren. 5 Menschen begingen Suizid durch eine Vergiftung: eine Person mit Kaliumcyanid, eine mit E 605 und Barbiturat (Betadorm) und zwei weitere durch eine absichtliche intravenöse Überdosierung mit Heroin (Granzow/Püschel 1998: 3f.). Die beiden Autoren weisen darauf hin, dass bei der Ausführung suizidaler Handlungen die Nachtstunden bevorzugt wurden (65 %) und nennen eine leichte, statistisch nicht signifikante Häufung am Wochenende und im Frühjahr. Auch in dieser Studie fällt auf, dass sehr viele suizidale Handlungen in Einzelhaft vollzogen wurden. Selbst durch engmaschige Überwachungsintervalle konnte in manchen Fällen der Suizid nicht verhindert werden, so gelang vier Häftlingen trotz 10-minütiger Sichtkontrollen seitens der Justizbeamten der Suizid durch Erhängen (3 Fälle) und Tablettenintoxikation (1 Fall) zu begehen (Granzow/Püschel 1998: 4). 58 % aller Suizidenten befanden sich in

<sup>9</sup> Ein Stromtod und ein Verbluten nach einer Halsschnittverletzung mit einer Rasierklinge.

<sup>10</sup> Die Todesfälle wurden relativ weit gefasst, d. h. es wurden auch Fälle in Hafturlaub und nach Verlegung in ein öffentliches Krankenhaus miteinbezogen.

<sup>11</sup> Betäubungsmittel sind Stoffe mit psychotroper, bewusstseins- und stimmungsverändernder Wirkung, die zu physischer und psychischer Abhängigkeit führen können (Psyhyrembel 1994: 179). Sie unterstehen dem Betäubungsmittelgesetz.

Strafhaft und 36 % in Untersuchungshaft. In der Mehrzahl der Fälle handelte es sich um länger Inhaftierte (50 % mit über 12 Monaten Inhaftierung) (Granzow/Püschel 1998: 4f.). Bei den Selbstmörder\*innen bestanden zuvor häufig psychische Auffälligkeiten (70 %), die in 32 Fällen dokumentiert wurden: Unter diesen Fällen fanden sich 14 Suchtkranke (sieben mit Alkohol und sieben mit BTM), acht mit manifesten Depressionen, vier mit Schizophrenie, vier sonstige Fälle mit Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik und zwei waren schwer persönlichkeitsgestört (Granzow/Püschel 1998: 5). Bei einer retrospektiven Analyse der Suizidenten standen folgende Aspekte im Vordergrund: Angst vor der Haftstrafe, Partnerprobleme, Gefühl ungerechter Verurteilung und der sog. Bilanz-Selbstmord (Granzow/Püschel 1998: 5), ein in der Literatur umstrittener Begriff, bei dem eine rationale Abwägung – sofern diese unter den gegebenen Umständen überhaupt möglich ist - von Lebensumständen zum Selbstmord führt.

Bei den im Untersuchungszeitraum aufgetretenen 17 Todesfällen durch akzidentelle Vergiftungen lag in 13 Fällen eine BTM-Intoxikation vor, von denen sieben Ereignisse außerhalb der Haftanstalt im Hafturlaub oder auf der Flucht erfolgten. In der Haftanstalt selbst starben fünf Männer und eine Frau im Alter von 20-42 Jahren durch BTM-Konsum. Da ein kausaler Zusammenhang mit der Drogenabhängigkeit bestand, handelte es sich hierbei um Rauschgifttodesfälle (Granzow/Püschel 1998: 6).

Nach Granzow/Püschel gab es im Studienzeitraum auch einige gerichtsmedizinisch und toxikologisch nicht eindeutig klärbaren Todesfällen bei drogenabhängigen Gefangenen, die Entzugserscheinungen zeigten. Die Autoren weisen darauf hin, dass es im Untersuchungszeitraum bis 1995 keine Todesfälle unter den Methadon substituierten Häftlingen in den JVA's gab, weisen jedoch auf entsprechende Einzelfälle hin, die nach Abschluss ihrer Untersuchungen auftraten (Granzow/Püschel 1998: 6). Darüber hinaus nennen die Autoren eine steigende Zahl von Drogentoten im Hamburger Strafvollzug gegen Ende der achtziger Jahre, die – wie übrigens im gesamten Stadtgebiet – Anfang der neunziger Jahre ihr Maximum erreichte. Just in dieser Zeit waren die Hamburger Gefängnisse extrem überfüllt; der Anteil von Menschen mit nichtdeutscher Staatsbürgerschaft erreichte in einigen Vollzugsbereichen über 50 %, die Drogen assoziierten Infektionskrankheiten nahmen deutlich zu und die Gewaltbereitschaft erreichte einen Höhepunkt (Granzow/Püschel 1998: 9). Nach 1993 fiel die Zahl der Drogentote wieder (Granzow/Püschel 1998: 8). Ob in diesem Kontext die Ausweitung des Methadonprogramms für den Strafvollzug einen Einfluss hatte, müssen neuere Studien zur Methadon-Substitution, die Erprobung von Sprizentausch-Programmen und die Verstärkung der Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe zeigen.

#### **4.2.5 Todesfälle innerhalb und außerhalb der Justizvollzugsanstalt Hamburg 1990-2001**

In einer weiteren Untersuchung wurden die Todesfälle im Hamburger Justizvollzug innerhalb und außerhalb der Justizvollzugsanstalt von 1990-2001 untersucht (Anders et al. 2003: 77f.). In diesem Zeitraum stellten Anders et al. 66 Todesfälle in der Justizvollzugsanstalt Hamburg fest, deren Ursachen über Leichenschau geklärt werden konnten: 26 Häftlinge verstarben durch Suizid (39 %), 25 eines natürlichen Todes mit endogener Ursache (38 %), 12 durch Drogen (18 %) und neun Häftlinge durch Fremdeinwirkung (Anders et al. 2003: 77). Als Suizidmethode wurde in 25 von 26 Fällen das Erhängen gewählt. Das durchschnittliche Alter der Suizidenten betrug 35,8 Jahre, wies aber mit einer Spannweite von 54 Jahren (21-75 Jahre) eine breite Streuung auf. Neun Suizidenten wurden mit dem morgendlichen Zellenaufschluss gefunden, acht im Tagesablauf und in neun Fällen wurde die Fundzeit nicht dokumentiert (An-

ders et al. 2003: 77). In zehn Fällen erfolgte der Selbstmord durch letale Intoxikationen, dabei wurden in allen Fällen Opiate nachgewiesen, während in einem Fall eine Mischintoxikation mit Alkohol gefunden werden konnte. In zwei Fällen wurde der Tod durch suchtbedingte Folgeerkrankungen nachgewiesen (Leberversagen durch Hepatitis C, Bronchopneumonie). Das durchschnittliche Alter der Gruppe betrug 32,2 Jahre mit einer Streuung von 19-44 Jahren (Anders et al. 2003: 77). Bei den drei Fällen mit Fremdeinwirkung handelte es sich jeweils um körperliche Auseinandersetzungen mit Mithäftlingen, die in zwei Fällen zum Tod führten. Die Mithäftlinge wurden wegen Körperverletzung mit Todesfolge verurteilt (Anders et al. 2003: 78).

#### **4.2.6 Todesfälle in bayerischen Justizvollzugsanstalten 1975-1999**

Beck untersuchte die Todesfälle in Bayerischen Justizvollzugsanstalten zwischen 1975 und 1983 und fand 245 Todesfälle, von denen 160 durch Suizide herbeigeführt wurden (Beck 1988: 51). Am häufigsten erfolgte der Suizid durch Erhängen (86 %), es folgen die Öffnung von Arterien (4 %) und der Sprung in die Tiefe (3,3 %). Der Suizid durch Vergiftung (2,7 %) wurde an 4. Stelle und genauso häufig wie Erstickten durchgeführt (Beck 1988: 41). Für den Zeitraum von 1975-1983 konnten sechs Vergiftungsfälle identifiziert werden (fünf Männer, eine Frau). Das Durchschnittsalter betrug 29,7 Jahre; die Altersspanne reichte von 19 bis 38 Jahre, wobei drei der Vergiftungen in der U-Haft erfolgten. Als Motiv für die Vergiftungen bzw. die Suizide wurden in je einem Fall Straftat, Lebensbilanz und familiäre Probleme genannt, über die anderen Fälle können nur Vermutungen angestellt werden. In einem Fall lag ein Verstoß gegen das BTM-Gesetz und eine gleichzeitige Drogenabhängigkeit vor, in einem anderen Fall erfolgte eine Vergiftung im Urlaub. Zu den Giften und Medikamenten, die in suizidaler Absicht eingenommen wurden, konnten keine Aussagen gegeben werden (Beck 1988: 6-23).

In seiner Studie leitete Beck ein erhöhtes Suizidrisiko für Drogenkonsumenten mit körperlichen Entzugssyndromen ab und bezog sich dabei auf elf Süchtige, die sich innerhalb der ersten Woche in Haft das Leben genommen haben (Beck 1988: 40). Ein großer Teil der Suizide passierte in dieser Untersuchung in Einzelhaft (74 %), während gleichzeitig über die Jahre die Quote in der Gemeinschaftshaft anstieg (Beck 1988: 42). Von den Suizidenten nahmen sich 60 % in der U-Haft das Leben (Beck 1988: 51).

