

Aus dem Institut für Rechtsmedizin der Heinrich-Heine-Universität
Düsseldorf

Direktorin: Prof. Dr. med. S. Ritz-Timme

**Die Untersuchung der Haftfähigkeit:
Eine retrospektive Untersuchung anhand der Unterlagen
des Justizvollzugskrankenhauses NRW**

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
Der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität
Düsseldorf

vorgelegt von

Vera Hupe

2008

Als Inauguraldissertation gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen
Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

gez: Univ.-Prof. Dr. med. Joachim Windolf

Dekan

Referent: Priv.-Doz. Dr. med. Wolfgang Huckenbeck

Korreferent: Prof. Dr. med. Geraedts

I. Inhaltsverzeichnis

I. Inhaltsverzeichnis	2
II. Abkürzungsverzeichnis	6
III. Einleitung	8
1. Allgemeiner Teil	11
1.1. Begriffsklärung Haftfähigkeit	11
1.1.1. Haftfähigkeit	11
1.1.2. Verhandlungsfähigkeit	13
1.1.3. Gewahrsamsfähigkeit	13
1.2. Vollzugliche Inhalte, Strukturen und Daten	14
1.2.1. Daten der Strafgefangenen in NRW	14
1.2.1.1. Deliktverteilung der Strafgefangenen in NRW	15
1.2.1.2. Soziodemographische Daten der Inhaftierten in NRW	15
1.2.2. Behandlungsvollzug	16
1.2.3. Gesetzliche Vorgaben für die Gesundheitsfürsorge im Justizvollzug	17
1.2.4. Justizvollzugsanstalten in NRW	19
1.2.4.1. Medizinische Betreuung in den Anstalten NRWs	19
1.2.4.2. Vorstellung des Justizvollzugskrankenhauses	21
1.2.4.3. Versorgung psychiatrisch Kranker in Haft	22
1.2.4.4. Versorgung Suchtkranker in Haft	23
1.3. Medizinische Daten und Studien	24
1.3.1. Stress als Risikofaktor bei Erkrankungen	24
1.3.1.1. Definition Stress	24
1.3.1.2. (Patho-) physiologische Stressreaktionen	25
1.3.1.3. Stress und KHK	25
1.3.1.4. Stress und Diabetes	26
1.3.2. Daten zu verschiedenen Erkrankungen Strafgefangener	26
1.3.2.1. Somatische Erkrankungen in Haft	26
1.3.2.2. Psychiatrische Erkrankungen in Haft	27
1.3.2.3. Suizid in Haft	28
1.3.2.4. Abhängigkeitserkrankungen in Haft	28
1.4. Haftfähigkeitsprüfung	29
1.4.1. Übliche Vorgehensweise für die Haftfähigkeitsprüfung in NRW	30
1.4.2. Kriterien des JVKs für die Zusage zur stationären Haftfähigkeitsprüfung	31
2. Spezieller Teil	33
2.1. Material und Methode	33

2.1.1.	Auswertungsmethode des medizinischen Teils	35
2.2.	Eigene Ergebnisse	37
2.2.1.	Soziodemographische Ergebnisse	37
2.2.1.1.	Geschlechterverteilung	37
2.2.1.2.	Altersverteilung	38
2.2.1.3.	Familienstand	38
2.2.1.4.	Staatsangehörigkeit	38
2.2.2.	Vollzugliche Ergebnisse	39
2.2.2.1.	Vorstrafen	39
2.2.2.2.	Deliktverteilung	39
2.2.2.3.	Dauer der Haftstrafe	41
2.2.2.4.	Art der Haftart	41
2.2.2.5.	Vollzugsform nach Verlegung aus dem JVK	42
2.2.3.	Medizinische Ergebnisse	42
2.2.3.1.	Anteilige Fächerverteilung	44
2.2.3.2.	Internistische Erkrankungen	46
2.2.3.2.1.	Herz-Kreislauf-Erkrankungen und endokrinologische Erkrankungen	48
2.2.3.2.2.	Ergebnisse für Hypertonus, KHK und Diabetes mellitus	51
2.2.3.2.3.	Erkrankungen in den weniger bedeutsamen internistischen Fachbereichen	52
2.2.3.3.	Psychiatrische Erkrankungen	54
2.2.3.3.1.	Suizidalität	58
2.2.3.3.2.	Abhängigkeitserkrankungen	58
2.2.3.4.	Neurologische Erkrankungen	60
2.2.3.5.	Orthopädische Erkrankungen	62
2.2.3.6.	Chirurgische Erkrankungen	63
2.2.3.7.	Urologie, HNO, Augenheilkunde, Gynäkologie und Dermatologie	64
2.2.3.8.	Zusammenfassung der häufigsten Hauptdiagnosen	65
2.2.3.9.	Betreuende Abteilungen und Liegezeiten	66
2.2.4.	Beurteilung der Haftfähigkeit	67
2.2.4.1.	Art und Anzahl der externen Gutachten	68
2.2.4.2.	Beurteilung in den externen Gutachten	69
2.2.4.2.1.	Erkrankungen der Begutachteten, die extern für haftunfähig gehalten wurden	71
2.2.4.3.	Ergebnisse der externen Haftfähigkeitsbewertung der Verurteilten, die im JVK zur Haftfähigkeitsprüfung antraten	73
2.2.4.4.	Stationäre Haftfähigkeitsbeurteilung des JVKs für Männer	73
2.2.4.4.1.	Haftunfähigkeitsbescheinigung für Männer im JVK	73
2.2.4.4.2.	Patienten, die ihre gesamte Haftzeit im JVK verbrachten	75
2.2.4.4.3.	„Pfleger-Patienten“	76

2.2.4.5.	Stationäre Haftfähigkeitsbeurteilung des JVKs für Frauen	77
2.2.5.	Haftverlauf in den Anstalten nach Verlegung aus dem JVK	78
2.2.5.1.	Haftverlauf bei den Männer	78
2.2.5.2.	Haftverlauf bei den Frauen	80
2.2.6.	Verbleib der Verurteilten, deren Haftfähigkeit nicht stationär im JVK begutachtet wurde	81
2.2.6.1.	Verbleib der Männer	82
2.2.6.2.	Verbleib der Frauen	84
2.2.6.3.	Kombinierte Auswertung der Ergebnisse des JVKs nach Aktenlage und stationärer Begutachtung	84
3.	Diskussion	86
3.1.	Soziodemographische Daten	87
3.1.1.	Geschlechterverhältnis der staatsanwaltschaftlich Angefragten	87
3.1.2.	Altersverteilung	88
3.1.3.	Familienstand	89
3.1.4.	Staatsangehörigkeit	89
3.2.	Vollzugliche Daten	90
3.2.1.	Deliktverteilung	90
3.2.2.	Haftform und Vollzugsart	91
3.3.	Medizinischen Daten	92
3.3.1.	Liegezeiten und Abteilungen	93
3.3.2.	Internistische Erkrankungen	93
3.3.2.1.	Bedeutung von Herz-Kreislaufkrankungen und Diabetes mellitus in Haft	94
3.3.2.2.	Weitere internistische Krankheitsbilder und ihre Bedeutung für die Haftfähigkeit	96
3.3.3.	Psychiatrische Erkrankungen	97
3.3.3.1.	Abhängigkeitserkrankungen	98
3.3.3.2.	Suizidalität	100
3.3.3.3.	Depression und Angststörungen	101
3.3.3.4.	Psychotische Störungen	102
3.3.4.	Neurologische Erkrankungen	102
3.3.5.	Orthopädische und chirurgische Erkrankungen	103
3.3.6.	„Stress“: gesundheits-gefährdender Risikofaktor	103
3.3.7.	Instrumentalisierung einer Erkrankung zur Haftvermeidung	104
3.4.	Beurteilung der Haftfähigkeit	105
3.4.1.	Ergebnisse der externen Gutachten für Mehrfachbegutachtete	105
3.4.2.	Vergleich der Ergebnisse für Männer und Frauen in der Beurteilung des JVK	106

3.4.2.1.	Erkrankungen der extern als „haftunfähig“ Gewerteten	107
3.4.2.2.	Dauerhaft Patient im JVK	107
3.4.3.	Begründungen des JVKs bei Haftunfähigkeit	108
3.4.4.	Gründe, die externe Gutachter bewogen, Haftunfähigkeit zu erkennen	109
3.5.	Haftverlauf in den Justizvollzugsanstalten	110
3.6.	Haftfähigkeit der Männer und Frauen in NRW	111
3.6.1.	Bedeutung der vollzuglich-medizinischen Strukturen in NRW für die Haftfähigkeit	112
3.6.2.	Unterschiedliche Haftfähigkeit für Frauen und Männer in NRW	113
3.6.3.	Eingrenzung des Begriffs „Haftfähigkeit“	113
3.6.4.	Kritische Bewertung der Anfragepraxis der Staatsanwaltschaften	115
3.7.	Folgerungen für die Praxis	117
4.	Zusammenfassung	120
5.	Literaturverzeichnis	123
6.	Anhang	126
6.1.	Stationsstruktur im JVK	126
6.2.	Diagnostischer Leistungsbereich des JVKs	126
6.3.	Informationsblatt für Gesundheitsämter	126
6.4.	Staatsanwaltschaftliche Anfragen, die in die vorliegende Untersuchung nicht einbezogen wurden	128
6.5.	Fragebogen zum Haftverlauf in den Haftanstalten	129

II. Abkürzungsregister

ACVB-Operation	arteri coronarvenöse Bypass-Operation
BGH	besonders gesicherter Haftraum
BtMG	Betäubungsmittelgesetz
C-PAP-Beatmung	continous positive airflow pressure
D.	Diagnose
DM	Diabetes mellitus
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
Endokrin.	Endokrinologie
Erkr.	Erkrankung
Et al.	und Andere
G.	Gutachten
Gastroent.	Gastroenterologie
ges.	gesamt
gg.	gegen
HI	Herzinfarkt
Herzinsuff.	Herzinsuffizienz
ICD	International Classification of Diseases
IDDM	Insulin Dependent Diabetes Mellitus
JVA	Justizvollzugsanstalt
JVK	Justizvollzugskrankenhaus
KHK	Koronare Herzkrankheit
M.	Monat
m/o	mit/ohne
MS	Multiple Sclerose
NIDDM	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus
NRW	Nordrhein-Westfalen

P.	Patient
PNP	Polyneuropathie
StGB	Strafgesetzbuch
Stör.	Störung
StPO	Strafprozessordnung
StVollzG	Strafvollzugsgesetz
u/o	und/oder
V. a.	Verdacht auf
Z. n.	Zustand nach

III. Einleitung

Die medizinische Versorgung von Gefangenen in Haft ist ein den meisten Menschen weitgehend unbekannter Bereich. Sowohl Menschen, denen eine Haftstrafe bevorsteht, als auch diejenigen, die beurteilen sollen, ob ein Verurteilter haftfähig ist, haben häufig keine konkrete Vorstellung, welche Möglichkeiten in der Haft gegeben sind. Die Haftfähigkeit wird häufig verwechselt mit der Gewahrsamsfähigkeit und in der Praxis der Beurteilung kann es vorkommen, dass ein zur Haftfähigkeit zu Begutachtender nach Kriterien der Gewahrsamsfähigkeit bewertet wird.

Das Justizvollzugskrankenhaus (JVK) des Landes Nordrhein-Westfalen beurteilt seit der Gründung 1987 regelmäßig die Haftfähigkeit von Verurteilten, die sich selbst für haftunfähig halten bzw. die für haftunfähig gehalten werden. Der Auftrag zur Beurteilung geht durch die Staatsanwaltschaften.

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit staatsanwaltschaftlichen Anfragen an das JVK aus den Jahren 2001 bis 2004. Es galt zu klären, wie die Beurteilung der Haftfähigkeit in Freiheit erfolgte und wie sie das JVK bewertete. Ebenfalls sollten medizinische Daten erhoben werden, insbesondere die Erkrankungen der Verurteilten betreffend, um eventuell vorliegende „Schwerpunkterkrankungen“ zu erfassen. Die Bewertung dieser Erkrankungen durch die Begutachtenden und die tatsächliche Bedeutung für die Haftfähigkeit sollten erörtert werden.

Zur vollen Erfassung des Klientels der Verurteilten, die ihre Haftunfähigkeit in Frage stellen oder stellen lassen, wurden Daten aus dem persönlichen, sozialen und juristisch-vollzuglichen Bereich erhoben. Sie sollten verglichen werden mit den Daten der normalen Belegung in Justizvollzugsanstalten. Es bestand die Vermutung, dass es in verschiedenen Bereichen (z. B. Geschlechterverteilung, Deliktverteilung) signifikante Unterschiede gibt, die die Tendenz, die Haftfähigkeit in Frage zu stellen, begünstigen.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit, insbesondere die zur Beurteilung der Haftfähigkeit und zur Krankheitsverteilung, sollen Aufschluss darüber geben, wie und nach welchen Kriterien beurteilt wird, und ob dies dem gesetzlichen Anspruch an die Beurteilung der Haftfähigkeit entspricht. Das Erkennen von Schwachstellen und Vorschläge zur Verbesserung sollten als konkrete Ergebnisse zur Vereinfachung und Verkürzung des häufig recht mühsamen Procederes der Haftfähigkeitsbeurteilung

dienen. Der Begriff Haftfähigkeit sollte definiert oder eingegrenzt werden, da es bisher nur eine Negativdefinition gibt.

Die Untersuchung basiert auf Daten des Justizvollzugs NRW und orientiert sich an den dortigen vollzuglichen Gegebenheiten. Eine Übertragung der Ergebnisse und Schlussfolgerungen auf andere Bundesländer ist nur bedingt möglich.

1. Allgemeiner Teil

1.1. Begriffsklärung Haftfähigkeit

Da es inhaltliche Überschneidungen und zum Teil ähnliches Vorgehen im praktischen Alltag der Bewertung gibt, sollen an dieser Stelle neben den Kriterien der Haftfähigkeit auch die Kriterien zur Beurteilung der Gewahrsamsfähigkeit und der Verhandlungsfähigkeit dargestellt werden.

1.1.1. Haftfähigkeit

Für die Haftfähigkeit (synonym Vollzugstauglichkeit oder Vollzugsfähigkeit) existiert keine Definition. Die Strafprozessordnung formuliert allerdings im § 455 eine Vorschrift für die Annahme des Vorliegens einer Haftunfähigkeit:

- (1) Die Vollstreckung einer Freiheitsstrafe ist aufzuschieben, wenn der Verurteilte in Geisteskrankheit verfällt.
- (2) Dasselbe gilt bei anderen Krankheiten, wenn von der Vollstreckung eine nahe Lebensgefahr für den Verurteilten zu besorgen ist.
- (3) Die Strafvollstreckung kann auch dann aufgeschoben werden, wenn sich der Verurteilte in einem körperlichen Zustand befindet, bei dem eine sofortige Vollstreckung mit der Einrichtung der Strafanstalt unverträglich ist.
- (4) Die Vollstreckungsbehörde kann die Vollstreckung einer Freiheitsstrafe unterbrechen, wenn 1. der Verurteilte in Geisteskrankheit verfällt, 2. wegen einer Krankheit von der Vollstreckung eine nahe Lebensgefahr für den Verurteilten zu besorgen ist oder 3. der Verurteilte sonst schwer erkrankt und die Krankheit in einer Vollzugsanstalt oder einem Anstaltskrankenhaus nicht erkannt oder behandelt werden kann und zu erwarten ist, dass die Krankheit voraussichtlich für eine erhebliche Zeit fortbestehen wird. Die Vollstreckung darf nicht unterbrochen werden, wenn überwiegende Gründe, namentlich der öffentlichen Sicherheit, entgegenstehen.