#### **4.2.7 Todesfälle in österreichischen JVA's 1974-1989**

Die Arbeitsgruppe Ambach et al. stellte bei ihrer Untersuchung von Haftanstalten in Tirol und Vorarlberg 24 Todesfälle in den Jahren 1974 bis 1989 fest. Bei den Todesfällen handelte es sich ausschließlich um männliche Inhaftierte ohne nähere Altersangabe, die bis auf einen Fall zur Klärung der Todesursache gerichtsmedizinisch obduziert wurden. Demnach verstarben neun Häftlinge eines natürlichen Todes, elf an einem Suizid durch Erhängen, zwei an einer Alkoholintoxikation, einer an einem epiduralen Hämatom und ein Fall wurde nicht dokumentiert (Ambach et al. 1990: 18). Ein Vergiftungsfall wurde von den Autoren gesondert dokumentiert und soll nachfolgend beschrieben werden, um zu belegen, dass auch eine gute ärztliche Versorgung und Überwachung von Gefangenen nicht immer das Schlimmste verhindern kann. Es handelt sich um den plötzlichen Tod eines 20-jährigen Strafgefangenen, der nach geringer körperlicher Betätigung unerwartet zu Boden fiel und nicht mehr reanimiert werden konnte. Der Häftling, der wegen Schlafstörungen vom Anstaltsarzt behandelt worden war, sollte auf Anordnung des Arztes jeden Abend unter Anwesenheit eines Justizwachbeamten eine Tablette Rohypnol und 15ml

Chloralhydratlösung einnehmen. Bei der kriminaltechnischen Aufarbeitung des Falls wurde in der Zelle des Häftlings eine Glasflasche mit Resten einer Chloralhydratlösung gefunden, die der Häftling offensichtlich über längere Zeit gesammelt hatte. Die chemisch-toxikologische Untersuchung ergab, dass im Blut Chloralhydrat und seine Metaboliten Trichloethanol und Trichloressigsäure in einer Menge vorlagen, die auf eine Überdosierung mit Todesfolge schließen lassen (Ambach et al 1990: 19). Das Beispiel führt vor Augen, dass im normalen durch alltägliche Berufsroutinen geprägten Haftalltag das Wach- und ärztliche Personal an ihre Grenzen stoßen; Todesfälle sind hundertprozentig vermeidbar (Ambach et a. 1990: 21).

#### 4.2.8 Suizide in Österreichs Justizvollzugsanstalten 1975-1996, 1947-1999

Weitere Untersuchungen von Todesfällen in österreichischen Justizvollzugsanstalten<sup>12</sup> erfolgten zunächst für den Zeitraum von 1975-1996 (vgl. Frühwald 2000) und anschließend für den Zeitraum von 1947-1999 (vgl. Frottier 2001).

In der ersten Erhebung wurde festgestellt, dass sich in 21 Jahren immerhin 207 Häftlinge das Leben genommen hatten, darunter vornehmlich Männer (96,7 %) und nur wenige Frauen (3,3 %). Ungefähr die Hälfte der Verstorbenen (48,8 %) befand sich zuvor in Untersuchungshaft, 44,4 % waren Strafgefangene und 6,8 % „geistig abnorme Rechtsbrecher“, die im Maßregelvollzug gehalten wurden. Als Todesursache ergab sich in 170 Fällen Tod durch Erhängen (82,1 %), in 16 Fällen eine Medikamentenintoxikation (7,7 %), in elf Fällen das Öffnen von Arterien (5,3 %), in sieben Fällen ein Sprung in die Tiefe und drei sonstige Fälle. Bezüglich der Intoxikationen ist festzustellen, dass die meisten Vergiftungen in den Jahren von 1995-1996 stattfanden, nämlich sieben Fälle. 1996 erfolgten 40 % der Suizide durch eine Medikamentenintoxikation und im Vorjahr 45 %, sonst hatte es nur wenige bzw. Einzelfälle an Intoxikationen gegeben (Frühwald et al. 2000: 197). Diese Häufung von Vergiftungen innerhalb kürzerer Zeit ist bemerkenswert. Leider ist aus der Literatur nicht ableitbar, ob als Gegenreaktion ab 1997 entsprechende Maßnahmen seitens der Gefängnisleitung ergriffen wurden. Nach Frühwald et al. beträgt das Risiko für Suizid in den ersten beiden Monaten der U-Haft 47,5 %, nach 3-6 Monaten 29,7 % und nach 18 Monaten 17,8 %, nimmt also nach längerer U-Haft deutlich ab (Frühwald et al. 2000: 196f.). Das größte Risiko für Suizid besteht für die erste Zeit der Inhaftierung; insbesondere am 1. Tag ereignen sich bis zu 40 % der Suizide, in der ersten Woche 20-40 % und im ersten Monat nach der Einlieferung bis zu 70 % (Frühwald et al. 2000: 199). Diese Prozentwerte gelten hauptsächlich für männliche Gefangenen, denn Frauen stellen in österreichischen Justizvollzugsanstalten eine Minderheit dar, sie sind aber selbstverständlich als gleichermaßen suizidgefährdete Population anzusehen (Frühwald et al. 2000: 199).

In einer noch größer angelegten Folgestudie untersuchten Frottier et al. die Suizide aller österreichischen Häftlinge von 1947-1999. In einer sehr aufwendigen Erhebung wurden alle 29 Justizvollzugsanstalten aufgesucht, die Suizidfälle anhand der Aufnahmebücher nach entsprechenden Vermerken durchsucht und wenn möglich, die Personalakten eingesehen. Da jedoch einige Akten nach Ablauf der Aufbewahrungsfristen vernichtet worden waren, konnten von den Autoren nicht alle in Frage kommenden Unterlagen eingesehen werden (Frottier et al. 2001: 91). Gleichzeitig führte ein Vergleich mit der offiziellen Suizidstatistik des Justizministeriums zur Erkenntnis, dass im Zeitraum noch mehr Suizide von

<sup>12</sup> gemeint sind hier alle österreichischen Justizvollzugsanstalten.

Gefangenen vorgekommen waren und dass somit die offizielle Dokumentation unvollständig war. Dies hing damit zusammen, dass Insassen nach einem durchgeführten Suizidversuch häufig in die Intensivstation eines Krankenhauses verlegt wurden und dort nach mehrtätigem Aufenthalt im Krankenhaus aufgrund ihres lebensbedrohlichen Zustands als haftuntauglich eingestuft wurden und „enthaftet“ wurden. Starben diese Patienten einige Tage später, wurden sie nicht mehr in der offiziellen Suizidstatistik geführt (Frottier et al. 2001: 91). Insgesamt konnten in der Studie Suizide von 410 Häftlingen festgestellt werden, darunter waren 388 Männer (94,6 %) und 22 Frauen (5,4 %). Das Durchschnittsalter der Suizidenten betrug im Schnitt 36,3 Jahre +/- 13 Jahre. Bezüglich der Todesursache katten sich 338 Personen erhängt (82,4 %), 39 verstarben durch Medikamentenintoxikation (9,6 %), 17 nahmen sich durch einen Sprung in die Tiefe das Leben (4,1 %), und 16 öffneten sich die Adern (3,9 %) (Frottier et al. 2001: 92). Mehr als die Hälfte der Suizidenten (55,6 %) befanden sich in Untersuchungshaft, 39,5 % in Strafhaft und 4,9 % waren im Maßregelvollzug untergebracht. Die Studie von Frottier et al. führte zu den beiden wichtigen Ergebnissen, dass die konstant steigende Zunahme der Suizide in der Gefangenenpopulation seit 1975 als signifikant angesehen werden konnte und ein vergleichbarer Effekt in der Allgemeinbevölkerung als Bezugssystem nicht existierte. Für die steigende Zahl der Suizide kommen für die Autoren verschiedene Gründe in Betracht. Zum einen scheint die seit 1975 vermehrte Unterbringung von Häftlingen in Einzelhaft, die als deprivierend<sup>13</sup> und suizidogen bezeichnet wird, eine Rolle zu spielen, zum anderen machte sich die Importation<sup>14</sup> bemerkbar, nach der Häftlinge über die Jahre eine zunehmende Inzidenz von psychischen Störungen aufweisen. Auch in dieser Studie ergibt sich die Frage, ob Gefängnisinsassen die gleiche medizinische und psychiatrische Versorgung bekommen wie die Allgemeinbevölkerung.

---

<sup>13</sup> Bedingt durch die Haftanstalt (Autonomieverlust, Haftbedingungen, Repression) (Frottier et al. 2001: 91).

<sup>14</sup> Probleme werden von außen durch den Häftling hereingebracht (Frottier et al. 2001: 91).



## 5 Vergiftungen nach Datenlage von Giftinformationszentren

Giftinformationszentren nehmen Anfragen aus der Öffentlichkeit, von Ärzten und anderen Heilberufen und von Institutionen und Behörden entgegen (Hentschel et al. 2009: 18). Über einen eigens eingerichteten Giftnotruf mit 24 Stunden Erreichbarkeit können eingehende Anrufe nach Vergiftungsart und -schwere dokumentiert werden sowie Empfehlungen für Behandlungs- und Therapiemaßnahmen gegeben werden (vgl. GIZ-Nord 2009; Aktories et al. 2009). Durch die 24-stündige Erreichbarkeit und ständige Dienstbereitschaft kann im Vergiftungsfall schnell Hilfe geleistet werden (vgl. GIZ-Nord 2009, Hentschel et al. 2009). Die Dokumentation der Daten erfolgt standardisiert über Beratungsprotokolle.

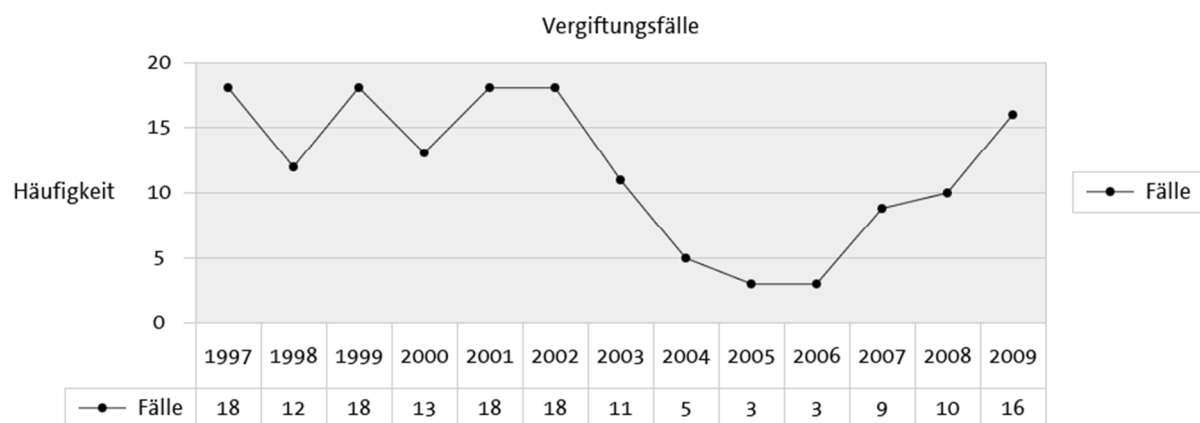
### 5.1 Auswertung von Vergiftungen - Methodik

Nach der ausführlichen Analyse der Studien und Vergiftungen in deutschen und österreichischen Justizvollzugsanstalten erfolgte eine weitergehende praktische Analyse der Vergiftungsdaten des GIZ-Nord Göttingen in Bezug auf Vergiftungen in Justizvollzugsanstalten von 1997-2009. Der Datensatz des GIZ-Nord Göttingen wurde anonymisiert und unter Beachtung des Datenschutzes ausgewertet. Zusätzlich angeforderte Beratungsprotokolle zu den Drogenvergiftungen zur Kurzdarstellung von Fallberichten wurden ebenfalls anonymisiert, so dass keine Zuordnung zu Personen und Einrichtungen (Justizvollzugsanstalten) vorgenommen werden konnte. Für die Auswertung der Daten wurde eine eigene Datenmatrix mit einem Abkürzungs- und Ziffernverzeichnis erstellt und eine einfache Datenbereinigung durchgeführt. Anschließend folgte eine manuelle Durchsicht der Daten und die quantitative deskriptive Auswertung der Daten mit Excel.

### 5.2 GIZ Nord – Ergebnisse für den Zeitraum 1997 - 2009

Das GIZ-Nord Göttingen ist hauptsächlich für die Bundesländer Bremen, Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein zuständig (GIZ Nord 2009: 1). Für den zu untersuchenden Zeitraum von Januar 1997 bis Dezember 2009 gab es insgesamt 154 Vergiftungsfälle in Justizvollzugsanstalten, die in Abb. 2 dargestellt sind.

Abbildung 2 Vergiftungsfälle in Justizvollzugsanstalten von 1997-2009



Quelle: Datensatz GIZ-Nord Göttingen Vergiftungen in JVA 1997-2009. n = 154.

Wie aus Abb. 2 ersichtlich, gab es in den Jahren 2003-2005 eine auffällige Abnahme von Vergiftungsfällen in Haftanstalten, während ab 2007 Intoxikationen zunehmen. Der arithmetische Mittelwert und der Median für die jährlichen Vergiftungsfälle liegt bei 12.

Was die Verteilung der Geschlechter betrifft, stellen von den 154 Vergiftungsfällen (inkl. Vergiftungen von mehreren Personen) 117 männliche und 17 weibliche Inhaftierte dar. In 20 Fällen erfolgte keine Dokumentation des Geschlechts (siehe Tabelle 2). Dreiviertel aller Vergiftungsfälle (75 %) wurden bei den männliche Inhaftierten registriert und 11 % bei den weiblichen. Männer waren in der zu untersuchenden Gruppe überrepräsentiert und Frauen unterrepräsentiert. Die häufigsten Vergiftungen mit 91 Fällen traten in der Altersgruppe der 20-49-jährigen auf, es handelte sich dabei um 71 männliche Inhaftierte (von 117) und 10 weibliche (von 17). Es gab auch drei Vergiftungsfälle von Kindern im Alter von 1-4 Jahren, elf Vergiftungsfälle bei Jugendlichen im Alter von 15-19 Jahren und vier bei Erwachsenen im Alter von 50-69 Jahren.

**Tabelle 2** GIZ-Nord – erfasste Vergiftungsfälle nach Geschlecht und Altersgruppe innerhalb von 12 Jahren

Altersgruppe	Geschlecht			Summe
	männlich	unbekannt	weiblich	
1-4	2		1	3
15-19	7	2	2	11
20-49	71	10	10	91
50-69	4			4
Erwachsene (o. Altersangabe)	17	5	3	25
Unbekannt	16	3	1	20
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>117</b>	<b>20</b>	<b>17</b>	<b>154</b>

Quelle: Datensatz GIZ-Nord Göttingen Vergiftungen in JVA 1997-2009.

### 5.2.1 Vergiftungen nach Hauptgruppen (Noxen)

Der Jahresbericht 2008 des GIZ-Nord Göttingen weist als Vergiftungsursachen auf folgende Noxen-Gruppen hin: Arzneimittel, Tierarzneimittel, chemische Produkte, Kosmetika/Hygiene-Produkte, Pestizide, Agrochemikalien (außer Pestizide), Drogen, Pflanzen, Pilze, Tiere, Nahrungs- und Genussmittel, Waffen, Umwelt (keine eindeutige Zuordnung möglich) und Grundsubstanzen als Stoffe ohne definierte Anwendungsgebiete (GIZ-Nord 2009: 6). Die häufigsten Vergiftungen erfolgten durch Arzneimittel und chemische Produkte, danach folgen mit deutlichem Abstand die Drogen (siehe Tabelle 3). Bei den Arzneimitteln handelte es sich um 68 Vergiftungsfälle (44 %), bei den chemischen Produkten um 57 Fälle (37 %) und bei den Drogen um neun Fälle (6 %). Die meisten Vergiftungen durch Arzneimittel (44 Fälle), chemische Produkte (31 Fälle) und Drogen (sieben Fälle) erfolgten in der Altersgruppe der 20-40-jährigen.

**Tabelle 3** GIZ-Nord – erfasste Vergiftungen nach Hauptgruppen (Noxen) und Altersgruppen innerhalb von 12 Jahren

Summe von Patientenzahl Hauptgruppe	Altersgruppe						Summe
	1-4	15-19	20-49	50-69	Erw	unbekannt	
01: Arzneimittel		4	44	2	8	10	68
03: Chemische Produkte	2	6	31	1	12	5	57
04: Kosmetika/Hygiene-Produkte	1		1			2	4
05: Pestizide			2		2		4
07: Drogen		1	7			1	9
08: Pflanzen			3				3
11: Nahrungs- und Genussmittel			1	1	2		4
13: Umwelt (eindeutige Zuordnung unmöglich)			1		1	1	3
14: Grundsubstanzen (Stoffe ohne definierte Anwendungsgebiete)			1			1	2
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>3</b>	<b>11</b>	<b>91</b>	<b>4</b>	<b>25</b>	<b>20</b>	<b>154</b>

Quelle: Datensatz GIZ-Nord Göttingen Vergiftungen in JVA 1997-2009.

### 5.2.2 Vergiftungen durch Arzneimittel

Bei näherer Betrachtung der Vergiftungen durch Arzneimittel fällt auf, dass von den Gefangenen zwischen Januar 1997 und Dezember 2009 häufig Psychopharmaka (24 Fälle) verwendet wurden, die als psychotrope Substanzen Stimmungslage, Verhalten und Leistungsfähigkeit beeinflussen (Burger/Wachter 1993: 1163). In dieser Gruppe von Wirkstoffen wurden am häufigsten Antidepressiva (11) eingesetzt, es folgen die Neuroleptika (9) und in geringer Anzahl die Tranquillantien (4). Auffällig ist, dass fast alle Vergiftungen durch Psychopharmaka in suizidaler Absicht herbeigeführt wurden. Die Liste der Arzneimittelvergiftungen zeigt auch eine hohe Anzahl von Methadonfällen. Es handelt sich dabei um acht männliche Fälle mit Abusus. Hier wäre zu hinterfragen, ob ein Beikonsum von Drogen oder Medikamenten stattgefunden hat, eine genaue Analyse der Vergiftungen kann jedoch nur über das

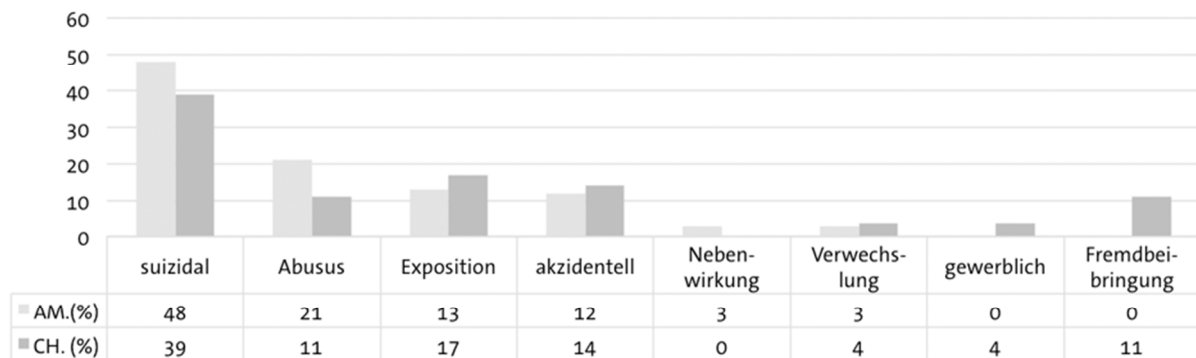
Studium der Beratungsprotokolle erfolgen. Weitere Vergiftungen erfolgten durch Analgetika (8) wie ASS, Ibuprofen (3), Metamizol, Paracetamol und Tramal (2). An sonstigen Vergiftungen sind zu nennen (n=22):

- vier durch Antiepileptika (Carbamazepin (2), Finlepsin, Rivotril)
- vier durch Antikoagulanzen (Marcumar)
- drei durch Antiseptika und Desinfizientien (Promanum, Propanol-Präparat, Sterillium)
- zwei durch Virustatika (Sustiva, Epivir)
- zwei durch Husten- und Erkältungsmittel (ACC long, Tacholiquin 1 %)
- zwei durch Blutdruckmedikamente (Beloc Zok mite)
- eine durch Weißdornpräparat (Cratecor)
- eine durch ein überdosiertes Antibiotikum (Erythrocin 500)
- drei durch unbekannte Medikamente und
- eine durch eine „grüne Schlaftablette“.