Die Entscheidung über die Haftfähigkeit bzw. den Verbleib in Haft trifft die zuständige Staatsanwaltschaft, nicht der Mediziner.

Gemäß Konrad (2000) entsprechen folgende Erkrankungen den Ansprüchen des Absatzes 1: akute schizophrene Psychosen und andere schwerwiegende psychotische Zustände, endogene Depressionen und organische Verwirrheitszustände. Schubförmig verlaufende Erkrankungen erfüllen die Kriterien der Haftunfähigkeit nur im akuten Schub. Konrad (2004a) führt diesbezüglich aus, dass in der Praxis derartige Schübe auch in Haft, insbesondere wenn die Behandlung psychopharmakologische Behandlung mit einschließt, behandelt werden können.

§ 455 Absatz 2 StPO ist eng auszulegen. Die vollzugliche Situation muss ursächlich für die Verschlechterung der Erkrankung sein. Eine Verschlechterung der Erkrankung, die auch in Freiheit auftreten könnte, reicht nicht aus. Keppler (2006) nennt hier als Beispiel eine Herzerkrankung mit bereits drei stattgehabten Herzinfarkten, bei der somit jederzeit ein vierter tödlicher Herzinfarkt möglich ist. Relevant für eine Haftunfähigkeit sei dabei nicht, ob von der Schwere der Erkrankung Lebensgefahr ausgehe, sondern ob die Vollstreckung der Haft den vierten Infarkt auslösen könnte.

Absatz 3 bezieht sich auf vollzugliche und individuelle Patientenbelange, den körperlichen Zustand des Verurteilten betreffend. Einerseits soll eine Justizvollzugsanstalt vor zu hohem Aufwand oder Kosten geschützt werden, andererseits mag die ausgewählte Anstalt aufgrund ihrer medizinischen Möglichkeiten den Bedürfnissen des Patienten nicht gewachsen sein.

Absatz 4 ist für die vorliegende Arbeit weniger bedeutsam, da er sich mit der Situation bereits Inhaftierter befasst.

Bezüglich der Wechselwirkung zwischen Inhaftierung und psychiatrischen Störungen nennt Konrad (2004a) folgende Aspekte:

- Die Vollzugsart und die individuelle Umsetzung innerhalb der einzelnen Anstalt können Einfluss nehmen auf die Entwicklung und den Verlauf einer Erkrankung (offen oder geschlossen, lange Einschlusszeiten)
- Chronische Verläufe oder Chronifizierung sind abhängig von den konkreten Lebensbedingungen innerhalb wie außerhalb des Vollzugs möglich.
- Manche Patienten sind eher innerhalb, manche eher außerhalb des Vollzugs für eine Behandlung erreichbar.

Die gesetzlichen Vorgaben zur medizinischen Versorgung in Haft sind dem Kapitel 1.2.3. zu entnehmen.

1.1.2. Verhandlungsfähigkeit

Eine Verhandlungsfähigkeit liegt dann vor, wenn der Angeklagte der Verhandlung psychisch und physisch gewachsen ist und zusätzlich eine Verteidigungsfähigkeit vorliegt (Konrad, 2004a).

Zur konkreten Auslegung der Verhandlungsfähigkeit bezüglich der körperlichen Gesundheit führt das Bundesverfassungsgericht (1979) aus:

„...Die verfassungsrechtliche Pflicht des Staates, eine funktionstüchtige Rechtspflege zu gewährleisten, umfasst regelmäßig auch die Pflicht, die Einleitung und Durchführung des Strafverfahrens sicher zu stellen. Daraus folgt, dass die Entscheidung darüber, ob ein Strafverfahren einzuleiten oder durchzuführen ist, nicht von der Mitwirkungsbereitschaft des Beschuldigten abhängig gemacht werden darf... Die verfassungsrechtliche Pflicht zu einer wirksamen Rechtspflege rechtfertigt indessen nicht in jedem Fall eines hinreichenden Tatverdachts die Durchführung eines Strafverfahrens... Das kann der Fall sein, wenn angesichts seines Gesundheitszustands zu befürchten ist, dass er (der Angeklagte, Anm. d. Verf.) bei Fortsetzung des Strafverfahrens sein Leben einbüßen oder schwerwiegenden Schaden an seiner Gesundheit nehmen würde... Dabei wird von Bedeutung sein, ob der Schaden, dessen Eintritt droht, dauernder oder nur vorübergehender Natur ist... Die unterhalb der Wahrscheinlichkeitsgrenze liegende bloße Möglichkeit des Todes oder einer gesundheitlichen Schädigung des Beschuldigten berechtigt das Gericht ersichtlich nicht, von der Durchführung der Hauptverhandlung Abstand zu nehmen. Diese stellt auch für den gesunden Beschuldigten regelmäßig eine erhebliche psychische und oftmals auch eine nicht geringe physische Belastung dar. Die Möglichkeit, dass er solchen Anspannungen nicht gewachsen ist, lässt sich letztlich nicht ausschließen. Derartige Risiken sind indessen unvermeidbar und müssen im Interesse einer wirksamen Rechtspflege hingenommen werden.“

1.1.3. Gewahrsamsfähigkeit

Die Prüfung zur Gewahrsamsfähigkeit erfolgt bei vorläufig Festgenommenen gemäß den in den Polizei- und Ordnungsgesetzen niedergelegten Bestimmungen der

einzelnen Bundesländer. Es gilt ärztlich festzustellen, ob ein Festgenommener in Polizeigewahrsam genommen werden kann.

Bei der Prüfung ist immer zu berücksichtigen, dass es sich um eine kurzfristige Unterbringung bei der Polizei handelt, die keine eigenen medizinischen Strukturen hat. In Gewahrsam Genommene werden von nicht medizinisch ausgebildetem Personal überwacht.

Abgrenzung der Gewahrsamsfähigkeit von der Haftfähigkeit

Konrad (2004a) führt auf, dass der Begriff „Haftfähigkeit“ häufig irrtümlich benutzt wird, wenn es um die Feststellung der Gewahrsamsfähigkeit geht.

Heide et al. (2005) heben hervor, dass es bei der Beurteilung der Gewahrsamsfähigkeit einer „strikten zeitlichen Befristung des Polizeigewahrsams bedarf... um unzureichende diagnostische Möglichkeiten einerseits und Ausmaß der ärztlichen Verantwortung andererseits in Ausgleich zu bringen. Haftfähigkeit umfasst hingegen einen Zustand, der zeitlich nicht konkret gefasst ist... bzw. die Dauer der Haftstrafe umfasst.“

1.2. Vollzugliche Inhalte, Strukturen und Daten

1.2.1. Daten der Strafgefangenen in NRW

Allgemeine Daten zu vollzuglichen Themen lassen sich im Wesentlichen den Angaben des Justizministeriums NRW entnehmen, das jährlich Statistiken erhebt und in der Broschüre „Justiz in Zahlen“ veröffentlicht. Der nachfolgende Text ist auf die Daten des Jahres 2004 beschränkt. Sie weichen nur unwesentlich von denen der Jahre 2001-2003 ab.

1.2.1.1. Deliktverteilung der Strafgefangenen in NRW

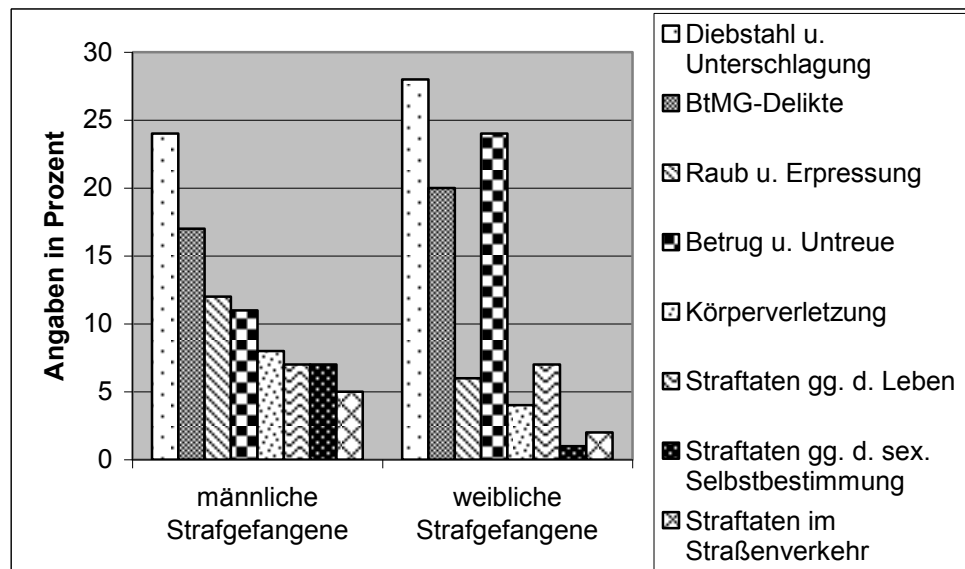


Abbildung 1: Verteilung nach strafbaren Handlungen für männliche und weibliche Strafgefangene im Regelvollzug (Justizministerium, 2005)

Führende Delikte männlicher Strafgefangener in NRW sind Diebstahl und Unterschlagung (24,6%), gefolgt von Vergehen gegen das Betäubungsmittelgesetz (16,7%), Raub und Erpressung (12,6%), Betrug und Untreue oder Urkundenfälschung (11%), Körperverletzung (8,2%), Straftaten gegen das Leben (7,5%), Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung (7,7%) und Straftaten im Straßenverkehr (5%). Bei den weiblichen Strafgefangenen führen ebenfalls Eigentumsdelikte mit (28%). Es folgen Betrugsdelikte mit (24%) und Vergehen gegen das Betäubungsmittelgesetz mit (20%), Straftaten gegen das Leben (7%), Raub und Erpressung (6%), Körperverletzung (4%) und Straftaten im Straßenverkehr (2%).

1.2.1.2. Soziodemographische Daten der Inhaftierten in NRW

Gemäß den Zahlen des Justizministeriums von 2004 sind 5% der Strafgefangenen weiblich. 30% der Inhaftierten sind Ausländer (Stichtagerhebung). 61,7% der Männer sind ledig, 16,2% geschieden, 1,2% verwitwet und nur 20% verheiratet.

Von den weiblichen Inhaftierten sind 43% ledig, 23,1% geschieden, 5,3% verwitwet und 28,6% verheiratet.

Tab. 1: Alter der Strafgefangenen und Sicherheitsverwahrten in NRW

	21-<25 Jahre	25-<30 Jahre	30-<40 Jahre	40-<50 Jahre	50- Jahre
Männer	1683	2718	4453	2596	1347
Frauen	82	132	246	151	98

Der Altersschwerpunkt liegt sowohl bei Männern als auch Frauen zwischen 30 und 40 Jahren. Die Altersverteilung zeigt Tabelle 1.

1.2.2. Behandlungsvollzug

Die normale Strafhaft, der so genannte Behandlungsvollzug gliedert sich in die offen und geschlossen geführte Vollzugsform. 22,9% der Haftplätze in NRW sind für den offenen Vollzug bestimmt. Für Frauen stehen mit 30% der Haftplätze im offenen Vollzug anteilig mehr Plätze zur Verfügung als für Männer. (Justizministerium NRW 2005).

Geschlossener Vollzug

Normalerweise treten alle Häftlinge ihre Haft in einer geschlossenen Anstalt, bzw. im geschlossenen Bereich - so genannten Zugangsabteilungen - einer offenen Anstalt an. In einer geschlossenen Anstalt ist der Bewegungsfreiraum des Inhaftierten weitgehend begrenzt. Es bedarf immer der Anwesenheit der Vollzugsmitarbeiter. Vom eigenen Hafttraum aus kann bei verschlossener Tür zum Personal Kontakt aufgenommen werden durch Sprechanlagen, in wenigen Anstalten durch Notrufknöpfe. Das Personal ist gehalten, den Hafttraum dann zügig aufzusuchen.

Die Ernährung erfolgt durch eine anstaltsinterne Großküche, es gibt die Möglichkeit des Einkaufs anstaltsintern angebotener Waren (z.B. Hygieneartikel, Nahrungsmittel). Es besteht ein gesetzlicher Anspruch auf eine Stunde Aufenthalt im Freien. Im geschlossenen Vollzug sind dafür feste Zeiten vorgesehen, in denen der Inhaftierte seinen Ausgang wahrnehmen kann. Nach Möglichkeit nimmt der Inhaftierte an anstaltsinternen Arbeits- oder Ausbildungsmaßnahmen teil, Freizeitangebote werden ebenfalls gemacht. Kann keine Beschäftigung angeboten werden, verbringt der Inhaftierte viele Stunden in seinem Hafttraum, in dem er in der Regel allein

untergebracht ist. Unterbringung mit anderen Inhaftierten bedarf der dokumentierten Einzelprüfung.

Offener Vollzug

In der Regel wird ein Verurteilter zunächst in der Zugangsabteilung (s. o.) der offen geführten JVA aufgenommen. Hier wird die Eignung für den offenen Vollzug erneut geprüft (geht ein Sicherheitsrisiko vom Gefangenen aus, ist er gesundheitlich geeignet, besteht Fluchtgefahr etc.). Bei entsprechender Eignung wechselt ein Gefangener nach Tagen bis Wochen in den offen geführten Bereich. Nur in Ausnahmefällen wird direkt der offene Vollzug angetreten.

Das Justizministerium (2005) stellt dar: „Der offene Vollzug bietet mit seiner Öffnung nach außen die besten Voraussetzungen für eine an den Lebensverhältnissen in Freiheit orientierte Vollzugsgestaltung. Er bietet insbesondere die Möglichkeit, durch die Gewährung von Lockerungen sowohl den bisherigen Arbeitsplatz zu erhalten als auch die sozialen Bindungen zu pflegen. Der offene Vollzug ist Regelvollzug für diejenigen Gefangenen, die unter dem Gesichtspunkt der Flucht- und Missbrauchsgefahr in Anstalten untergebracht werden können, die geringere instrumentelle Sicherungsvorkehrungen aufweisen. Dies trifft insbesondere zu für Gefangene, die sich im Anschluss an ihre Verurteilung auf freiem Fuß befinden.“

1.2.3. Gesetzliche Vorgaben für die Gesundheitsfürsorge im Justizvollzug

Die medizinische Versorgung des Gefangenen ist in den § 56 ff. des Strafvollzugsgesetzes (StVollzG) geregelt. Seit 2006 ist das Strafvollzugsgesetz kein Bundesgesetz mehr, sondern im Rahmen der „Föderalismusreform“ in die gesetzgeberische Kompetenz der Länder gegeben worden.