Sonstige nicht näher klassifizierte Vergiftungen machten 35,5 % der Fälle aus, was auf eine recht heterogene Zusammensetzung dieser Klasse hinweist. Die Gruppe der Psychopharmaka stellen mit 38,7 % einen relativ hohen Anteil an den Arzneimitteln dar, während Methadonvergiftungen und Analgetikavergiftungen nur bei 12,9 % liegen. Die Vergiftungen durch Arzneimittel erfolgten zu 48 % (33 Fälle) in suizidaler Absicht, ein Missbrauch erfolgte lediglich bei 21 % (14 Fälle). Eine akzidentelle Vergiftung durch Arzneimittel trat bei 12 % (8 Fälle), während jeweils zwei Vergiftungen auf Verwechslung und Nebenwirkungen beruhten.

### 5.2.3 Vergiftungen durch chemische Produkte

Neben den Arzneimitteln fällt eine weitere, ebenfalls sehr heterogene Gruppe von Wirkstoffen auf, die der „chemischen Produkte“. Aus dieser Gruppe wurden Desinfektionsmittel (n=14) und Allzweckreiniger (n=13) am häufigsten im Zuge der Vergiftung eingenommen. Weitere Mittel waren Sanitärreiniger (n=7), Geschirr-/Glasreiniger (n=5), und Diagnostika/Reagenzien (n=4). Der Vergiftungsmodus bei Chemikalien erfolgte zu 39 % (23 Fälle) suizidal, zu 14 % akzidentell (8 Fällen), in jeweils 11 % (6 Fälle) als Abusus/Fremdbeibringung und in jeweils zwei Fällen durch gewerbliche Tätigkeit oder Verwechslung. Bei einer Gegenüberstellung der beiden Hauptgruppen von Vergiftungen, Arzneimittel und Chemikalien fällt auf, dass in suizidaler Absicht an erster Stelle Arzneimittel mit 48 % der Fälle eingenommen wurden und an zweiter Stelle chemische Produkte (39 % der Fälle). Es folgt der Abusus, der bei Arzneimitteln häufiger vorkommt wie bei Chemikalien und die akzidentelle Vergiftung (siehe Abb. 3).

**Abbildung 3 Vergleich Vergiftungsmodus Arzneimittel/Chemikalien 1997-2009**

Quelle: Datensatz GIZ-Nord Göttingen Vergiftungen in JVA 1997-2009.

#### 5.2.4 Vergiftungen durch Drogen (Fallberichte)

In dem zu untersuchenden Zeitraum von Januar 1997 bis Dezember 2009 sind insgesamt neun Drogenvergiftungen (meist als Abusus) gemeldet worden. Es handelt sich um eine Kokainvergiftung, zwei Ecstasyvergiftungen, zwei Haschischvergiftungen, drei Heroinvergiftungen und eine Vergiftung mit Engelstropfen-Pflanzen, von denen einige auszugsweise näher beschrieben werden sollen: Die Kokainvergiftung trat bei einer weiblichen Inhaftierten in der Altersgruppe zwischen 20-49 Jahren auf, die in suizidaler Absicht zusätzlich zum Kokain Benzodiazepine eingenommen und Cannabis geraucht hatte. Eine mittelschwere Ecstasyvergiftung wurde bei einem männlichen Inhaftierten im Alter von 20-49 Jahren festgestellt, der zuvor eine größere Anzahl der Tabletten geschluckt hatte, und die Intoxikation zog eine stationäre Überwachung nach sich. Die Haschischvergiftung führte ein 19-jähriger Mann herbei, als er bei einer Kontrolle hastig 5g Haschisch verschluckte, um es schnell verschwinden zu lassen. Eine der Heroinvergiftungen trat bei einem jungen Mann in der Altersklasse zwischen 15-19 Jahren auf, der sich eine Überdosis von 6 g intravenös gespritzt hatte und nach Gabe des Opioidantagonisten Naloxon ins Krankenhaus eingeliefert wurde. Die Vergiftung mit der Engelstropfen-Pflanze wurde herbeigeführt, indem ein männlicher Inhaftierter im Alter von 15-19 Jahren von der Pflanze einen Teeaufguss hergestellt (1,5 Tassen Tee) und diesen zusammen mit größeren Mengen Alkohol getrunken hatte. Die Vergiftung wurde erfolgreich mit Scopolamin behandelt.

#### 5.2.5 Vergiftungsmodus, Forschungsfrage und Schweregrad

Vergiftungen können unbeabsichtigt oder beabsichtigt durch Suizid, Abusus (Missbrauch) oder Fremdbeibringung erfolgen, sie können aber auch eine unerwünschte Reaktion auf Medikamente oder Nahrungsmittel sein oder aufgrund anderer Vergiftungsumstände erfolgen (GIZ Nord 2009: 7). Die häufigsten Vergiftungen, die zwischen 1997 und 2009 beim GIZ-Nord gemeldet wurden, waren in suizidaler Absicht herbeigeführt worden (64 Fälle), in 28 Fällen waren sie die Folge eines Abusus, in weiteren 28 Fällen einer nicht näher bezeichneten Exposition (wenn keine sichere Zuordnung der Vergiftung möglich war). In 18 Fällen kam es akzidentiell zur Intoxikation und in acht Fällen durch eine nicht näher beschriebene Fremdbeibringung. Eine gewerbliche Vergiftung trat in zwei Fällen auf, in zwei Fällen äußer-

te sich eine Vergiftung als Nebenwirkung von Medikamenten und in vier Fällen erfolgte eine Verwechslung.

Die Auswertung der Daten ergab, dass die häufigsten Vergiftungen zwischen 1997 und 2009 sowohl durch Arzneimittel mit 48 % als auch durch chemische Produkte mit 39 % in suizidaler Absicht erfolgten und weniger als Folge eines Abusus (Arzneimittel 21 %, chemische Produkte 11 %) oder als akzidentelle Vergiftung (Arzneimittel 12 %, chemische Produkte 14 %). Die Anzahl der Drogenvergiftungen war zwar über die Jahre gesehen nicht sehr hoch, es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass ihre eigentliche Zahl laut aktueller Studienlage höher liegt, also eine Dunkelziffer an Fällen existiert, da natürlich nicht alle Vergiftungen dem GIZ-Nord gemeldet werden (Estler/Schmidt 2007: 979).

Der Schweregrad der registrierten Vergiftungen wurde vom GIZ-Nord über den Poisoning-Severity-Score (PSS-Skala) erfasst, der von Persson et al. (1998) entwickelt wurde und weltweit als Standardskala für die Bewertung von akuten Vergiftungen gilt mit einer Einstufung der Vergiftungen von leicht, mittelschwer und schwer (PSS-Skala der Vergiftungsschweregrade, vgl. Persson et al 1998). Die meisten Vergiftungen, die in den Justizvollzugsanstalten von 1997-2009 erfolgten, waren leichter Ausprägung (36 %), gefolgt von symptomlosen und mittelschweren Fällen. Bei den Substanzen, die nach der PSS-Skala zu schweren Vergiftungen führten, handelte es sich: in zwei Fällen um Antikoagulantien, in drei Fällen um einen Sanitärreiniger, in je einem Fall um eine unbekannte Noxe/ein Desinfektionsmittel/ein Insektizid/ein Herbizid und in drei Fällen um ein Neuroleptikum/ein Schlafmittel/ein Schmerzmittel.

### **5.2.6 Giftaufnahme, Giftform und Dosis**

Die Giftaufnahme erfolgte in 131 Fällen, also in Dreiviertel der Fälle peroral (85 %). Eine inhalative Aufnahme fand in zehn Fällen statt (6 %), die Aufnahme über das Auge in fünf Fällen (3 %), eine intravenöse in vier Fällen (3 %) und eine unbekannte Art der Giftaufnahme in vier Fällen. Am häufigsten wurde das zugeführte Gift in flüssiger Form (41 %) oder in Tablettenform (32 %) eingenommen.

### **5.2.7 Vergiftungen nach Jahreszeiten**

Im Untersuchungszeitraum wurden die meisten Vergiftungen dem GIZ-Nord im Monat August (25 Fälle), gefolgt vom Monat Januar (21 Fälle), vom Monat Juni (18) und Monat September (17) gemeldet, also überwiegend in den Sommermonaten. Exemplarisch seien einige Fälle aufgeführt, die im August auftraten, da diese als kollektive Intoxikationen eingestuft werden müssen und alle zwischen 21:00 Uhr und Mitternacht erfolgten: Im August 1999 kam es an zwei aufeinanderfolgenden Tagen in je einer Gruppe von drei Personen zum Methadon-Abusus mit Vergiftungszeichen, und Anfang August 2001 vergifteten sich in einer JVA drei Personen durch die Aufnahme von Stechapfel-Extrakt (Abusus als Auslöser). Mitte August 2001 tranken zwei Gefangene in einer Haftanstalt mit Selbstmordabsichten Grundreiniger. Weitere Vergiftungsfälle passierten im August 2005, als drei Insassen einer JVA Buttersäure tranken. Da es sich dabei um eine extrem übelriechende, intensiv nach faulen Eiern stinkende Chemikalie handelt, die gewiss niemand freiwillig trinken würde, geht man hier davon aus, dass die Buttersäure den drei Männern zwangsweise von Mitgefangenen eingeflößt wurde.

## 6 Diskussion

Intoxikationen in Haftanstalten, die meist zum Zweck der Selbsttötung durchgeführt werden, stoßen auf ein breites gesellschaftlichen „Desinteresse“, um hier nicht den Begriff der „Verdrängung“ zu verwenden. Das mag daran liegen, dass der Weg der Hinführung von Straftäter\*innen in die Parallelwelt einer Justizvollzugsanstalt, welcher durch juristisch geprägte Aufnahmearten gekennzeichnet ist, eine Metapher für den zeitlich limitierten sozialen bzw. kulturellen Tod darstellt, und Tote unterliegen bekanntermaßen einem schnellen kollektiven Vergessen. Es sind folglich elementare psychologische Prämissen, auf deren Grundlage die vorliegende Studie entfaltet wurde. Bereits der Einstieg in die Materie erwies sich als schwierig: Intoxikationen in JVs werden in der Literatur relativ wenig thematisiert und sind, wenn überhaupt, nur im Zusammenhang mit Suiziden zu finden (s. Kapitel 4.2). In einem solchen Kontext wird hauptsächlich auf Vergiftungen durch Drogen (Drogenüberdosis) und Substanzmissbrauch durch Drogen plus Alkohol hingewiesen (vgl. Wirth 2002; Thomas 2004; Lehmann 2004; Schönfeld et al. 2006; Stompe et al. 2010), obgleich bei Drogenvergiftungen nicht zwingend die suizidale Absicht anzunehmen ist, da beim Drogenkonsum versehentliche letale Überdosierung vorkommen können. In einigen Publikationen waren nur die Prozentwerte der Vergiftungen zu finden (vgl. Pecher et al. 1995; Bouge/Power 1995; Joukamaa 1997; Schmitt 2006;), während die mindestens ebenso wichtigen Angaben zur Art der verwendeten Substanzen und zu den genauen Umständen des Todes fehlen.

Intoxikationen in deutschen Justizvollzugsanstalten scheinen sich nach den Daten des GIZ-Nord in den Sommermonaten zu häufen; eine eindeutige saisonale Abhängigkeit lässt sich wegen der beschränkten Fallzahlen aber nicht ableiten. Je nach gewähltem Bundesland, Untersuchungszeitraum und Anzahl der Suizid- bzw. Vergiftungsfälle zeigt die Literatur eine große Spannweite der Intoxikationen, was zur Schlussfolgerung führt, dass exaktere, d. h. auf vollständigen Literaturdaten beruhende Aussagen in vielen Fällen gar nicht möglich sind und viel Spielraum für Mutmaßungen gegeben ist. Immerhin sind in diesem Zusammenhang die Daten des GIZ-Nord eindeutig: Intoxikationen werden in JVs am häufigsten in der Altersgruppe der 20-49-jährigen herbeigeführt, was nicht verwundern kann, da diese Gruppe überproportional in der Haft vertreten ist. Am häufigsten wurden bei den Vergiftungen Arzneimittel und chemische Produkte oral eingenommen.

Unter Inhaftierten ist das Erhängen die häufigste Methode des Selbstmordes. Sie wird dicht gefolgt von Intoxikationen mit unterschiedlichen chemischen Substanzen inklusive BTM (vgl. Gloza 1984; Beck 1988; Rudorff 1988; Ambach et al. 1990; Frühwald et al. 2000; Frottier et al. 2001), wobei Drogenabhängige unter Entzug ein signifikant höheres Risiko für Suizid haben als unter Alkohol oder Drogeneinfluss (vgl. Rudorff 1988). Die hohe Frequenz des Erhängens verlangt nach einer Erklärung, zumal auch in JVs viele externe Faktoren den Einsatz eines Suizidmittels determinieren. Wenn ein Häftling seinem Leben ein Ende setzen will, stellt er prinzipiell die gleichen Überlegungen an wie jeder andere, freie Mensch mit der gleichen Intention und sucht nach einem Mittel, das seiner Meinung nach sicher wirkt, das unter praktischen Aspekten leicht erreichbar ist, das andere Menschen nicht gefährdet, das keine allzu großen Schmerzen verursacht und das für die Tat eine möglichst geringe Entschlusskraft erfordert. Es ist anzunehmen, dass das Erhängen einige dieser Punkte erfüllt. Dabei stufen aber viele Menschen aus physiologischer Unwissenheit den Selbstmord durch Erhängen als schnell und schmerzlos ein, obgleich das nur

für ein „technisch gut gemachtes“ Erhängen gilt: Bei heftiger Gewalteinwirkung auf das Genick – wie es für die klassische Hinrichtung am Galgen, also dem Fallen eines Körpers aus größerer Höhe mit einem fest geknoteten und korrekt platzierten Strick um den Hals typisch war – bricht im Atlanto-axial-Gelenk am zweiten Halswirbel ein Dornfortsatz, der Dens axis, und bohrt sich in das im Wirbelkanal verlaufende Rückenmark. Unter diesen Umständen tritt der Tod tatsächlich sofort ein. Ist jedoch die Schlinge um den Hals inkorrekt gesetzt und die Fallhöhe zu gering bzw. annähernd oder gleich Null (z. B. beim Erhängen an einem Fensterkreuz oder einem Heizkörper), erstickt die betroffene Person unter unerträglichen Schmerzen im Halsbereich, und der Tod tritt erst mit zeitlicher Verzögerung durch die Kompression der Kopfarterie/-vene und die damit assoziierte Unterbindung der zerebralen Blutzufuhr ein.

Die Analyse der GIZ-Nord-Daten ergab, dass schwere Vergiftungen überwiegend bei Suizidversuchen zu beobachten sind und stets zu Krankenhauseinweisungen führen. Bezüglich der BTM ist hierbei erwähnenswert, dass die bereits beschriebenen Erfahrungen im Hamburger Strafvollzug der 80er und 90er Jahre implizieren, dass zumindest in Großstädten der Drogenkonsum von Häftlingen den Drogenkonsum der lokalen Bevölkerung widerspiegeln, sowohl was Arten, Häufigkeiten als auch assoziierte Todesraten betrifft. Die festgestellte Reihenfolge der Suizidtechniken wird auch durch zahlreiche ausländische Studien bestätigt (vgl. Dooley 1990; He et al. 2001; Way et al. 2005; O`Driscoll 2007) und weist resümierend darauf hin, dass Haftanstalten einen nicht unerheblichen Anteil von psychisch beeinträchtigten, verzweifelten Menschen beherbergen und dass der Drogenkonsum in Haftanstalten – und damit logischerweise der Konsum anderer Gifte – kaum beherrschbar ist, sonst wären die meisten der Intoxikationen in JVA erst gar nicht möglich. Zunächst erscheint es rätselhaft, dass in JVA überhaupt unterschiedliche Drogen konsumiert werden können. Ein genauerer Blick zeigt jedoch, dass Substanzen illegal in Justizvollzugsanstalten durch Freigänger oder Rückkehrer vom Hafturlaub eingeschleust werden können oder über Besucher wie Angehörige, durch das Gefängnispersonal (!) und neuerdings durch den Einsatz von Drogen bestückten Drohnen,<sup>15</sup> die leise und unbemerkt auf dem Gelände, den Innenhöfen oder den Fensterbrettern von Zellen von JVA landen können. Außerdem kommen prinzipiell auch Anwält\*innen der Insassen als Transporter in Betracht.<sup>16</sup> Die Rechtsbeistände sind von der Eingangskontrolle ausgenommen, nicht an die allgemeinen Besuchszeiten und an die normalen Besuchshäufigkeiten gebunden, damit sichergestellt ist, dass die Verteidigung von Untersuchungshäftlingen nicht durch zu viele Reglementierungen behindert wird.

Als Ursache für den Drogenimport spielen folglich versagende bzw. unterlaufene Kontrollmechanismen eine Rolle. Beispielsweise müssen alle Besucher\*innen an der Eingangsschleuse der JVA vorbei und sich dort abtasten lassen bzw. den Inhalt ihrer Taschen leeren. Geschickten Drogenschmuggler\*innen wie z. B. „Body-Packern“, die verpackte Drogen im Enddarm/Dickdarm tragen und diese beim Toilettengang in der JVA ausscheiden, wird man nicht so leicht das Handwerk legen können. Als Konsequenz des zur Zeit nicht zu unterbindenden Drogenverkehrs wird die Suchtproblematik im Strafvollzug oft stillschweigend toleriert und Verstöße gegen das BTM-Gesetz in Kauf genommen. Zusätzlich ist zu bemängeln, dass in vielen JVA immer noch keine ausreichenden wie umfangreiche Methadonprogramme und Therapiemöglichkeiten angeboten werden wegen fehlender Fachkräfte und fehlender finanzieller Mittel

<sup>15</sup> „Wenn die Drogen mit der Drohne in den Knast kommen“, Artikel in der „Welt“ vom 04.05.2015.