Der Gesundheitsfürsorge zugrunde gelegt ist das Äquivalenzprinzip (§ 3 Abs. 1 StVollzG). Die medizinische Versorgung und Krankenpflege in Haft muss qualitativ der gesellschaftsüblichen Versorgung in Freiheit entsprechen und darf für den Inhaftierten keinen Nachteil darstellen.

Gemäß der Verwaltungsvorschrift § 5 StVollzG ist ein Inhaftierter nach Haftantritt baldmöglichst durch die Anstalt einem Arzt, in der Regel dem Anstaltsarzt vorzuführen, um die Vollzugstauglichkeit zu prüfen. In den Justizvollzugsanstalten

NRW liegen den Anstaltsärzten Formblätter, ähnlich den Anamnesebögen normaler Krankenhäuser vor, in denen zusätzlich explizit die Haftfähigkeit erfragt wird.

Die Kosten der Gesundheitsfürsorge in Haft trägt das Land. Den Justizvollzugsanstalten wird ein begrenztes Budget zur Versorgung der eigenen Gefangenen zur Verfügung gestellt. „Teure“ Erkrankungen können demnach für die einzelne Anstalt finanziell sehr belastend werden. Die Vorstellung und Unterbringung im JVK bildet eine Ausnahme. Hier erfolgt kein Kostenausgleich. Die Kosten werden direkt vom Land NRW getragen und entlasten damit das Budget der einzelnen Anstalten. Ambulante Vorstellungen bei den Belegärzten, also Vertragsärzten des JVKs (z.B. Orthopädie, HNO), fallen den Anstalten zu, stationäre Behandlung durch Belegärzte wird vom JVK getragen. Das JVK hat bisher ein wenig begrenztes Budget. Diese Regelungen treffen auf die Justizvollzugsanstalten des Landes NRW und das JVK NRW zu.

Spezielle vollzugliche Maßnahmen bei bestimmten Erkrankungen

Die nachfolgende Darstellung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Sie ist eine Auswahl, die sich an den für die vorliegende Arbeit relevanten Sachverhalten orientiert.

Inhaftierte, die an Erkrankungen leiden, die einer zügiger Hilfe bedürfen können, diese aber möglicherweise im Ernstfall nicht mehr selbst rufen können, werden üblicherweise in Gemeinschaft mit zuverlässigen Mitgefangenen untergebracht (regelmäßig bei Epilepsieerkrankten, optional z. B. bei Herzkranken). Die gemeinschaftliche Unterbringung ist ebenfalls erforderlich bei suizidalen Inhaftierten. Inhaftierte, die einer „Gemeinschaft“ bedürfen, werden meist für ungeeignet für den offenen Vollzug gehalten. Gesonderte Unterbringung oder spezielle Beobachtung bei Nacht gemäß § 88 StVollzG sind ebenfalls Sicherungsmaßnahmen, die dem Schutz der Gesundheit dienen. In seltenen Fällen wird insbesondere bei akuten psychiatrischen Erkrankungen mit der Gefahr der Selbst- und Fremdgefährdung auf den „BGH“, den besonders gesicherten Haftraum zurückgegriffen, der entgegen landläufiger Meinung nicht der Disziplinierung, sondern in erster Linie dem Schutz des Inhaftierten dient. Der Inhaftierte ist hier isoliert, aber kamera-überwacht. Konrad (2004b) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass nur „ausnahmestandshafte Zwangslagen“ die Verbringung in den BGH rechtfertigen, „da die Isolierung gerade bei seelisch Kranken den gebotenen menschlich-

pflegerischen Umgang durch eine Quasi-Strafmaßnahme unter degradierend-entwürdigenden Umständen ersetzt.“

Der offene Vollzug wird selten für Abhängigkeitskranke angestrebt, da die Beschaffung des Suchtmittels erleichtert wird. Anzumerken ist, dass es auch in einer geschlossenen Anstalt möglich ist, Drogen zu bekommen oder selbst herzustellen. Die für eine drogenfreie Anstalt notwendige absolute Kontrolle nach innen und außen wäre kontraproduktiv für die Ziele des Behandlungsvollzugs.

1.2.4. Justizvollzugsanstalten in NRW

In NRW gibt es 37 Justizvollzugsanstalten, zum Teil mit Zweig- und Außenstellen. Nicht relevant für diese Untersuchung sind die fünf Jugendvollzugsanstalten (der jüngste erfasste Patient ist 22 Jahre alt) und die Abschiebeanstalt für Männer in Büren. Das Justizvollzugs Krankenhaus NRW nimmt eine Sonderrolle ein, da es nur als Zwischenstation zu betrachten ist für die Gefangenen aus allen JVAen. Somit verbleiben 30 Einrichtungen. Von diesen sind für den offenen Männervollzug 10, für den geschlossenen Vollzug 24 Einrichtungen bestimmt, in 4 Einrichtungen ist also geschlossener und offener Vollzug möglich. Die JVAen in Bochum und Hövelhof verfügen darüber hinaus über geschlossen geführte Pflegeabteilungen für Männer mit insgesamt ca. 70 Plätzen. Entsprechende Pflegeeinrichtungen für Frauen gibt es nicht.

5 Anstalten stehen für den geschlossenen Frauenvollzug zur Verfügung, bei 4 dieser Anstalten ist zusätzlich der offene Vollzug möglich. (Vollstreckungsplan NRW, 2006)

1.2.4.1. Medizinische Betreuung in den Anstalten NRWs

Zur Sicherung der ärztlichen Versorgung der Gefangenen bedient sich der Justizvollzug hauptamtlicher Anstaltsärzte, vertraglich verpflichteter Ärzte und im Einzelfall hinzugezogener Fachärzte. Jede Justizvollzugseinrichtung verfügt über mindestens einen Anstaltsarzt. In den größeren Justizvollzugsanstalten sind in der Regel Ärzte im Beamten- oder Angestelltenverhältnis hauptamtlich tätig. Die kleineren Justizvollzugsanstalten werden durch Vertragsärzte versorgt gemäß § 158 StVollzG. Diese halten in den Justizvollzugseinrichtungen regelmäßige Sprechstunden ab. Sie stehen auch in Eil- und Notfällen außerhalb der Sprechstunden zur Verfügung. In Notfällen nachts und am Wochenende ist der

kassenärztliche örtliche Notdienst gesetzlich verpflichtet, tätig zu werden. Soweit erforderlich, werden die Gefangenen Fachärzten vorgestellt. Außerdem sind in den Justizvollzugsanstalten Krankenpflegekräfte tätig. Die zahnärztliche Versorgung wird von Vertragszahnärzten wahrgenommen. In aller Regel verfügen die Justizvollzugsanstalten über einen mit dem notwendigen zahnärztlichen Instrumentarium ausgestatteten besonderen Behandlungsraum. In Haftanstalten für Frauen gibt es außerdem einen gynäkologischen Behandlungsraum. Die fachärztliche Betreuung erfolgt jeweils durch Vertragsärzte.

Ausgestattet ist jede Anstalt im Sanitätsbereich wie eine Allgemeinarztpraxis mit EKG, z. T. Ultraschallgerät, Verbandswagen, Medikamentenschrank, Möglichkeiten zu Blutentnahmen etc. Zum Teil können physiotherapeutische und balneotherapeutische Maßnahmen angeboten werden. Große JVAen verfügen über ein Krankenrevier mit Betten.

Männliche Gefangene, die infolge ihres körperlichen Zustandes stationärer pflegerischer Betreuung, aber nicht ständiger ärztlicher Behandlung bedürfen, werden in besonderen Pflegeabteilungen der Justizvollzugsanstalten Bochum und Hövelhof untergebracht. Hier gibt es hauptamtliche Ärzte und Pflegepersonal, die Ausstattung ist mit einem zivilen Pflegeheim vergleichbar.

Maßnahmen, die weder durch die Anstalt, noch das JVK durchgeführt werden können und in Haft erfolgen sollen, müssen in zivile Krankenhäuser verlagert werden.

Es ist geübte Praxis, dass z. B. eine Bypass-Operation in Haft durchgeführt wird. Diese erfolgt dann mittels Ausführung des Häftlings in ein Krankenhaus mit entsprechender Qualifikation. Der Patient hat in diesem Fall keine freie Arztwahl, da ein Inhaftierter, außer er befindet sich im offenen Vollzug in einem versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnis gemäß § 62a StVollzG, grundsätzlich keine freie Arztwahl hat. Für die Dauer des Aufenthalts im externen Krankenhaus wird je nach Einschätzung von Fluchtgefahr und Gefährdung der Umgebung durch den Gefangenen dieser mit oder ohne Fesselung und mit oder ohne Bewachung und Bewaffnung untergebracht. Ebenfalls abhängig von diesen und weiteren vollzuglichen und medizinischen Faktoren wird eine anschließende Rehamasnahme gewährt oder nicht. Grundsätzlich ist im beschriebenen Fall auch eine Haftunterbrechung seitens der Strafvollstreckungsbehörde (Staatsanwaltschaft) auf Antrag der Strafvollzugsbehörde (JVA oder JVK) möglich.

1.2.4.2. Vorstellung des Justizvollzugskrankenhauses

Das Justizvollzugskrankenhaus (im folgenden JVK) Fröndenberg ist eine Justizvollzugsanstalt des Landes NRW. Geleitet wird es vollzuglich-juristisch vom Anstaltsleiter, medizinisch vom ärztlichen Direktor, der dem Anstaltsleiter untergeordnet ist. Es wird als Anstalt des geschlossenen Vollzugs geführt.

Im JVK Fröndenberg werden Gefangene aufgenommen, die einer stationären Krankenhausbehandlung bedürfen. Der Versorgungsauftrag ist umfassend, d. h., er erstreckt sich grundsätzlich auf alle medizinischen Fachrichtungen und ist (weitgehend) unabhängig vom Schweregrad der Erkrankung. Soweit eigene Fachabteilungen oder eine konsiliarärztliche Versorgung nicht existieren, werden im Einzelfall externe Fachkräfte zugezogen. Teilweise werden externe Krankenhäuser mit der Durchführung solcher Behandlungsmaßnahmen beauftragt, die im JVK nicht leistbar sind (z. B. kardiovaskuläre Eingriffe, neurochirurgische Eingriffe). Weitere Details finden sich im Anhang unter 6.1. u.6.2.

Im Gegensatz zu zivilen Verhältnissen besteht für Gefangene kein Wahlrecht im Bezug auf Klinik, Fachabteilung oder ärztliche Behandlung.

Das Justizvollzugskrankenhaus NRW ist in dieser Funktion seit dem 1.1.1987 in Betrieb. Gemäß den Angaben des Justizministeriums (2006) hat es 228 Plätze auf sechs Stationen, davon 3 internistische und 2 chirurgische Männerstationen und eine interdisziplinäre Frauenstation. Circa 30 Betten stehen den Belegärzten der verschiedenen Disziplinen zur Verfügung. Die Fachrichtungen Urologie, Orthopädie, Hals-Nasen-Ohrenerkrankung, Gynäkologie und Kieferchirurgie sind durch vertraglich verpflichtete Ärzte vertreten. Konsilarii ohne Belegbetten vertreten die Fächer Psychiatrie, Neurologie, Augenheilkunde, Dermatologie und Zahnheilkunde.

Die interdisziplinäre Intensivstation hat 8 Betten. Diese werden auch als Aufwachbetten der Anästhesieabteilung genutzt. Neben der stationären Patientenversorgung verfügt das JVK Fröndenberg über einen erheblichen ambulanten Leistungsbereich.

Die chirurgische Abteilung verfügt über eine Operationsabteilung mit 2 Operations-Sälen und eine Physiotherapieeinrichtung. Die diagnostischen Leistungen werden im Wesentlichen durch das hauseigene Labor, die Röntgenabteilung sowie die Ambulanzen der chirurgischen und inneren Abteilung abgedeckt. An die Ambulanz

der inneren Medizin ist die internistische Diagnostik angebunden (Kardiologie, Angiologie, Pulmologie, Endoskopie usw.).

Das Justizvollzugskrankenhaus ist ein Akutkrankenhaus. Entsprechend ist der Haftantritt im JVK eher unüblich und erfolgt nur dann, wenn die Polizei bei Festnahme oder Anstaltsärzte bei der Aufnahmeuntersuchung eine Haftfähigkeit in einer normalen Anstalt in Frage stellen. Ausnahme ist der Antritt der Haft zur Haftfähigkeitsprüfung im JVK.

Datenerhebung im JVK

Medizinische Datenerhebung und Dokumentation erfolgt im JVK entsprechend den gesetzlichen Vorgaben patientenspezifisch, jedoch weitgehend ohne elektronische Datenverarbeitung, da die Notwendigkeit der Abrechnung mit den Krankenkassen entfällt und bisher auch durch keine andere Stelle eine detaillierte Rechenschaft gefordert wurde. Eine übergreifende Dokumentation von Kenngrößen wie Diagnosespektrum, Verweildauer etc. wird also nicht geführt.

1.2.4.3. Versorgung psychiatrisch Kranker in Haft

Patienten, die einer stationären psychiatrischen Behandlung bedürfen und aus unterschiedlichen Gründen keine Strafunterbrechung bekommen, standen bis März 2006 6 Behandlungsplätze im Maßregelvollzug im Westfälischen Zentrum für Psychiatrie Lippstadt-Eickelborn mit Unterbrechung zur Verfügung. Zeitweilig erfolgte die stationäre Behandlung auf einer vorübergehend eingerichteten kleinen psychiatrischen Station in der Haftanstalt Werl.

Bezug nehmend auf den Bedarf stationärer Behandlungen in NRW rechnen Witzel et al. (2004) exemplarisch unter Zugrundelegung der Daten der Haftanstalt Werl vor, dass etwa 2% der durchschnittlich 18400 Häftlinge in NRW im Jahresverlauf einer stationären psychiatrischen Behandlung zugeführt werden müssten. Dies entspräche bei reiner Krisenintervention und Liegedauer von 30 Tagen einem Bedarf von 30 Betten. Missoni (1998) geht von 3% der Gesamthäftlingszahl aus, die einer stationären Behandlung bedürfte.

Von Schönfeld et al. (2006) legten anhand der von ihnen in der Justizvollzugsanstalt Bielefeld-Brackwede, NRW, erhobenen Daten dar, dass ca. 7% der männlichen und

weiblichen im geschlossenen Vollzug Untersuchten einer stationären Behandlung bedurften.

Seit April 2006 gibt es eine akupsychoiatriische Station für Männer mit 30 Betten im Justizvollzugskrankenhaus, die fachlich von einem externen Träger verantwortet wird. Das Konzept sieht die Behandlung akut erkrankter Patienten vor, die innerhalb der Haftzeit erkranken. Haftfähigkeitsbegutachtung bei Haftantritt gehört bisher nicht zum Leistungsspektrum dieser Abteilung, da hier ein Interessenkonflikt befürchtet wird (Vertrauen als Behandlungsbasis, „Misstrauen“ als Gutachtenbasis).

Ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung erfolgt durch „externe“ Fachärzte, die konsiliarisch von den jeweiligen Anstaltsärzten angefordert werden und durch in den Justizvollzugsanstalten angestellte Psychologen. Grundsätzlich ist bei heimatnaher Unterbringung auch die Fortführung einer laufenden Therapie beim bisherigen Therapeuten möglich. Dies erfolgt fallindividuell und ist unter den Bedingungen des offenen Vollzugs besser umsetzbar als im geschlossenen Vollzug.

1.2.4.4. Versorgung Suchtkranker in Haft

Der „Drogenerlass“ (1998) des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit in NRW stellt ein an der Betreuung in Freiheit orientiertes Konzept für die Versorgung Suchtkranker in Haft vor. Gemäß den Angaben des Justizministeriums (2006) werden die vollzuglichen Maßnahmen in der anstaltsinternen Suchtberatung zusammengefasst. In Anstalten mit besonderem Bedarf werden Bedienstete zu Suchtkrankenhelfern ausgebildet. In mehreren Anstalten sind Abteilungen zur intensiven Betreuung Drogenkranker eingerichtet. Die anstaltsinterne Suchtberatung arbeitet mit externen Suchtberatungsstellen zusammen. Ziel ist, möglichst viele motivierte Suchtkranke in externe Therapieeinrichtungen zu vermitteln, meist unter Zurückstellung der Strafvollstreckung. Das Justizministerium schreibt aber auch „Der Justizvollzug ist trotz aller Bemühungen für eine Drogentherapie im engeren Sinne nicht bestimmt und auch nur sehr begrenzt dazu in der Lage“.

Bei Haftantritt erfolgt zunächst ein ärztlich begleiteter Entzug in der JVA, in der der Verurteilte seine Haft antritt. Bei (zu erwartenden) Komplikationen, kann er im Justizvollzugskrankenhaus erfolgen. Die Möglichkeit zur Methadonabgabe oder die Abgabe anderer Drogensubstitutstoffe wird für jede Vollzugsanstalt in NRW

vorausgesetzt. In den Anstalten in NRW wird die Substitution sehr unterschiedlich und nach verschiedenen, zum Teil hausinternen Standards vorgenommen. In manchen nach neuesten suchtmmedizinischen Kriterien, in anderen wird nur sehr restriktiv substituiert. Einen Anspruch auf Substitution hat ein Gefangener nicht. Die Entscheidung zur Substitution liegt in der Ermessensfreiheit des Anstaltsarztes. Konrad (2004a) spricht im Zusammenhang mit Abhängigkeitserkrankungen vom „therapiefeindlichen Klima“ des Normalvollzugs.

1.3. Medizinische Daten und Studien

Die Auswahl wurde getroffen anhand der zu erwartenden relevanten Erkrankungsgruppen. Stress als Risikofaktor für Erkrankungen wird ebenfalls erörtert.

1.3.1. Stress als Risikofaktor bei Erkrankungen

In zahlreichen Gutachten und insbesondere den Schreiben von Rechtsanwälten oder behandelnden Ärzten wird Stress als gesundheitsgefährdender, unzumutbarer Risikofaktor bei Inhaftierung genannt. Es wird davon ausgegangen, dass die Haft den Patienten belastet und sich dies als schädlicher Stress auf vorliegende Erkrankungen wie Hypertonus, koronare Herzkrankheit, insulinpflichtigen Diabetes mellitus oder psychiatrische Erkrankungen auswirkt. Von der Möglichkeit bis zur absoluten Gewissheit werden in den entsprechenden Stellungnahmen Verschlechterungen der Grundkrankheit bis zum sicheren Tod erwartet und entsprechend eingeschränkte oder gar keine Haftfähigkeit gesehen.

1.3.1.1. Definition Stress

Orientierend lässt sich Stress definieren als Anpassungsdruck an eine neue Situation. Das systemisch dynamische Stressmodell nach Lazarus (1966) ist in seiner Komplexität am umfassendsten in der Beschreibung des Phänomens „Stress“.

Lazarus geht davon aus, dass nicht die Reize oder Situationen an sich für die Stresssituation von Bedeutung sind, sondern die individuelle kognitive Verarbeitung der Betroffenen.

Nur, wenn die eigenen Ressourcen als nicht ausreichend bewertet werden, wird eine Stressreaktion ausgelöst, da ein Adaptationsbedarf an die neue Situation vorliegt. Je

nach Bewertung des Ereignisses, ob als Herausforderung, Schaden oder Bedrohung, definiert sich der daraus resultierende Stress als Eustress (positive Aktivierung durch Stressreaktion) oder Distress/ Hyperstress (als belastend erlebter Stress).

1.3.1.2. (Patho-) physiologische Stressreaktionen

Die schnelle Reaktion geht vom autonomen Nervensystem (Sympathikus) aus. Sie bewirkt den schnellen, kurzfristigen Anstieg der Herzfrequenz, des Blutdrucks, erhöhte Aufmerksamkeit etc.

Die langsame Reaktion ist endokrin gesteuert. Zentrale Rolle spielt die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrindenachse, die durch den Corticotropin-Releasing-Factor (CRF) stimuliert wird. Diese Stimulation erfolgt unter dem Einfluss neuronaler Aktivierung in limbischen Strukturen. Sie ist besonders ausgeprägt, wenn der Verlust von Kontrolle und wichtigen Belohnungen wahrgenommen und befürchtet wird (z.B. Fink 2000, McEwen 1998, Weiner 1992). Da es sich um systemische Reaktionen handelt, werden entsprechend viele Regelkreise und Organsysteme affiziert. Nur exemplarisch wird im Folgenden auf die Erkrankungen KHK und Diabetes mellitus in Zusammenhang mit Stress eingegangen.

1.3.1.3. Stress und KHK

Siegrist (2006) führt unter Berücksichtigung zahlreicher Autoren aus: „Die kardiovaskulären Auswirkungen chronischer neuronaler und neuroendokriner Aktivierungen sind heute weitgehend erforscht und können hier nur stichwortartig erwähnt werden: gesteigerter Stoffwechsel mit endogener Lipidsynthese und Insulinproduktion, erhöhter Blutdruck, gesteigerte Herzfrequenz und verminderte Herzfrequenzvariabilität, erhöhte Blutgerinnungsneigung und vermehrte Entzündungsaktivität. Längerfristig manifestieren sich diese Veränderungen in einer Zunahme von Intimaläsionen und der Ausbildung atheromatöser Plaques, in arterieller Hypertonie und linksventrikulärer Hypertrophie sowie in erhöhten Risiken artherothrombotischer Komplikationen und Arrhythmien.“

Die INTERHEART-Studie (Yusuf S, Hawkin S, Ounpuu S et al. 2004) fasst unter dem Begriff der psychosozialen Belastung die Faktoren Angst, Stress und Depression zusammen. In der Rangfolge der wichtigsten Risikofaktoren für einen Herzinfarkt

stehen diese Faktoren nach Auswertung von mehr als 20000 Personen in 52 Ländern bereits an dritter Stelle, siehe Tabelle 2.

Tabelle 2: Quantitative Rangfolge der Herzinfarkttrisikofaktoren laut INTERHEART-Studie (Yusuf et al.)

Risikofaktor	Odds Ratio	Population attributable risk in %
Dyslipoproteinämie	3,25	49,2
Rauchen	2,04	35,7
Psychosoziale Faktoren	2,67	32,5
Adipositas	1,62	20,1
Hypertonie	1,91	17,9
Diabetes mellitus	2,37	9,9

1.3.1.4. Stress und Diabetes

Hübner (2005) legt dar, dass insbesondere chronischer psychosozialer Stress sowohl Einfluss auf die Entstehung als auch die Manifestation des Diabetes Typ I und II hat. Er beruft sich hierbei auf die bereits oben genannten neuronalen und endokrinen Stressachsen des Organismus und auf verschiedene internationale Studien. Unter anderem nennt er Dutour (1996), der schlecht behandelbare Diabetiker mit stark schwankenden Blutzuckerwerten untersuchte. In Experimenten ergaben sich Hinweise darauf, dass diese überdurchschnittliche hormonelle Reaktionen auf Stressoren zeigten. Nach Peyrot (1999) haben Diabetiker mit erlebter hoher Stressbelastung deutlich schlechtere Blutzuckerwerte als Diabetiker mit normaler Stressbelastung.

1.3.2. Daten zu verschiedenen Erkrankungen Strafgefangener

1.3.2.1. Somatische Erkrankungen in Haft

Hierzu liegen praktisch keine Daten vor. Somatische Erkrankungen werden nicht systematisch erfasst.

1.3.2.2. Psychiatrische Erkrankungen in Haft

Studien zu psychiatrischen Erkrankungen in Haft gibt es nur wenige, insbesondere deutsche Publikationen liegen kaum vor. Aus den vorhandenen Untersuchungen geht hervor, dass psychiatrische Erkrankungen in Haft eine große Rolle spielen.

Einer Studie aus England und Wales (Gunn et al. 1991) zufolge liegt bei 37% aller männlichen und 57% aller weiblichen Gefangenen eine psychiatrische Störung gemäß ICD 9 vor, bei 2% wurden psychotische Störungen diagnostiziert.

Gemäß der Übersichtsarbeit von Fazel et al. (2002), in der 62 Studien aus 12 westlichen Ländern zusammengefasst wurden mit einer Gesamtzahl von 22790 Inhaftierten, davon 19% Frauen, ergaben sich folgende Ergebnisse zur Prävalenz psychiatrischer Störungen: Psychotische Störungen bei 3,7% der Männer und 4% der Frauen, Major Depression bei 10% der Männer und 12% der Frauen und Persönlichkeitsstörungen bei 65% der Männer und 42% der Frauen.

In Deutschland kamen Fädrieh und Pfäfflin (2000) bei der Untersuchung von 90 männlichen Strafgefangenen im offenen Vollzug zum Ergebnis, dass 50% eine Persönlichkeitsstörung aufwiesen. Konrad (2003) stellte in einer Studie an Ersatzfreiheitsstraflern (Haftstrafe statt Geldstrafe bei Zahlungsunfähigkeit oder -Unwilligkeit) bei 10% psychotische Störungen fest.

Von Schönfeld et al. (2006) führte in Deutschland die erste Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in Haft durch, die auch weibliche Inhaftierte erfasste. In einer Stichtagserhebung wurden 63 Frauen und 76 Männer, die sich in der JVA Bielefeld-Brackwede, NRW, im geschlossenen Vollzug befanden untersucht. 88,2% der Untersuchten beider Geschlechter wiesen eine psychiatrische Erkrankung gemäß DSM-IV-Achsen I und II auf. Für die aktuelle Prävalenz (letzte 6 Monate) ergaben sich folgende Zahlen für männliche Inhaftierte (Zahlen für Frauen jeweils in Klammern): Psychotische Störungen 3,9% (12,7%), Major-Depression 10,5% (15,9%), Angststörungen (zumeist posttraumatische Belastungsstörungen) 17,1% (39,7%). Persönlichkeitsstörungen wurden bei 43,4% der Männer und 65,1% der Frauen festgestellt.

1.3.2.3. Suizid in Haft

Die Suizidrate ist in Haft im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung um ein Vielfaches erhöht (Konrad 2002). Abhängigkeitserkrankte und Persönlichkeitsgestörte, die zu den besonders suizidgefährdeten Risikogruppen gehören sind im Vollzug überdurchschnittlich häufig vertreten (z.B. Cooke, Michie, 1996). Die Untersuchungshaft gilt als die risikoreichste Haftform (z. B. Backet 1987), da hier für die Gefangenen die größte Zukunftsunsicherheit vorliegt.

Laut Justizministerium NRW (2005) gab es 2001 20 Suizide in Haft, davon 15 in Untersuchungshaft, 2002 13 Suizide, davon 7 in Untersuchungshaft, 2003 19 Suizide, davon 12 in Untersuchungshaft und 2004 17 Suizide, davon 6 in Untersuchungshaft.

1.3.2.4. Abhängigkeitserkrankungen in Haft

Im Justizvollzugsamt NRW werden gemäß Drogenerlass (1998) regelmäßig Daten mittels Stichtagerhebung in den Anstalten zu verschiedenen Aspekten von Abhängigkeitserkrankungen bei Inhaftierten erhoben. Die folgenden Zahlen stammen aus dieser Quelle, bezogen auf den Stichtag 31.10.05. Laut zuständigem Sachbearbeiter entsprechen diese Ergebnisse tendenziell den Ergebnissen der vorausgegangenen Jahre.

Insgesamt wurden bei 6887 erwachsenen Gefangenen Abhängigkeitserkrankungen diagnostiziert, 6339 davon Männer, 548 Frauen. Nicht erfasst wurde Nicotinabhängigkeit.

Bezogen auf die Gesamtzahl der Gefangenen in Untersuchungshaft, geschlossenem und offenem Vollzug waren 42,5% der Männer und 52% der Frauen abhängigkeitskrank.

Von Schönfeld (2006) kommt auf folgende Zahlen für im geschlossenen Vollzug Inhaftierte der Anstalt Bielefeld-Brackwede, NRW: Alkoholabhängigkeit liegt bei 59,2% der Männer und 23,8% der Frauen vor, Opiatabhängigkeit bei 31,6% der Männer und 60,3% der Frauen und polyvalente Abhängigkeit bei 23,7% der Männer und 38,1% der Frauen.

1.4. Haftfähigkeitsprüfung

Gemäß § 455 StPO kann die Haftfähigkeit aus gesundheitlichen Gründen in Frage gestellt werden. Erfolgt nach Prüfung ein ablehnender Bescheid durch die Staatsanwaltschaft, kann die Gnadenstelle angerufen werden, die „milder“ entscheiden kann, da sie auch andere Aspekte als die eng auszulegenden des § 455 berücksichtigen darf. Anträge auf Haftunfähigkeit aus gesundheitlichen Gründen nach erfolgter Verurteilung zu einer Haftstrafe oder Ersatzfreiheitsstrafe werden meist von den jeweiligen Anwälten oder den Verurteilten selbst eingereicht. Häufig liegen bereits fachliche Stellungnahmen behandelnder Ärzte oder Therapeuten bei. In manchen Fällen werden auch Gutachten in Auftrag gegeben. Keppler (2006) unterscheidet folgende wesentlich Beteiligte bei einer Haftfähigkeitsprüfung: „Zum ersten den zuständigen Juristen, zum zweiten den „subjektiven“ Arzt, zum dritten den „objektiven“ Arzt und zum vierten den Patienten, wobei die ihn beeinflussenden Faktoren und Personen hier in Teilen subsumiert werden (z.B. Rechtsanwalt, Familienmitglieder, Freundeskreis).“ Für die Patienten beschreibt Keppler den Zusammenhang zwischen dem Wunsch, der Haft zu entgehen und dem daraus folgenden geringen Wunsch, die eigene gesundheitliche Situation zu verbessern „je kränker, desto besser“. Diese Auffassung nähre sich häufig aus der Unkenntnis der Gesetzeslage (§ 455 StPO), Zureden durch Angehörige und/oder Anwälte und der irrigen Annahme, eine ärztliche Stellungnahme habe für die Justiz bindenden Charakter. Als „subjektiven“ Arzt bezeichnet Keppler die außerhalb der Haftanstalt betreuenden Ärzte, zumeist Hausärzte. Er geht davon aus, dass sie weder über ausreichende Kenntnisse der gesetzlichen Grundlagen der Haftfähigkeit, noch über die Gegebenheiten im Strafvollzug verfügen. „Sie verstehen sich in erster Linie als Wahrer der Patienteninteressen und laufen dabei oft Gefahr, die Grenzen zur Gefälligkeitsbescheinigung zu überschreiten.“ Als „objektiv“ gelten nach Keppler Ärzte des Gesundheitsamtes oder andere Ärzte, die durch die Staatsanwaltschaft mit der fachlichen Begutachtung beauftragt wurden und bisher keinen (therapeutischen) Kontakt zum Betroffenen hatten. Bei ihnen setzt er die Kenntnis der gesetzlichen Rahmenbedingungen und konkreten Haftbedingungen voraus und hält ihre Stellungnahmen für entsprechend maßgeblich. Derartige Kenntnisse sind gemäß Landesprüfungsamt für Medizin, Psychotherapie und Pharmazie der Bezirksregierung Münster (1992) Prüfungsinhalte der Facharztprüfung zum Amtsarzt.