<sup>16</sup> „Ein Anwalt hat seinem Mandanten über zwei Jahre hinweg Haschisch und Kokain ins Gefängnis geliefert. Offenbar bestellte der Inhaftierte die Drogen per Telefon.“, aus einem Artikel in „Der Tagesspiegel“ vom 07.04.2008.



(Thomas 2004: 157). Das bedeutet resümierend, dass die effiziente Verhinderung des Zugang zu Giften und BTM wäre damit eigentlich das entscheidende Regulativ der Primärprävention bei Häftlingen, indem sämtliche Besucher\*innen, Freigänger\*innen, Repräsentanten der Exekutive und Judikative, also unabhängig von ihrem beruflichen oder sozialen Status, besonders intensiv beim Betreten der JVA kontrolliert werden.

Viele Insassen von JVAs haben ein Leben hinter sich, das durch Chaos, Gewalt, Missbrauch und andere negative Erfahrungen dominiert wurde. In der Haftanstalt werden sie zusätzlich zu Stigmatisierten, deren soziale Exklusion als Strafe dient. Um sich den Prozess der Stigmatisierung von Häftlingen noch besser zu verdeutlichen, seien einige der wirksamen, komplexen psychologischen Mechanismen beschrieben: Ein Individuum oder eine Gruppe von Menschen kommt dann für die Initiation einer Stigmatisierung in Frage, wenn man von ihm/ihr erwartet, dass er/sie eine akute oder chronische Bedrohung für einen selbst oder für bestimmte, auf Übereinkünften beruhende kulturelle Grundlagen des Zusammenlebens darstellt. Der Auslöser für die Ausgrenzung ist in der Regel eine Eigenschaft, der als Makel empfunden wird, im Falle von Häftlingen aber äußerlich nicht erkennbar ist. Der Makel zeigt sich während der Haft, wenn Freunde oder Berufskolleg\*innen die Botschaft der Inhaftierung weitertragen oder auch in verwaltungstechnischen Kontexten nach der Haftentlassung im Zustand des Vorbestraftseins, z. B. bei Behördengängen, beim Suchen einer Wohnung oder bei Bewerbungen auf Arbeitsplätze. Damit die Stigmatisierung komplett wird, muss folglich eine Meinungsbildung stattfinden, die zu einem sozialen „Massenprodukt“ wird, sobald die Mitglieder einer Gruppe in einer Population entschieden haben, dass sie bedroht werden und dass sie zusätzlich andere Menschen der Population davon überzeugen müssen, dass die von ihnen stigmatisierten Menschen eigentlich eine noch größere kollektive Ausgrenzung verdient haben. Das bedeutet, dass die Rechtsprechung nicht nur als eine Brandmarkung von moralischem Abwechertum gedacht ist, sie dient auch als ein probates Mittel, um diffuse individuelle Ängste innerhalb der Gesellschaft abzuschwächen und vor allem: sie spiegelt nach außen hin feste Normen der Gesellschaft und letztendlich auch die Macht des jeweiligen Staatssystems wider.

Die sozialen Reaktionen gegenüber Stigmatisierten sind häufig durch stereotype, entmenschlichende Verhaltensweisen bestimmt wie z. B. die Meidung des sozialen Kontaktes mit den Ausgegrenzten, die unreflektierte Zuweisung von Schuld oder von anderen negativ belegten Charaktereigenschaften. Im schlimmsten Fall könnten Inhaftierte von ihren Stigmatisierern als moralisch verkommen, gefährlich, unkalkulierbar, unzuverlässig, unaufrichtig und sogar wertlos betrachtet oder werden, wobei der Grad der Stigmatisierung von der Schwere der begangenen Tat abhängt. Bei besonderen Straftaten findet die Stigmatisierung selbst während der Inhaftierung statt, wie einige Fälle der Tötung von Kindern belegen, bei denen die Täter in der Gefangenschaft permanent in Einzelhaft gehalten werden musste und nur allein bzw. unter Schutz Hofspaziergänge machen durften, um nicht von den Mithäftlingen verletzt oder getötet zu werden. Andererseits kann das feindliche, ausgrenzende Verhalten der Bevölkerung dazu führen, dass sich Strafgefangene, die ansonsten gar nicht dem Habitus des archetypischen, perfiden Kriminellen entsprechen, im sozialen Miteinander die von den Stigmatisierern erwarteten Eigenschaften zeigen: Auf diese Weise ist eine selbsterfüllende Prophezeiung geschaffen worden, der Gefangene hat die ihm zuge dachte Rolle übernommen.

Es ist offensichtlich, dass durch die widrigen Bedingungen der Haft zwangsläufig zahlreiche Stressoren bei den Inhaftierten aktiviert werden, von denen in einer früheren Studie spezifische akute und chroni-

sche Stressoren identifiziert wurden wie a) die akute Traumatisierung durch den abrupten Übergang von Freiheit zur U-Haft im Zuge der Verhaftung und durch den späteren Mechanismus der vordergründig demütigenden öffentlichen Zur-Schau-Stellung vor Gericht (man beachte hier auch die für manchen paradox anmutende Schuldsprechung „Im Namen des Volkes“, das bei der richterlichen Entscheidung gar nicht beteiligt war) b) die Störung bzw. Zerstörung persönlicher Beziehungen und Partnerschaften, die selbst bei der Verbüßung kürzerer Haftstrafen passieren können, c) das Bestehen beeinträchtigender medizinischer Probleme bei den Inhaftierten, die unter den Haftbedingungen nicht mehr adäquat behandelt werden d) die schlichte, sinnesfeindliche Innenarchitektur der Gemeinschaftszelle und e) die häufigen körperlichen Auseinandersetzungen mit den Mitgefangenen (He at al. 2001: 900). Die Rolle der Unterdrückung und Einschüchterung durch Mitgefangene, die Regulierung des Miteinanders durch das Faustrecht, ist im Kontext des Entschlusses zum Suizid nicht zu unterschätzen. In einem früheren Fall wurde ein 46-jähriger Mann, der sich wegen Betruges im Rückfall seit 13 Jahren in Strafhaft befand, wiederholt bei der Anstaltsleitung vorstellig und gab an, dass er von Mitgefangenen um hohe Geldbeträge erpresst würde und dass man ihn bedrohe. „Ohne weitere Ankündigung beging er sodann Suizid durch Schlucken einer Kapsel Kaliumcyanid, die er während der gesamten Zeit seiner Strafhaft 'in geeigneter Weise' mit sich geführt haben will. In einem sorgfältig formulierten Abschiedsbrief wurde der Suizid mit der ausweglosen Situation durch die Erpressung begründet“ (Granzow/Püschel 1998: 5). Man sollte sich also resümierend darüber im Klaren sein, dass in manchen Haftanstalten Menschen mit Stressoren konfrontiert werden, für die manche zart besaitete Menschen keine geeigneten Coping-Strategien entwickeln können und zwangsläufig haftabhängige seelische Schäden bis hin zu Traumata davontragen werden.

Bland et al. untersuchten die aktuelle Prävalenz und die Lebenszeitprävalenz von substanzbezogenen Störungen, Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit und Drogenmissbrauch/-abhängigkeit bei Inhaftierten und stellten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung sehr hohe Raten von substanzbezogenen Störungen fest (Bland et al. 1998: 276). Inhaftierte wiesen gegenüber der (Normal)bevölkerung eine fast vierfach erhöhte aktuelle Prävalenz für Alkohol und eine mehr als doppelt erhöhte Lebenszeitprävalenz für Alkohol auf. Die aktuelle Prävalenz für Drogenmissbrauch/-abhängigkeit war bei Inhaftierten fünfmal so hoch im Vergleich zur Bevölkerung. Für den Suizid von Inhaftierten identifizierten Frühwald et al. als Risikofaktoren die Länge von Haftstrafen nach schweren Gewalttaten, Alkohol- und Drogenmissbrauch, Einzelhaft, Überbelegung von engen Zellenräumen (Frühwald et al. 2002: 692), die unausweichlich zu psychischen Problemen führen werden, wenn sie nicht schon vor Haftantritt bestanden haben. Tatsächlich lassen sich Studien finden, denen zufolge ca. ein Drittel von inhaftierten Selbstmörder\*innen mit vorausgehendem Missbrauch von Opiaten und Stimulantien vor der Inhaftierung Kontakt zu psychiatrischen Einrichtungen hatten (Dooley 1990: 42, Fotiadou et al. 2004: 58). Auch andere Studien belegen den allgemeinen Zusammenhang zwischen Abhängigkeit und psychischen Erkrankungen wie Depressionen und Persönlichkeitsstörungen (Bland et al. 1998, Way et al. 2005, O` Driscoll et al 2007; Dudek et al. 2009; Stompe et al. 2010). Eine wirkungsvolle Suizidprävention würde also dann möglich sein, wenn größtes Augenmerk auf die Beobachtung von psychisch auffälligen Häftlingen gelegt wird, erschwerend kommt aber hinzu, dass das Recht der Gefangenen auf psychologische oder psychotherapeutische Behandlung oder Betreuung nicht bundeseinheitlich festgelegt ist. Das hessische StVollzG weist zumindest in § 26 Abs. 2 darauf hin.

Die Suizidraten in JVA's liegen deutlich über der Rate der Allgemeinbevölkerung, was sich nach Frottier et al. (2001) damit erklären lässt, dass sich in Strafanstalten über die Jahre eine Zunahme der Vereinzelung von Insassen durch Einzelhaft registrieren lässt und dass psychisch gestörte/auffällige Haftinsassen zahlenmäßig zugenommen haben. Aus der Kombination beider Erklärungen ergibt sich unvermittelt ein sich selbst verstärkender *Circulus vitiosus*, denn es ist nach aller Erfahrung zu erwarten, dass sich psychisch beeinträchtigte Gefangene überproportional häufig in Einzelhaft wiederfinden werden, um die Mitgefangenen vor ihnen zu schützen oder umgekehrt. In diesem Kontext ist auch zu bedenken, dass Intoxikationen die Impulsivität psychisch labiler Gefangenen erhöhen und Suizid auslösen können. Seltsames Gebaren von Häftlingen, seltsame Sprache, auffällige physiologische Reaktionen wie Zittern oder Schwitzen können Indikatoren einer psychischen Störung oder eines Drogenentzugs sein, die schnelles medizinisches Handeln erfordern, vorausgesetzt, das Justizvollzugspersonal ist über Schulungen so gut sensibilisiert worden, dass es ein solches Verhalten erkennt. Elementare Rahmenbedingung für die Sensibilisierung wäre die obligatorische psychische Einschätzung aller Gefangenen durch geschulte Psychiater\*innen und Psycholog\*innen gleich zu Beginn der Haft sowie insbesondere die lückenlose, kameragestützte Überwachung der U-Häftlinge, die in der Regel ein besonderes Suizidrisiko in sich tragen. Ein wichtiger präventiver Schritt sollte auch die Schulung bzw. Fortbildung geeigneter JVA-Bedienstete sein, die von einem Teil ihrer Dienstpflichten entbunden werden könnten, um durch geschulte Überwachung als spezialisierte „Suizidprohibitoren“ vor Ort fungieren zu können; eine deutliche Stellenerhöhung im deutschen Justizvollzugsdienst wäre unvermeidlich. Eine solche personelle Forderung wurden auch von Frottier et al. (2001) aufgestellt, die in ihrer Untersuchung von schottischen Haftanstalten feststellten, dass das ärztliche, pflegerische und Justizwachpersonal auf das Sechsfache des damaligen Standes erhöht werden müssten, um eine optimale Versorgung der Inhaftierten zu gewährleisten.

Abschließend sei erwähnt, dass ein optionaler Faktor, welcher mit Intoxikationen indirekt assoziiert ist, von uns nicht näher beleuchtet werden konnte: Der möglicherweise unterschwellig vorhandene Mangel an Vertrauen bei den Gefangenen gegenüber einem Personal, welches jenes restriktive System symbolisiert, das sie verurteilt und eingesperrt hat. Hinzu kommt ein Misstrauen gegenüber ärztlichem oder pflegerischem Personal – ein Verhältnis, das in niedrigeren Bildungsschichten mit geringerer Gesundheitskompetenz per se schon von einer starken Wissensasymmetrie gekennzeichnet ist – wenn persönliche medizinisch relevante Informationen vom Gefangenen absichtlich nicht kommuniziert werden. Als Paradebeispiel kann hierfür die Infektion mit HIV gelten, denn viele inhaftierte, drogenabhängige Männer dürften das Stigma fürchten, das eine solche Diagnose innerhalb der Anstalt mit sich bringt und das sie selbst zu einer realistischen wie schmerzlichen Auseinandersetzung mit den medizinischen Fakten zwingt.

Abschließend bleibt in Übereinstimmung mit den Daten der Literaturrecherche und den Daten des GIZ-Nord festzuhalten, dass Inhaftierte in Deutschland schon früher einen sehr hohen Substanzmissbrauch aufgewiesen haben und seit dieser Zeit als eine Risikogruppe für Vergiftungen anzusehen waren, die häufig in suizidaler Absicht begangen wurden. Trotz der schlechten Datenlage in der Literatur ist die Aussage sicherlich nicht falsch, dass sich an den Grundproblemen einer Haftstrafe bis heute prinzipiell nichts geändert hat, die Normierungen der Haft sind universell, zeit- und grenzübergreifend. Der Forschungsbedarf ist folglich weiterhin erheblich, um angesichts einer weltweit zunehmenden Inhaftiertenrate im Zuge der Prävention bessere Erklärungen für das suizidale Verhalten von (substanzabhängi-

gen) Inhaftierten zu suchen und soziologisch-psychologische Modelle der Importation und Deprivation zu entwickeln, die übertragbar auf die Haftbedingungen sind, welche selbst von Rechtsanwält\*innen offen in Frage gestellt werden (vgl. Scharmer 2009). Ein analytisches Problem, welches dringend einer eingehenden Evaluation bedarf, bilden die Drogen-Substitutionsverfahren in JVA's, für die nur aus einzelnen Bundesländern detaillierte (häufig alte) Berichte vorliegen. Folglich können bis heute keine wirklich sicheren Schlüsse in Bezug auf die Verfügbarkeiten und Durchführungsbedingungen der Therapien abgeleitet werden.

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Verteilung der Deliktgruppen in deutschen JVA's 2015 .....	11
Abbildung 2	Vergiftungsfälle in Justizvollzugsanstalten von 1997-2009 .....	26
Abbildung 3	Vergleich Vergiftungsmodus Arzneimittel/Chemikalien 1997-2009 .....	29

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Inhaftierte Personen und Betäubungsmitteldelikte von 2007 bis 2016 .....	12
Tabelle 2	GIZ-Nord – erfasste Vergiftungsfälle nach Geschlecht und Altersgruppe innerhalb von 12 Jahren .....	26
Tabelle 3	GIZ-Nord – erfasste Vergiftungen nach Hauptgruppen (Noxen) und Altersgruppen innerhalb von 12 Jahren.....	27

## Abkürzungsverzeichnis

allg.	allgemein
BTM	Betäubungsmittel
BTMG	Betäubungsmittelgesetz
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
Erw.	Erwachsene/-er
HCV	Hepatitis C Virus
HIV	Humanes Immunodefizienz-Virus
i.v.	intravenös/e
insbes.	insbesondere
JVA	Justizvollzugsanstalt
LSD	Lysergsäure-Diethylamid
m.	männlich
med.	medizinisch
PSS-Skala	Poisoning-Severity-Score
psychiatr.	psychiatrisch
qm	Quadratmeter
sog.	sogenannt
SGB V	Sozialgesetzbuch V
StVollzG	Strafvollzugsgesetz
u.	unbekannt
U-Haft	Untersuchungshaft
v. a.	vor allem
w.	weiblich

## Literaturverzeichnis

- Aktories, K./U. Förstermann/B. Hofmann/K. Starke (2009). Allgemeine und spezielle Pharmakologie und Toxikologie. 10. Aufl. München: Urban & Fischer.
- Ambach, E./W. Rabl/W. Tributsch (1990). „Todesfälle in westösterreichischen Haftanstalten“. Archiv für Kriminologie 186: 17-22.
- Anders, S./M. Tsokos/K. Püschel (2003). „Todesfälle im Gewahrsam. Hamburg 1990-2001“. Rechtsmedizin 13: 77-81.
- Bahl, E. (2009). „Exklusion“ als strukturelle Haftbedingung: Exkludierende Haftfolgen. In: Haftbedingungen in der Bundesrepublik Deutschland. Dokumentation einer öffentlichen Anhörung zu Gefängnispolitik und Knastalltag. Köln: Komitee für Grundrechte und Demokratie.
- Beck, U.C. (1988). Todesfälle in Bayerischen Justizvollzugsanstalten in den Jahren 1975 bis 1983 unter besonderer Berücksichtigung der Suizide. Dissertation. München: Institut für Rechtsmedizin.
- Beubler, E. (2007). Kompendium der Pharmakologie. Gebräuchliche Arzneimittel in der Praxis. 2. Aufl. Wien New York: Springer-Verlag.
- Bland, R.C./S.C. Newman/A.H. Thompson/R.J. Dyck (1998). „Psychiatric Disorders in the Population and in Prisoners“. International Journal of Law and Psychiatry 21: 273-279.
- Bogue, J./K. Power (1995): „Suicide in Scottish prisons, 1976-1993“. Journal of Forensic Psychiatry 6: 527-540.
- Burger, A./H. Wachter (1993): Hunnius Pharmazeutisches Wörterbuch. Studienausgabe. 7. Aufl. Berlin New York: Walter de Gruyter.
- Dekant, W./S. Vamvakas (2005). Toxikologie. Eine Einführung für Chemiker, Biologen und Pharmazeuten. 2. Aufl. München: Elsevier GmbH.
- Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen- und Drogensucht: DEUTSCHLAND – Bericht 2017 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD (Datenjahr 2016 / 2017) – Gefängnis Workbook Prison. Schulte L./E. Dammer/T. Pfeiffer-Gerschel, IFT Institut für Therapieforschung, Bartsch, G. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, Friedrich, M., Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, S. 7.
- Dooley, E. (1990). „Prison Suicide in England and Wales, 1972-87“. The British Journal of Psychiatry 156: 40-45.
- Droznin, M./A. Johnson/A.M. Johnson (2017). „Multidrug resistant tuberculosis in prisons located in former Soviet countries: A systematic review“. PLoS One 12(3):e0174373.
- Dudeck, M./D. Kopp/P. Kuwert/K. Drenkhahn/S. Orlob/H.J. Lüth/H.J. Freyberger/C. Spitzer (2009). „Die Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Gefängnisinsassen mit Kurzzeitstrafe. Ergebnisse aus einer norddeutschen Haftanstalt.“ Psychiatrische Praxis 36: 219-224.