Allerdings sind nicht alle beim Gesundheitsamt angestellte Ärzte Amtsärzte nach dieser Bezeichnung.

1.4.1. Übliche Vorgehensweise für die Haftfähigkeitsprüfung in NRW

Es gibt keinen gesetzlich vorgegebenen Weg. Die Entscheidungsträgerin ist die Staatsanwaltschaft. Üblich ist die Anforderung eines medizinischen Gutachtens durch einen unabhängigen Gutachter, in den meisten Fällen durch Amtsärzte oder Ärzte des psychosozialen Dienstes. Deren Gutachten dienen der Entscheidungsfindung der Staatsanwaltschaft.

Für die Anfrage an die mit der Begutachtung beauftragten Ärzte steht den Staatsanwaltschaften ein Formular zur Verfügung, das Element eines landesweiten Textverarbeitungsprogramms ist (Staatsanwaltschaft Bielefeld 2008). Wird dieses verwendet, erreicht das Gesundheitsamt folgendes Schreiben:

„ ...Herr/ Frau X hat eine Freiheitsstrafe zu verbüßen. Er/ Sie hat Strafaufschub wegen Haftunfähigkeit beantragt. Ich bitte, den Gesuchsteller zur Untersuchung zu laden und gutachterlich insbesondere zu folgenden Fragen Stellung zu nehmen:

1. Ist bei der Krankheit bzw. dem körperlichen Zustand eine nahe Lebensgefahr gegeben, wenn die Freiheitsstrafe in einer gewöhnlichen Justizvollzugsanstalt vollstreckt wird oder ist die Vollstreckung in einem Justizvollzugskrankenhaus vertretbar? 2. Sind durch die sofortige Vollstreckung erhebliche, außerhalb des Strafzwecks liegende gesundheitliche Nachteile zu erwarten? Ggfls. welche.

Ich bitte um Übersendung der gutachterlichen Stellungnahme. Der Gesuchsteller ist von dem Ergebnis der Untersuchung nicht zu unterrichten. Für die anfallenden Gebühren kommt die Justizverwaltung auf...“

Diesem Standardformular ist, sofern sie nicht extra ergänzt wird, keine geplante Dauer der Haftstrafe zu entnehmen. Die Fragen beziehen sich auf die Inhalte des § 2 StVollzG und § 455, 456,1 StPO (s.1.1.1.)

§ 2 des Strafvollzugsgesetzes formuliert zwei „Strafzwecke“:

„Im Vollzug der Freiheitsstrafe soll der Gefangene fähig werden, künftig in sozialer Verantwortung ein Leben ohne Straftaten zu führen (Vollzugsziel)“. Idealerweise soll ursachen-orientiert der Gefangene mittels Unterstützung oder Anleitung durch

soziale Hilfe, Arbeit, berufliche Weiterbildung und therapeutische Maßnahmen eine innere Wandlung erfahren. Dies wird als „Behandlungsvollzug“ verstanden.

Darüber hinaus dient der Vollzug der Freiheitsstrafe dem Schutz der Allgemeinheit vor weiteren Straftaten.

Bis 2005 gab es kein einheitliches Informationsblatt zur Gesundheitsversorgung in Haft. Manche Staatsanwaltschaften legten ihren Anfragen an die Gesundheitsämter selbst erstellte Informationsblätter bei. 2005 wurde vom Medizinaldezernat des Landesjustizvollzugsamt NRW ein „Informationsblatt für Gesundheitsämter“ erstellt und steht seitdem allen Staatsanwaltschaften in Nordrheinwestfalen zur Verfügung. Es stellt ausführlich die medizinischen Aufgaben und Möglichkeiten des JVKs, der Pflegeeinrichtungen und der normalen Haftanstalten dar. Der Wortlaut ist dem Anhang unter 6.3. zu entnehmen.

Üblicherweise beauftragt die Staatsanwaltschaft zunächst externe Gutachter und wendet sich bei uneindeutiger Sachlage erst danach an das JVK mit der Anfrage, ob der Verurteilte zur Haftfähigkeitsprüfung im JVK antreten könne.

1.4.2. Kriterien des JVKs für die Zusage zur stationären Haftfähigkeitsprüfung

In einer Stellungnahme der Leitung des Justizvollzugskrankenhauses (2001) an eine anfragende Staatsanwaltschaft wird formuliert: „Nach seiner Zweckbestimmung ist das Justizvollzugs Krankenhaus NRW ein Krankenhaus für akut erkrankte Gefangene, deren Weiterverlegung in die nach dem Vollstreckungsplan für das Land NRW zuständige Justizvollzugsanstalt nach ihrer Genesung zu erwarten ist. Die Aufnahme von auf freiem Fuß befindlichen Verurteilten ist nur ausnahmsweise zulässig, wenn die Kapazität es zulässt, und daher gemäß Teil 1 III.2 des Vollstreckungsplans für das Land NRW an einen vorherigen Antrag der Vollstreckungsbehörde geknüpft.“

Zur Beurteilung der Haftfähigkeit bzw. der „Eignung“ zur Haftfähigkeitsprüfung im JVK wird meist ein amtsärztliches Gutachten gefordert, das nicht älter als 3 Monate sein sollte und aus dem hervorgehen sollte, dass eine stationäre Unterbringung (zunächst) erforderlich ist. Ebenfalls wird das Urteil bzw. der Tenor des Urteils mit Angabe der geplanten Haftstrafendauer erfragt. Anhand dieser Daten erfolgen die Zusage oder Absage bzw. Empfehlungen zu weiterem Vorgehen. Dies ist keine starre Regel. Fallindividuell wird bei eindeutiger Sachlage auch ohne die Vorlage der

oben genannten Dokumente eine Entscheidung getroffen oder eine Empfehlung ausgesprochen.

Gibt das JVK seine Zusage, wird der Staatsanwaltschaft ein Termin oder Zeitraum angegeben, in dem der Verurteilte zur stationären Haftfähigkeitsprüfung im JVK aufgenommen werden kann („geladen werden“).

2. Spezieller Teil

2.1. Material und Methode

Gesichtet wurden sämtliche Anfragen der Staatsanwaltschaft zur Prüfung der Haftfähigkeit aus den Jahren 2001 bis 2004. Verfolgt wurden die Fälle bis einschließlich 11/2006. Es wurden absolute Zahlen und prozentuale Anteile zu den Bereichen soziodemographische und vollzugliche Daten, medizinische und gutachterliche Daten erhoben.

Nach Durchsicht der 414 staatsanwaltschaftlichen Anfragen aus den Jahren 2001-2004 zeigte sich, dass sich 28 Fälle nicht im engeren Sinne mit der Fragestellung dieser Arbeit befassen und 11 gar nicht vorlagen bzw. doppelt geführt wurden. (Details unter 6.4.)

Untersucht wurden somit Fälle von 375 staatsanwaltschaftlich Angefragten, die explizit eine Haftfähigkeitsprüfung vor Antritt einer Haftstrafe und nach rechtsgültiger Verurteilung zum Thema hatten, oder die nach Haftunterbrechung einer erneuten Begutachtung bedurften.

Staatsanwaltschaftliche Akten

In der Verwaltung des Justizvollzugskrankenhauses werden die staatsanwaltschaftlichen Anfragen zur Haftprüfung archiviert. Sie enthalten optimalerweise sämtliche Vorgänge bis zum Antritt zur Prüfung der Haftfähigkeit im JVK. Hier sind normalerweise auch die ärztlichen externen Gutachten und Gerichtsurteile zu finden.

Teilweise fanden sich die externen medizinischen Unterlagen nur in den internen Krankenakten des JVKs und fehlten in den staatsanwaltschaftlichen. In diesen Fällen wurde auf die Information der Krankenakten zurückgegriffen, um eine möglichst vollständige Dokumentation zu gewährleisten.

Ähnlich verhielt es sich mit den Urteilen. Fehlten Angaben zum Delikt oder der Haftdauer, waren sie häufig in den Krankenakten zu finden.

Ist im Folgenden von „externen Gutachten“ die Rede, sind Gutachten gemeint, die im Auftrag der Staatsanwaltschaft von Ärzten außerhalb des JVKs angefertigt wurden, z.

B. Ärzten der Gesundheitsämter. An dieser Stelle mag darauf hingewiesen werden, dass im Folgenden die Begriffe Haftanstalt, Anstalt, JVA (Justizvollzugsanstalt) synonym verwendet werden, ebenso je nach Kontext die Begriffe Verurteilter, Gefangener, Patient, Begutachteter.

Krankenakten des Justizvollzugskrankenhauses

Sie enthalten die Aufnahmeanamnese, die diagnostischen Unterlagen, angeforderte externe medizinische Unterlagen, die Kurven und die Verlegungsbriefe des JVKs an die weiterbetreuenden Ärzte in den Haftanstalten. Häufig liegen Kopien aus den Unterlagen der staatsanwaltschaftlichen Anfragen bei. Ebenfalls liegt (fast) jeder Akte der „A-Bogen“ mit vollzuglichen Daten zu Delikt und Haftdauer und allgemeinen Angaben zu Beruf, Familienstand etc. bei. Die nicht-vollzuglichen Daten entsprechen den Angaben der Gefangenen und sind dementsprechend kritisch zu bewerten.

Gesundheitsakten der Justizvollzugsanstalten

Gesundheitsakten werden von den Haftanstalten ausgestellt, beginnend mit der Dokumentation der Eingangsuntersuchung bei Haftantritt in der Anstalt. Ihnen sind die wesentlichen Befunde, Maßnahmen und Verläufe zur Kranken- oder Gesundheitsgeschichte zu entnehmen. Sie begleiten den Gefangenen bis zum Haftende, auch bei Verlegungen in andere Anstalten.

Fragebogen an Anstaltsärzte zum Haftverlauf

Zur Bewertung des Verlaufs in den Justizvollzugsanstalten nach Verlegung aus dem JVK wurde ein Fragebogen erstellt (Abbildung im Anhang unter 6.5.). Er bezog sich auf medizinische Daten und die anstaltsärztliche Einschätzung der Haftfähigkeit. Erfragt wurden ebenfalls, ob der Patient haftentlassen wurde und, wenn ja, aus welchen Gründen (z. B. nach Ablauf der gesamten Strafdauer oder nach Ablauf von 2/3 der Strafdauer, Weihnachtsamnestie, eingetretene Haftunfähigkeit). Optional konnte der Fragebogen ausgefüllt werden oder die Gesundheitsakte zugeschickt werden. Aus der Pflegeabteilung in Hövelhof wurden die Entlassungsbriefe an die weiterbehandelnden Ärzte in Freiheit zugeschickt. Berücksichtigt wurden Informationen, die bis einschließlich 11/06 eingingen.

Dem genannten Material ließen sich zahlreiche Daten entnehmen. Zur Wahrung der Übersicht wurden sie in vier Hauptbereiche unterteilt:

- Vollzugliche Daten
- Soziodemographische Daten
- Medizinische Daten
- Gutachterliche Daten

Die Auswertung erfolgte getrennt für Männer und Frauen. Ebenfalls wurde für die medizinische Datenerhebung und die Auswertung der Haftfähigkeitsbewertung differenziert in die Gruppe der Verurteilten, die extern vor Haftantritt z. B. durch Amtsärzte begutachtet wurden und die im folgenden „Gutachten-Patienten“ genannt werden und in die Gruppe der Patienten, die schließlich zur Prüfung der Haftfähigkeit im JVK aufgenommen wurden und die im Folgenden „JVK-Patienten“ genannt werden. Das Untersuchungskollektiv der „JVK-Patienten“ ergibt sich aus der Gruppe der „Gutachtenpatienten“, ist allerdings deutlich kleiner (2.2.3.).

Das „Gesamtkollektiv“ umfasst alle staatsanwaltschaftlich Angefragten, auch die, für die keine externen Gutachten vorlagen, womit es sich hierbei um die größte Gruppe handelt. Soziodemographische und vollzugliche Daten beziehen sich auf das Gesamtkollektiv.

2.1.1. Auswertungsmethode des medizinischen Teils

Nicht berücksichtigt wurde in der Auswertung des Erkrankungsspektrums die Kombination verschiedener Diagnosen. Dies hätte den Rahmen gesprengt und wahrscheinlich nur wenige zusätzliche Erkenntnisse geliefert. Im Kapitel 2.2.4. sind Kombinationen in Einzelfalldarstellungen aufgeführt.

Auf einen direkten Vergleich der angegebenen Diagnosen der Patienten, die sowohl extern begutachtet wurden, als auch im JVK, wurde verzichtet. Nur in seltenen Fällen kam es hier zu Abweichungen. Es handelte sich dann weitgehend um Auslassungen z. B. einer Suchterkrankung oder stattgehabter Erkrankungen (z. B. „Zustand nach Appendektomie“) oder unterschiedlich spezifizierter Ausführungen („bekannte fortgeschrittene KHK“ versus „Dreigefäßerkrankung mit Z.n. PTCA und Stentimplantation“).

Angesichts der lückenhaften Datenlage und der nicht standardisierten Nennung von Erkrankungen stellte sich die Auswertung in den externen Gutachten und Briefen des JVK als kompliziert dar. Nach selbst entwickeltem System wurden Diagnosen erfasst

und strukturiert, um für verschiedene Konstellationen tendenzielle Ergebnisse zu bekommen, aus denen sich dann Schwerpunkte herauskristallisieren.

Methode der Diagnoseneinteilung

Der Begriff „Diagnosen“ in der Einteilung der Erkrankungen wurde gewählt, da ein Patient mit einer Diagnose nicht zwingend die diagnostizierte Erkrankung hat, es sich also auch um eine Fehldiagnose handeln kann. „Fehlerkrankungen“ gibt es hingegen nicht. Die Aufteilung in Diagnosen ist so inhaltlich exakter.