- Estler, C.-J./H. Schmidt (2007). *Pharmakologie und Toxikologie für Studium und Praxis*. 6. Aufl. Stuttgart New York: Schattauer GmbH.
- Fotiadou, M./M. Livaditis/I. Manou/E. Kaniotou/M. Samakouri/N. Tzavaras/K. Xenitidis (2004). „Self-Reported Substance Misuse in Greek Male Prisoners“. *European Addiction Research* 10: 56-60.
- Frottier, P./S. Frühwald/K. Ritter/F. König (2001). „Deprivation versus Importation: ein Erklärungsmodell für die Zunahme von Suiziden in Haftanstalten“. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie* 69: 90-96.
- Frühwald, S./P. Frottier/R. Eher/M. Aigner/K. Gutierrez/K. Ritter (2000). „Gefangenensuizide. Hinweise zur Abschätzung der Suizidgefahr. Suizide in Österreichs Haftanstalten 1975-1996“. *Psychiatrische Praxis* 27: 195-200.
- Frühwald, S./P. Frottier/N. Benda/R. Eher/F. König/T. Matschnig (2002). „Psychosoziale Charakteristika von Suizidopfern in Gefängnissen“. *Wiener Klinische Wochenschrift* 114: 691-696.
- Gloza, J. (1984). *Zur Kenntnis der Todesfälle in den Berliner Haftanstalten einschließlich der Untersuchungshaft- und Aufnahmeanstalt Moabit (1970-1979)*. Dissertation. Berlin: Institut für Rechtsmedizin.
- Goffman, E. (1973). *Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Granzow, B./K. Püschel (1998). „Todesfälle im Hamburger Strafvollzug 1962-1995“. *Archiv für Kriminologie* 201: 1-10.
- He, X.-Y./A.R. Felthous/C.E. Holzer/P. Nathan/S. Veasey (2001). „Factors in Prison Suicide: One Year Study in Texas“. *Journal of Forensic Sciences* 46: 896-901.
- Hedrich, D./L. Montanari (2017). *Drogenkonsum in europäischen Haftanstalten. Gesundheitssituation und Hilfeangebote für Drogengebraucher in Haft*. Vortrag, 9. Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft, Wien.
- Hentschel, H./G. Hüller/S. Grabs (2009). *Vergiftungsgeschehen in Thüringen 1994-2004. Poisoning Incidents in Thuringia 1994-2004*. In: *Vergiftungsgefahren im Alltag*. 9. Symposium Mensch-Umwelt. Erfurt: Verlag der Akademie gemeinnütziger Wissenschaften zu Erfurt.
- Hildebrandt, H. (1994): *Psyhyrembel Klinisches Wörterbuch*. 257. Aufl., Berlin New York: Walter de Gruyter.
- GIZ Nord (2009). *Jahresbericht 2008, Version vom 22.10.2009*. Hrsg. Universitätsmedizin Göttingen. Abrufbar unter: <https://www.giz-nord.de/cms/images/JaBe/2008/jabe08d.pdf> (09.05.18).
- Jakob, L./H. Stöver/T. Pfeiffer-Gerschel (2013). „Suchtbezogene Gesundheitsversorgung von Inhaftierten in Deutschland – eine Bestandsaufnahme“. *Sucht* 59 (1): 39-50.
- Joukama, M. (1997). „Prison Suicide in Finland, 1969-1992“. *Forensic Science International* 89: 167-174.
- Klocke, G. (2009). *Haftbedingungen in deutschen Strafvollzugsanstalten aus sprachwissenschaftlicher Perspektive*. In: *Haftbedingungen in der Bundesrepublik Deutschland. Dokumentation einer Öff-*

- fentlichen Anhörung zu Gefängnispolitik und Knastalltag. Köln: Komitee für Grundrechte und Demokratie.
- Kübbeler, B./D. Kübbeler (2003). Knast. Eine Dokumentation. 1. Aufl., Oldenburg: Schardt Verlag.
- Lehmann, M. (2004). „Einsatzort: „Justizvollzugsanstalt“. Besondere Kriterien bei der Einsatzdurchführung“. *Der Notarzt* 20: 204-208.
- Lohs, K./P. Elstner/U. Stephan (2009). *Fachlexikon Toxikologie*. 4. Aufl. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Mutschler, E./G. Geisslinger/H.K. Kroemer/P. Ruth/M. Schäfer-Korting (2005). *Arzneimittelwirkungen kompakt. Basiswissen Pharmakologie/Toxikologie*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH.
- O’Driscoll, C./A. Samuels/M. Zacka (2007). „Suicide in New South Wales Prisons, 1995-2005: Towards a Better Understanding“. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 41: 519-524.
- Pecher, W./W. Nöldner/S. Postpischil (1995). „Suizide in der Justizvollzugsanstalt München 1984 bis 1993“. *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe* 6: 347-351.
- Persson, H.E./G.K. Sjöberg/J.A. Haines/J.P. de Garbino (1998). „Poisoning Severity Score. Grading of Acute Poisoning“. *Clinical Toxicology* 36: 205-213.
- Pollähne, H. (2009). *Haftbedingungen 2008: Politische, rechtliche und empirische Grundlagen. Entwicklungen in Strafrecht, Kriminalpolitik und Justizvollzug*. In: *Haftbedingungen in der Bundesrepublik Deutschland. Dokumentation einer öffentlichen Anhörung zu Gefängnispolitik und Knastalltag*. Köln: Komitee für Grundrechte und Demokratie.
- Pschyrembel, W. (1994). *Klinisches Wörterbuch*. 257. Aufl. Berlin New York: Walter de Gruyter.
- PSS-Skala der Vergiftungsschweregrade. Abrufbar unter: <https://www.giz-nord.de/cms/index.php/toxikologische-fachliteratur/293-pss-skala-der-vergiftungsschweregrade.html> (07.05.18).
- Reimer, J./S. Mauruschat/B. Knorr/P. Wiessner/B. Schulte/H. Stöver (2008). „Suchtmedizin in Haftanstalten“. *Suchttherapie* 9: 23.
- Reimer, J./B. Schulte/B. Knorr/S. Mauruschat/H. Stöver (2007). „Status und Perspektiven der Suchtmedizin in Haftanstalten“. *Suchttherapie* 8: 27.
- RKI (2016). *Abschlussbericht der Studie „Drogen und chronische Infektionskrankheiten in Deutschland“ (DRUCK-Studie)*. Robert-Koch-Institut Berlin.
- Rödder, H. (2009). *Berichte von Inhaftierten – aufgezeichnet von Heike Rödder*. In: *Haftbedingungen in der Bundesrepublik Deutschland. Dokumentation einer öffentlichen Anhörung zu Gefängnispolitik und Knastalltag*. Köln: Komitee für Grundrechte und Demokratie.
- Rudorff, K. (1988). *Suizide in Justizvollzugsanstalten des Landes Nordrhein-Westfalen, dargestellt am Beispiel der Sektionen im Institut für Rechtsmedizin zwischen 1970 und 1983*. Dissertation. Münster: Institut für Rechtsmedizin.

- Scharmer, S. (2009). Konkrete Haftbedingungen aus Sicht eines Strafverteidigers. In: Haftbedingungen in der Bundesrepublik Deutschland. Dokumentation einer öffentlichen Anhörung zu Gefängnispolitik und Knastalltag. Köln: Komitee für Grundrechte und Demokratie.
- Scheffler, G. (2009). Programmatische Forderungen zur Situation inhaftierter Frauen. In: Haftbedingungen in der Bundesrepublik Deutschland. Dokumentation einer öffentlichen Anhörung zu Gefängnispolitik und Knastalltag. Köln: Komitee für Grundrechte und Demokratie.
- Schmitt, G. (2006). „Verhütung von Suizid und Suizidversuchen im Justizvollzug“. *Bewährungshilfe* 53: 291-307.
- Schneider, V./J. Gloza, (1984). „Todesfälle in den Berliner Haftanstalten“. *Rechtsmedizin* 38: 184-185.
- Schönfeld, C.-E. (2008). „Mitgefangen – Mitgehangen. Psychisch kranke Frauen und Männer im geschlossenen Justizvollzug“. *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie* 15: 35-46.
- Schönfeld, C.-E./B. Widmann/M. Driessen (2005). „Psychische Störungen und Psychosoziale Beeinträchtigungen bei Gefangenen“. *Bewährungshilfe* 52: 229-236.
- Schönfeld, C.-E./F. Schneider/T. Schröder/B. Widmann/U. Botthof/M. Driessen (2006). „Prävalenz psychischer Störungen, Psychopathologie und Behandlungsbedarf bei weiblichen und männlichen Gefangenen“. *Nervenarzt* 77: 830-841.
- Statistisches Bundesamt (2017). *Statistisches Jahrbuch 2017. Deutschland und Internationales*, S. 317.
- Steinhäuser, A. (1997). „Analyse der Todesursachen in mittelhessischen Haftanstalten und im Polizeigewahrsam von 1949 bis 1990“. *Archiv für Kriminologie* 199: 88-96.
- Stöver, H. (2017). Drug Services and Harm Reduction Practice in Prison. In: Elger, B., Ritter, C. Stöver, H. (Hrsg.) *Emerging Issues in Prison Health*. S. 143-181. Dordrecht, Springer.
- Stompe, T./N. Brandstätter/ N. Ebner/D. Fischer-Danzinger (2010). „Psychiatrische Störungen bei Haftinsassen“. *Journal Neurologie Neurochirurgie und Psychiatrie* 11 (2): 20-23.
- Thomas, S. (2004). *Zuflucht Gefängnis. Junge Frauen mit Kindern im Strafvollzug*. Dissertation. Münster: Lit-Verlag.
- Way, B.B./R. Miraglia/D.A. Sawyer/R. Beer/J. Eddy (2005). „Factors Related to Suicide in New York State Prisons“. *International Journal of Law and Psychiatry* 28: 207-221.
- Wirth, W. (2002). „Das Drogenproblem im Justizvollzug. Zahlen und Fakten“. *Bewährungshilfe* 49: 104-122.

**ISBN 978-3-940713-21-6**

**pg-papers 01/2018**

Fachbereich Pflege und Gesundheit

Hochschule Fulda

Leipziger Straße 123

36037 Fulda