In der Diagnosenunterteilung wurde der Schwerpunkt nicht auf die genaue medizinisch-ätiologische Wiedergabe gelegt, sondern auf die zu erwartende Bedeutung von Erkrankungen oder Erkrankungsgruppen im Bezug auf Haftfähigkeit. Zu erwarten waren „schwere“ Erkrankungen und solche, die spezieller Maßnahmen, Ausstattungen oder Pflege bedurften; außerdem Erkrankungen wie Bluthochdruck oder Diabetes mellitus, die bei schlechter Einstellung akute oder langfristige Verschlechterungen nach sich ziehen.

Dass z. B. arterieller Hypertonus häufig mitverantwortlich oder ursächlich ist für eine KHK wurde nicht berücksichtigt, zumal Kausalitäten in den vorliegenden Unterlagen meist nicht nachvollziehbar waren. Da beide Diagnosen ein gewisses argumentatives Gewicht haben, werden sie separat aufgeführt. Dies gilt für sämtliche Diagnosen, die sich jeweils gegenseitig bedingen können, aber auch einzeln für eine Haftfähigkeit als bedeutend gewertet werden können.

Sämtliche Diagnosen wurden aufgeteilt in die entsprechenden medizinischen Fächer. Der Bereich Innere Medizin wurde zusätzlich in seine Fachbereiche aufgeschlüsselt.

Gewichtung der Diagnosen

Die Diagnosen wurden nach „Rangfolge“ sortiert. Erfolgt in den externen Gutachten oder Briefen keine eindeutigen Aufzählungen, die sich üblicherweise nach Priorität oder Schweregrad richten, wurde anhand der Argumentation eine Rangfolge erstellt. Anamnestische und Verdachtsdiagnosen gingen nur in Ausnahmefällen in die Untersuchung ein, wenn sie bei der Beurteilung der Haftfähigkeit als relevant genannt wurden.

Als Hauptdiagnose wurde die an erster Stelle genannte Diagnose bezeichnet, die in der Regel als relevant für die Haftfähigkeit/ Haftunfähigkeit aufgeführt wurde. Die Gesamtzahl der Hauptdiagnosen stimmte weitgehend mit der Anzahl der Patienten

überein. Zum Teil waren bei Patienten mehrere Diagnosen bedeutsam für die Haftfähigkeit/ Haftunfähigkeit.

Es erfolgte daher auch eine Auswertung, die die Diagnosen des zweiten und dritten Ranges mitberücksichtigte. Diagnosen, die ab der 4. Stelle aufgeführt wurden, werden unabhängig von ihrem „Stellenwert“ nur berücksichtigt, wenn dargestellt werden sollte, wie häufig eine bestimmte Erkrankung überhaupt genannt wurde.

2.2. Eigene Ergebnisse

2.2.1. Soziodemographische Ergebnisse

Die folgenden Daten beziehen sich auf das Gesamtkollektiv, es erfolgt in der Auswertung die Differenzierung zwischen Männern und Frauen. Nur für die Daten zu Alter und Geschlecht erfolgt zusätzlich die Differenzierung in Gutachten- und JVK-Patienten.

2.2.1.1. Geschlechterverteilung

Es handelte sich beim Gesamtkollektiv um 61 Frauen (16%) und 314 Männer (84%). 40 Frauen und 234 Männer hatten mindestens ein externes Gutachten und fallen unter die Gruppe der Gutachtenpatienten, 19 Frauen und 136 Männer traten im JVK an und entsprechen der Gruppe der JVK-Patienten.

2.2.1.2. Altersverteilung

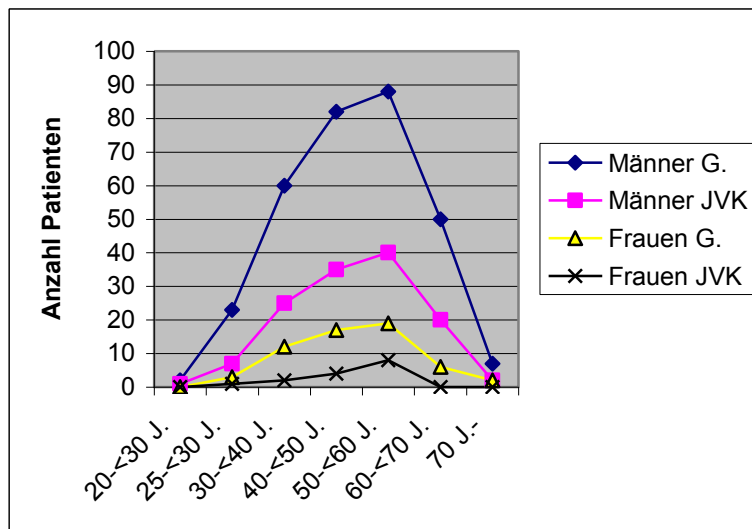


Abbildung 2: Altersverteilung des Untersuchungskollektivs

Die jüngste Frau war 25 Jahre alt, der jüngste Mann 22 Jahre, die älteste Frau 72 Jahre, der älteste Mann 82 Jahre alt. Keine Angaben gab es zu drei Männern und zwei Frauen. Mehr als die Hälfte sowohl der Männer als auch der Frauen war zwischen 40 und 60 Jahren alt, wobei der Altersschwerpunkt in der sechsten Lebensdekade lag. Gering war der Anteil der 20-40 Jährigen. Der Vergleich zwischen Gutachten und JVK zeigte keine wesentlichen Differenzen. Abbildung 2 ist die Aufgliederung des männlichen und weiblichen Kollektivs zu entnehmen.

2.2.1.3. Familienstand

Die Angaben wurden den A-Bögen oder den Urteilen entnommen. Berücksichtigt wurde der „letzte“ Stand. Wiederverheiratet Geschiedene fielen in die Gruppe der Verheirateten. Keine Angaben gab es bei 92 Männern und 21 Frauen. Die prozentualen Angaben beziehen sich auf die Anzahl der Verurteilten mit Angaben.

32% der Männer und 20% der Frauen waren ledig, 64% der Männer und 25% der Frauen geschieden, 37% der Männer und 42% der Frauen verheiratet. 2% der Männer und 13% der Frauen waren verwitwet.

2.2.1.4. Staatsangehörigkeit

Die deutsche Staatsangehörigkeit hatten 319 Verurteilte (268 Männer, 51 Frauen). Hierzu wurden auch diejenigen gezählt, die z. B. türkischer Herkunft waren, aber

einen deutschen Pass haben. Nichtdeutsche waren 56 Verurteilte (46 Männer, 10 Frauen), womit der Ausländeranteil bei 15% lag (14,7% der Männer und 16,4% der Frauen).

Es handelte sich um Angehörige aus 16 Nationen, am stärksten vertreten waren Türken (17 Verurteilte).

2.2.2. Vollzugliche Ergebnisse

2.2.2.1. Vorstrafen

Da die meisten Angaben den A-Bögen entnommen wurden, handelt es sich um freiwillige Auskünfte der Inhaftierten. Soweit möglich, wurden fehlende Angaben den Gutachten, Urteilen oder staatsanwaltschaftlichen Angaben entnommen. Zu 134 (42,7%) Männern und 33 (54%) Frauen gab es keine Angaben. Die prozentualen Angaben beziehen sich auf die Anzahl der Verurteilten mit Angaben.

Bezogen auf Männer und Frauen mit Angaben sind 48% der Männer und 32% der Frauen „hafterfahren“, also schon mindestens einmal in Haft gewesen. 19% der Männer und 32% der Frauen sind ohne Vorstrafen.

2.2.2.2. Deliktverteilung

Die Unterteilung der Delikte wurde praktischerweise an die des Justizministeriums NRW angelehnt.

Problematisch bei der Auswertung der Daten war, dass manche Verurteilte wegen verschiedener Delikte verurteilt wurden, oder z. B. drei Verurteilungen wegen mehrerer Betrugsfälle hatten. Es wurde so vorgegangen, dass verschiedene Delikte jeweils einzeln aufgeführt wurden, doppelte inhaltlich gleiche Delikte nur einmal. So erklären sich die nachfolgenden Zahlen, die nicht der Zahl der Verurteilten entsprechen. Bei 81 (25,8%) verurteilten Männern und 23 (37,7%) verurteilten Frauen gab es keine Angaben zur Deliktart. Die prozentualen Angaben sind bezogen auf die Anzahl der Verurteilten mit Angaben.

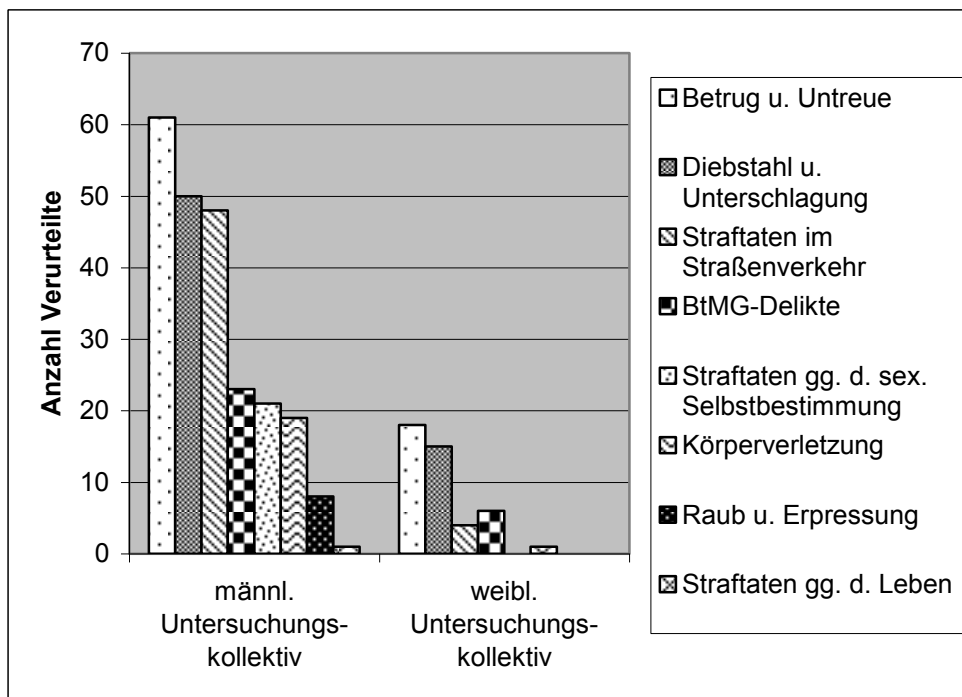


Abbildung 3: Deliktverteilung des Untersuchungskollektivs

Führende Delikte der Männer sind Betrug und Untreue (26%), gefolgt von Eigentumsdelikten (21,5%) und Straftaten im Straßenverkehr (20,6%). Deutlich geringer vertreten sind Delikte gegen das Betäubungsmittelgesetz (9,9 %), Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung (9,0%), Körperverletzung (8,1%), Raub und Erpressung (3,4%) und Straftaten gegen das Leben (0,4%). Führende Delikte der Frauen sind wie bei den Männern Betrug und Untreue (47%), gefolgt von Eigentumsdelikten (39,5%). Der prozentuale Anteil ist jeweils fast doppelt so hoch wie bei den Männern. Es folgen Vergehen gegen das Betäubungsmittelgesetz (15,8%), Straßenverkehrsdelikte (10,5%) und Körperverletzung (2,6%). Zur Anzahl der Delikte siehe Abbildung 3.

Bei den Männern fallen 32 Delikte unter die Rubrik „Sonstiges“ (13,7%), bei den Frauen 2 (5,2%). Im Einzelnen:

Männer: Fünfmal (jeweils 2%) jeweils Beleidigung, Vergehen gg. das Pflichtversicherungsgesetz, Hausfriedensbruch, dreimal jeweils Verstoß gegen das Ausländergesetz und Verletzung der Unterhaltspflicht, zweimal jeweils Sachbeschädigung und Bedrohung, einmal jeweils falsche Verdächtigung, falsche uneidliche Aussage, Störung der Jagdausübung, Luftverunreinigung, Bußgeldbescheide, Geldfälscherei und Verabredung zu Verbrechen.

Frauen: einmal Beleidigung und einmal falsche Verdächtigung

2.2.2.3. Dauer der Haftstrafe

Berücksichtigt wurde bei den Reststrafen (Haftstrafen, die unterbrochen wurden) die Reststrafedauer. In manchen Fällen gab es mehrere Urteile und somit mehrere Haftstrafen, deren Dauer addiert wurde.

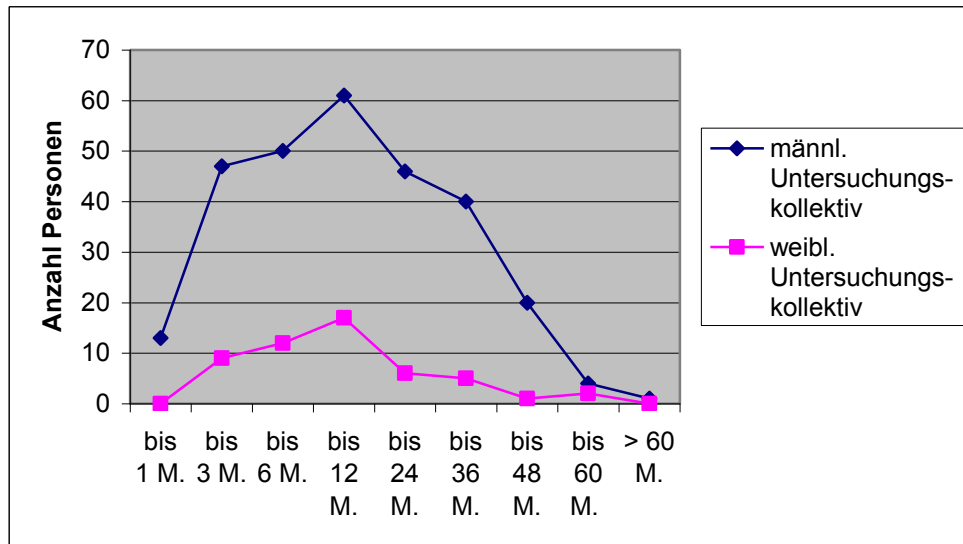


Abbildung 4: Verteilung der Haftstrafendauer des Untersuchungskollektivs

60% der Männer und 74,4% der Frauen mit Angaben hatten eine Haftstrafendauer von maximal einem Jahr. Eine Dauer von ein bis zwei Jahren war für 16,3% der Männer und 11,5% der Frauen vorgesehen. Haftstrafen über zwei bis vier Jahre hatten 21,3% der Männer und 13,5% der Frauen. Längere Haftstrafen lagen bei 1,8% der Männer und 3,8% der Frauen vor. Eine graphische Darstellung findet sich in Abbildung 4.

2.2.2.4. Art der Haftart

Unter „Strafhaft“ fielen die Personen, bei denen keine andere Strafform explizit genannt wurde. Um welche Strafformen es sich bei den „Reststrafen“ im Einzelnen handelte, konnte nicht genau eruiert werden, vermutlich aber meist normale Strafhaft. Die Angaben zur Art der Haftstrafe sind nur orientierend. Es fehlten ausreichend explizite Angaben.

Von den Verurteilten mit Angaben waren 68% der Männer und 78% der Frauen zu Strafhaft verurteilt worden, hinzu kommen 17% der Männer und 12% der Frauen, die eine Reststrafe haben, also eine Strafunterbrechung hatten; sie waren also

„hafterfahren“. Ersatzfreiheitsstrafen (Haftstrafe, da eigentliche Geldstrafe nicht bezahlt wurde) lagen bei 14% der Männer und 10% der Frauen vor.

2.2.2.5. Vollzugsform nach Verlegung aus dem JVK

Die Angaben wurden den Verlegungsbriefen entnommen, die an die Anstalt adressiert sind, in die der Patient verlegt wurde. Bei fast allen nichtinternistischen Briefen fehlten die Verlegungsanstaltsadressen. Angaben zu Verlegungen von Anstalt zu Anstalt ließen sich den Fragebögen zum Haftverlauf entnehmen. Anstalten, die nicht antworteten, wurden nur berücksichtigt, wenn sie von Anstalten, die geantwortet hatten als Verlegungsadresse angegeben wurden.

In die Auswertung nicht aufgenommen wurden Patienten, die in den angeschriebenen Anstalten nicht bekannt waren. Dies betraf 13 männliche Patienten.

Für die Frauen konnte keine Aussage über die Vollzugsform gemacht werden, da alle vier Anstalten, in die verlegt wurde, jeweils beide Vollzugsformen haben und genaue Dokumentationen fehlen. Die unten aufgeführten Zahlen gelten nur für die Männer.

Vom JVK wurden nach abgeschlossener Begutachtung (und Behandlung) in die Justizvollzugsanstalten verlegt:

52 Patienten (58%) in den offenen und 37 (42%) in den geschlossenen Vollzug. Zwei wurden in Anstalten verlegt, die beide Vollzugsformen haben. Bei 24 dieser Patienten kam es im Lauf der Haft zu Verlegungen innerhalb der Anstalten mit Änderung der Vollzugsform. 17 Patienten wurden vom offenen in den geschlossenen und 7 vom geschlossenen in den offenen Vollzug verlegt.

Ergebnis nach diesen Verlegungen: 42 Patienten (47%) im offenen Vollzug und 47 (53%) im geschlossenen Vollzug.

2.2.3. Medizinische Ergebnisse

Da weit weniger Frauen in dieser Studie erfasst wurden und somit häufig keine statistisch ausreichend hohen Zahlen erreicht werden, wird im Folgenden der Schwerpunkt bei den Ergebnissen des männlichen Kollektivs liegen.

Es wurde unterteilt in die Gruppe der extern Begutachteten (234 Männer, 40 Frauen), und die Gruppe der im JVK stationär Begutachteten (136 Männer, 19 Frauen).

Die Auswertungen und Abbildungen für die medizinischen Fächer und Fachbereiche beziehen sich in ihrem Schwerpunkt auf die Anzahl der Patienten mit Diagnosen dieser Fächer. Hier wurde unterteilt in „führende Diagnose“, deren Gesamtzahl bis auf wenige Ausnahmen der Gesamtzahl Patienten entspricht und „unter den ersten drei Diagnosen“. Die Anzahl entspricht der Zahl Patienten, die unter den ersten drei Diagnosen jeweils eine oder mehrere Diagnosen des jeweiligen Fachbereichs aufweisen (hat ein Patient eine A-, eine B- und eine C-Diagnose im internistischen Bereich, werden sie zusammengezogen und der Patient einmal in diesem Fach gezählt, die Diagnosenanzahl ist also unerheblich. Hat ein Patient eine A-Diagnose im Bereich Psychiatrie und eine B-Diagnose im Bereich Urologie wird er in beiden Fächern gezählt).

Die Auswertungen und Abbildungen der einzelnen Diagnosen beziehen sich auf die exakte Diagnosenanzahl, wobei in den Abbildungen jede „Säule“ für sich der Anzahl Patienten mit der jeweiligen Diagnose entspricht.

Die Darstellung der Hauptdiagnosen entspricht auch hier weitgehend der Zahl der Patienten, da es sich hier pro Patient meist um nur eine Diagnose handelt, Mehrfachnennungen kommen aber vor, da eine Gewichtung manchmal nicht möglich war. Eine Hauptdiagnose, die z.B. „KHK bei hypertoner Erkrankung“ nennt, wurde unter beiden Kategorien als Hauptdiagnose geführt.

Zur Förderung der Übersichtlichkeit wurden jeweils nur die ersten drei Diagnosen erfasst. Hiermit sind sämtliche für die Haftfähigkeit relevanten Diagnosen erfasst. In wenigen Fällen war die Gesamtzahl aller Patienten mit dieser Diagnose erwähnenswert, entweder aus „epidemiologischem“ Interesse oder zur Überprüfung von Tendenzen, die sich aus den Ergebnissen der ersten drei Diagnosen ergaben.

Bei Vergleichen zwischen den Kollektiven der Gutachten- und JVK-Patienten ist zu berücksichtigen, dass ein direkter Vergleich der absoluten Zahlen nicht möglich ist. Gerade bei den Ergebnissen der Frauen mit geringer Anzahl kann es hier zu Trugschlüssen kommen, wenn es in den Gutachten z. B. fünf Patientinnen mit Diabetes mellitus gibt und im JVK auch. Es muss sich nicht zwingend um dieselben Patientinnen handeln.

2.2.3.1. Anteilige Fächerverteilung

In den Einteilungen der medizinischen Fächer fallen die wenigen psychosomatischen Diagnosen unter den Bereich Psychiatrie.

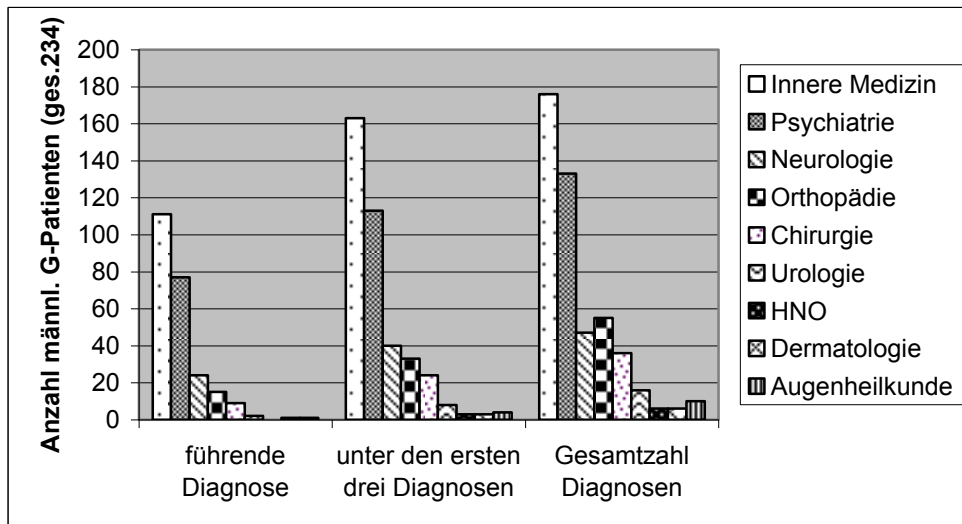
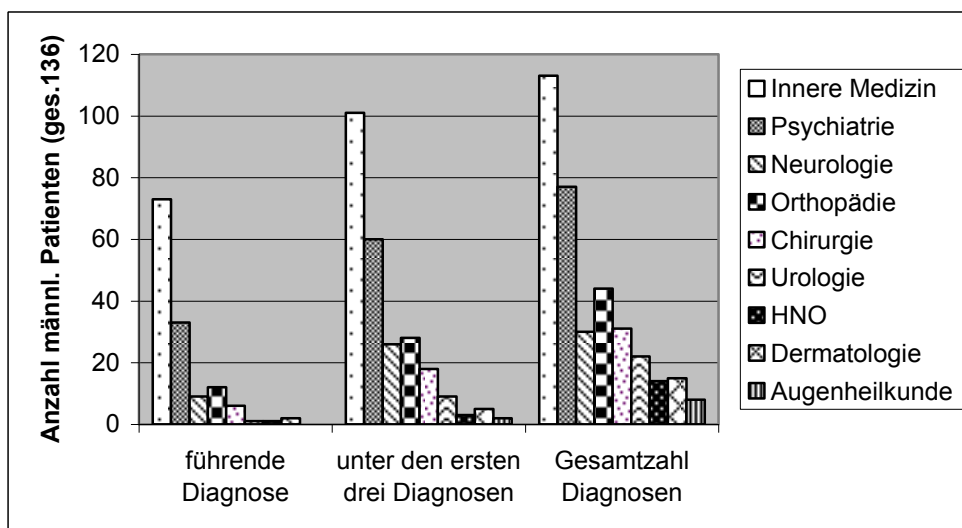


Abbildung 5: Fächerverteilung für die männlichen Gutachtenpatienten



Abbildungen 6: Fächerverteilung für die männlichen JVK-Patienten

Männer

In den Ergebnissen der Männer zeigt sich, dass die internistischen Erkrankungen zusammen mit den psychiatrischen den größten Anteil haben. In den externen Gutachten haben 47% der Begutachteten eine internistische und 33% eine psychiatrische Hauptdiagnose (JVK 54% internistische, 24% psychiatrische Hauptdiagnosen). Es folgen die Fächer Neurologie, Orthopädie und Chirurgie, die zusammen 20,5% der Hauptdiagnosen in den externen Gutachten und 19,9% im

JVK ausmachen. Eher unwesentlich sind die Fachbereiche Urologie, Augenheilkunde, HNO und Dermatologie (zusammen 1,7% der Hauptdiagnosen in den externen Gutachten und 2,9% im JVK).

Dass es im JVK vermehrt urologische Diagnosen als „Folgediagnosen“ gibt, ist auf das Angebot der Vorsorgeuntersuchung zurückzuführen. Es handelt sich meist um Erstdiagnosen benigner Prostatahypertrophien.

Tendenziell bleibt das Verteilungsverhältnis unter Mitberücksichtigung der nachrangigen Diagnosen gleich. Eine gleiche Verteilungstendenz ergibt sich auch im Vergleich der Ergebnisse der Gutachten- und JVK-Patienten (Abb.5 und 6.).

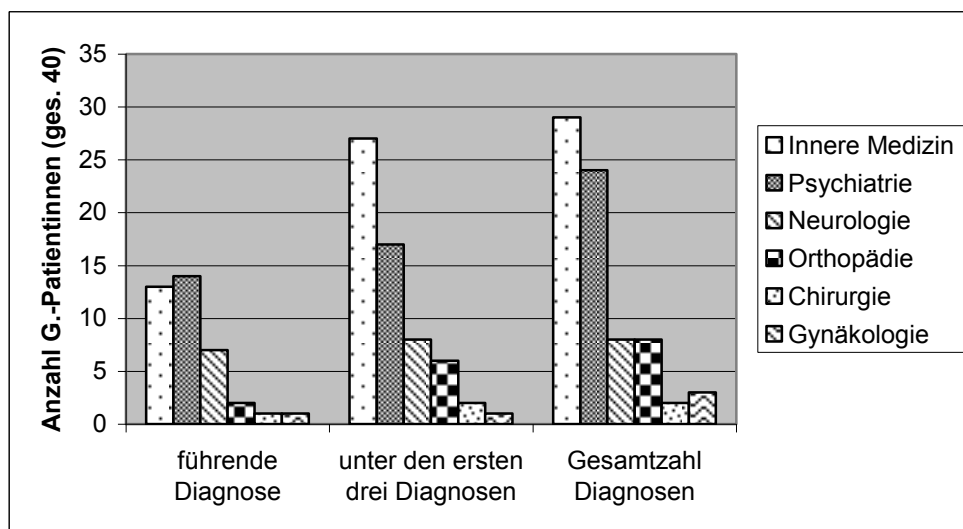
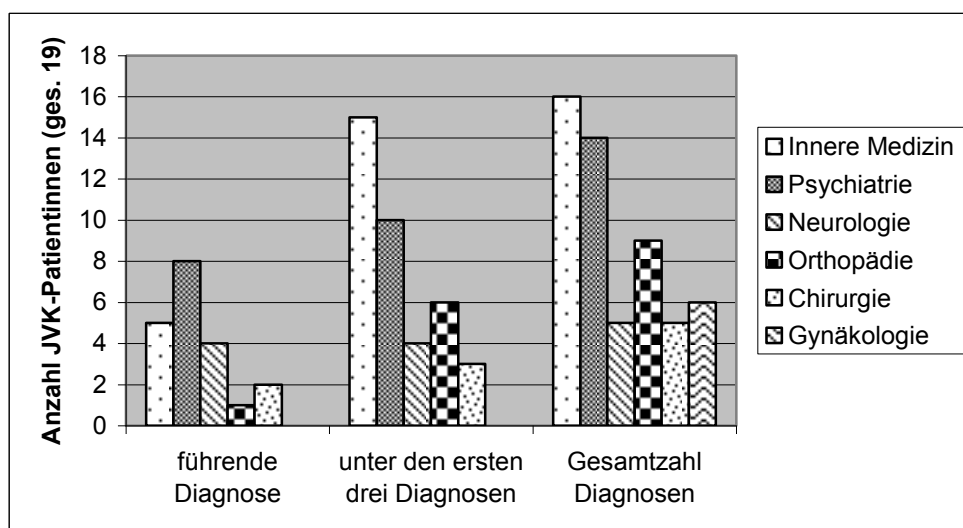


Abbildung 7: Fächerverteilung für die weiblichen Gutachtenpatienten



Abbildungen 8: Fächerverteilung für die weiblichen JVK-Patienten

Ergebnisse Frauen

Mit deutlich niedrigeren Gesamtzahlen führen auch bei den Frauen psychiatrische und internistische Diagnosen (2/3 aller Hauptdiagnosen). Dies gilt sowohl für die Ergebnisse der externen Gutachten als auch für die des JVKs. Umgekehrt zum Ergebnis des männlichen Kollektivs stehen bei den Frauen psychiatrische Hauptdiagnosen an erster Stelle. An dritter Stelle stehen neurologische Diagnosen mit 7 Hauptdiagnosen (17,5%) in den externen Gutachten und 4 (21%) im JVK. Für orthopädische, chirurgische und gynäkologische Diagnosen ergeben sich gemeinsam 4 Hauptdiagnosen in den externen Gutachten und 3 im JVK.

Bei den gynäkologischen Erstdiagnosen in den externen Gutachten handelt es sich um Schwangerschaften. Diese Patientinnen wurden vom JVK abgelehnt, da im JVK keine Entbindungen erfolgen sollen (in einer Geburtsurkunde sollte kein Gefängnis als Geburtsort stehen). Die hohe Gesamtzahl gynäkologischer Diagnosen im JVK ist wie bei den urologischen Diagnosen der Männer auf die angebotene Vorsorge-Untersuchung im JVK zurückzuführen. Keine Hauptdiagnosen gibt es in den Fächern Urologie, HNO, Dermatologie und Augenheilkunde (s. Abb. 7 und 8). Diese Fächer werden im Folgenden im Bezug auf das weibliche Kollektiv nicht mehr berücksichtigt.

2.2.3.2. Internistische Erkrankungen

Es erfolgt zunächst eine Aufteilung der Diagnosen in die internistischen Fachbereiche. Zwecks Übersichtlichkeit wurden nur die zahlenmäßig relevantesten in die Diagramme aufgenommen. Die Ergebnisse der nur gering vertretenen Fachbereiche finden sich unter 2.2.3.2.3.

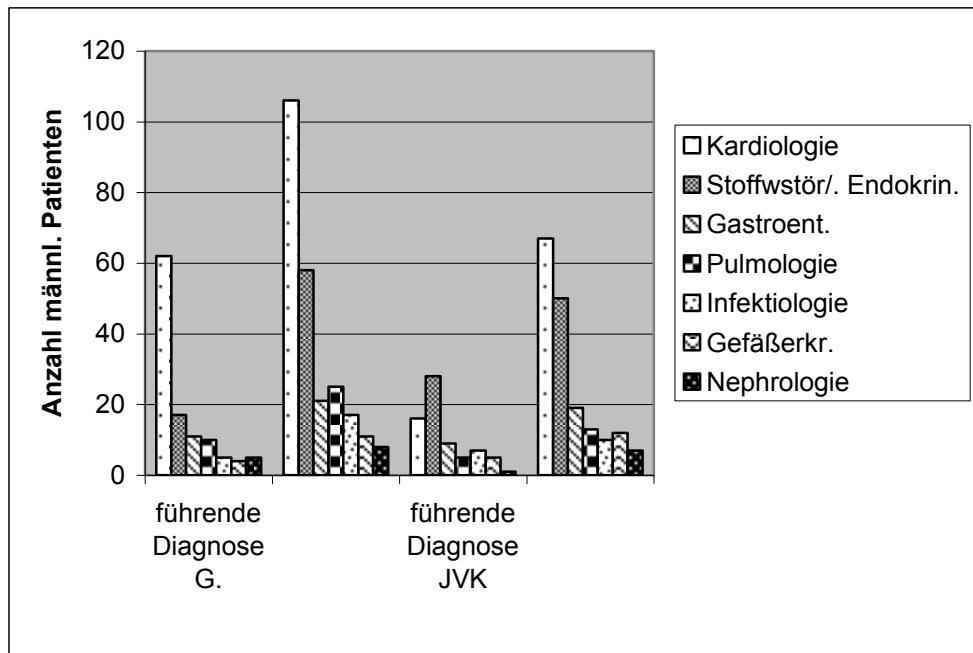


Abbildung 9: Verteilung der internistischen Fachbereiche für das männliche Untersuchungskollektiv

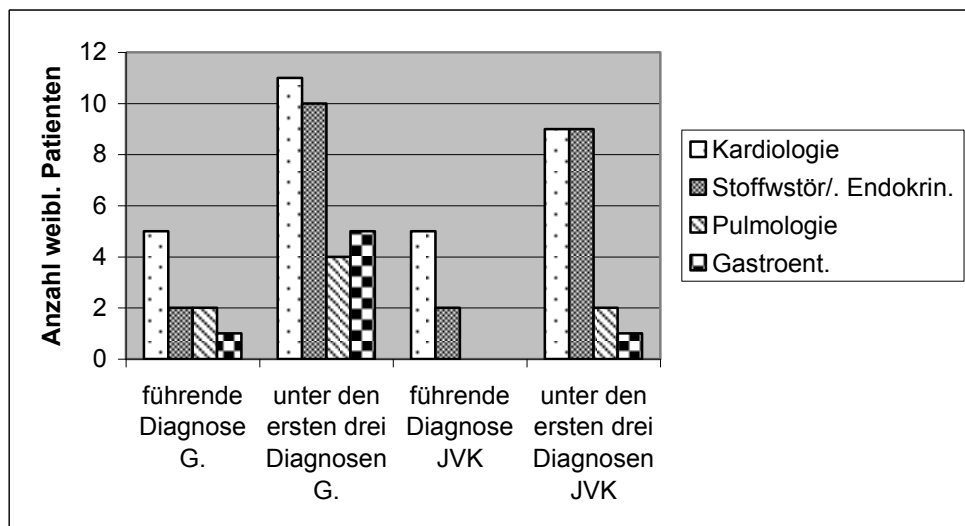


Abbildung 10: Verteilung der internistischen Fachbereiche für das weibliche Untersuchungskollektiv

Ergebnisse Männer

In den externen Gutachten führen kardiologische Erkrankungen deutlich mit 54% aller internistischen Hauptdiagnosen, es folgen mit 15% Stoffwechsel- und endokrinologische Erkrankungen. Gastroenterologische und pulmonologische Diagnosen erreichen gemeinsam 18%. Geringe Fallzahlen weisen die Bereiche Infektiologie, Angiologie und Nephrologie auf (jeweils weniger als 5%). Es findet sich nur eine rheumatologische Hauptdiagnose und keine Hauptdiagnosen für das allergologische und das hämatologische Stoffgebiet. Betrachtet man die Verteilung

unter Berücksichtigung der nachgeordneten weiteren Diagnosen kommt es zu keiner wesentlichen Veränderung.

Die Verteilung der Hauptdiagnosen in den Ergebnissen des JVKs unterscheidet sich von der Verteilung in den externen Gutachten in der Reihenfolge für die ersten beiden Diagnosegruppen Endokrinologie und Stoffwechselstörungen (38%) und Kardiologie (22%). Nachgeordnet sind mit jeweils 9 und 7 Diagnosen (gemeinsam 19%) Gastroenterologie und Infektiologie, jeweils 5 Diagnosen (je 6,8%) entstammen dem pulmologischen und dem angiologischen Fachbereichen. In den Bereichen Nephrologie, Hämatologie und Allergologie liegt jeweils eine Hauptdiagnose vor. In der Betrachtung auch der nachgeordneten Diagnosen gleicht sich die Verteilung den Ergebnissen der externen Gutachten an. Die meisten Diagnosen finden sich dann ebenfalls im Gebiet der Kardiologie, siehe auch Abb. 10.

Ergebnisse Frauen

Bei den Frauen gibt es in den externen Gutachten 13 internistische Hauptdiagnosen. Jeweils 2 Diagnosen finden sich für die Fachbereiche Stoffwechselstörungen und Endokrinologie, Pulmologie und Nephrologie und jeweils eine für die Bereiche Gastroenterologie und Angiologie. Im JVK gibt es 5 Hauptdiagnosen für das kardiologische Fachgebiet und zwei für das Gebiet Endokrinologie und Stoffwechselstörungen. In der Zusammenschau aller Diagnosen kristallisieren sich diese beiden Gebiete wie in den Ergebnissen der Männer als führend heraus.

2.2.3.2.1. Herz-Kreislauf-Erkrankungen und endokrinologische Erkrankungen

Herz-Keislauf-Erkrankungen und endokrionologische Erkrankungen/ Stoffwechselekrankungen machen als Hauptdiagnosen bei den Männern 69% in den externen Gutachten-Ergebnissen und 60% in den JVK-Ergebnissen, bei den Frauen 54% und 100% aus.

Zur Unterteilung der Diagnosegruppen sei erklärend vorausgeschickt:

- Unabhängig vom individuellen Schweregrad wurden alle entsprechenden Diagnosen in der Gruppe „Koronare Herzkrankheit (KHK) und/ oder Herzinfarkt“ (HI) zusammengefasst. Von der Unterteilung mit oder ohne

Herzinfarkt als separate Gruppen wurde abgesehen, da es sich häufig um unpräzise Angaben handelte.

- Aus dem gleichen Grund wurden alle Diabetes mellitus-Diagnosen, unabhängig von der Insulinpflichtigkeit oder Grad der Ausprägung zusammengefasst.
- Beim Hypertonus handelt es sich in den meisten Fällen um essentiellen Hypertonus, in seltenen Fällen lag eine sekundäre Genese vor.

Ergebnisse Männer

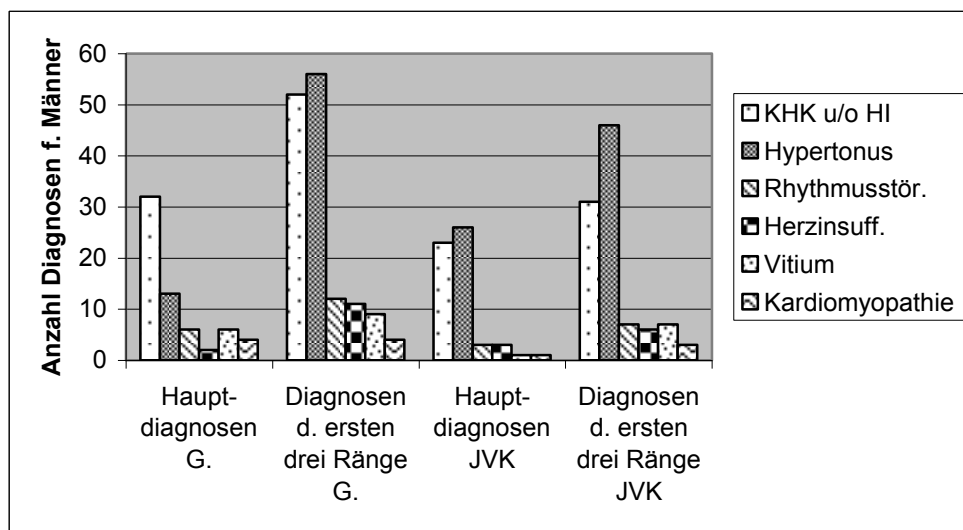


Abbildung 11: Diagnosenverteilung des Fachbereichs Kardiologie für das männliche Untersuchungskollektiv

Deutlich führen in den Ergebnissen der Männer in allen Einteilungen die KHK und der Hypertonus, sämtliche anderen Erkrankungen liegen weit zurück. Während in den externen Gutachten die KHK und/oder Herzinfarkte als Hauptdiagnosen an erster Stelle stehen (47%) und mehr als doppelt so häufig genannt werden wie der Hypertonus (20%), führt in den Ergebnissen des JVKs die Diagnose Hypertonus (46%). Geringe Diagnosenzahlen finden sich für Herzrhythmusstörungen, Herzinsuffizienz, Kardiomyopathien und Herzvitien.

In den Zusammenfassungen der ersten drei Diagnosen überwiegt in beiden männlichen Untersuchungskollektiven die Gruppe der hypertensiven Erkrankung. Es zeigt sich (Abb. 11), dass die Diagnosen koronare Herzkrankheit und Hypertonus unter den kardiologischen Erkrankungen führend sind.

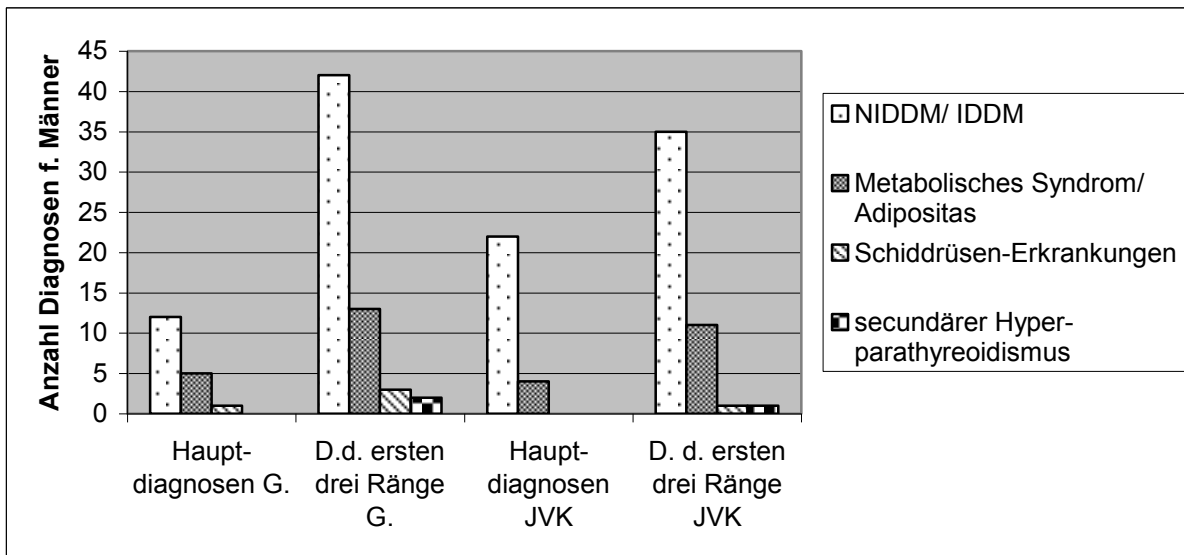


Abbildung 12: Diagnosenverteilung der Bereiche Endokrinologie und Stoffwechselstörungen für das männliche Untersuchungskollektiv

Für die Fachgebiete Endokrinologie und Stoffwechselstörungen ergibt sich ebenfalls ein eindeutiges Bild. Die Diagnose Diabetes mellitus dominiert alle Einteilungen wie Abb. 12 zeigt. Als Hauptdiagnose wird der Diabetes trotz geringerer Patientenzahl im JVK doppelt so häufig wie in den externen Gutachten genannt: 12 Diagnosen (63%) in den Gutachten- und 22 (85%) in den JVK-Ergebnissen. Dass es zu Hauptdiagnosennennungen bei der Gruppe Metabolisches Syndrom/ Adipositas kommen kann (5 Diagnosen in den externen Gutachten, 4 im JVK), mag auf den ersten Blick überraschen. Es handelt sich durchweg um Patienten mit Adipositas per magna, die in diesen Fällen tatsächlich als körperliche Behinderung wahrgenommen werden kann und entsprechender besonderer Ausstattung bedarf (extra Bett, pflegerische Betreuung z. B. Hilfe beim Waschen/ Ankleiden).

Bei der Diagnose sekundärer Hyperparathyreoidismus handelte es sich immer um Patienten mit Niereninsuffizienz, bei der Hauptdiagnose aus dem Bereich der Schilddrüsenerkrankungen handelt es sich um ein mehrere Jahre zurückliegendes Malignom, das im JVK nachrangig bewertet wurde (s. Abb. 12).

Ergebnisse Frauen

Tendenziell sind die Ergebnisse des weiblichen Kollektivs ähnlich denen des männlichen bei wesentlich geringerer Gesamtzahl.

Für das kardiologische Fachgebiet ergeben sich folgende Zahlen: Koronare Herzkrankheit mit jeweils 3 und hypertensive Erkrankung mit jeweils 2 Hauptdiagnosen in den externen Gutachten- und in den JVK-Ergebnissen. Weitere

kardiologische Erkrankungsgruppen werden erst in den nachgeordneten Diagnosen genannt, es führt dann als Diagnosegruppe die hypertensive Erkrankung mit jeweils 7 Fällen. Im Bereich Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen wird als Hauptdiagnose nur Diabetes mellitus mit jeweils zwei Fällen aufgeführt. Unter Einbeziehung der Folgediagnosen steigen diese Zahlen auf 4 Fälle in den externen Gutachten und 7 im JVK.

2.2.3.2.2. Ergebnisse für Hypertonus, KHK und Diabetes mellitus

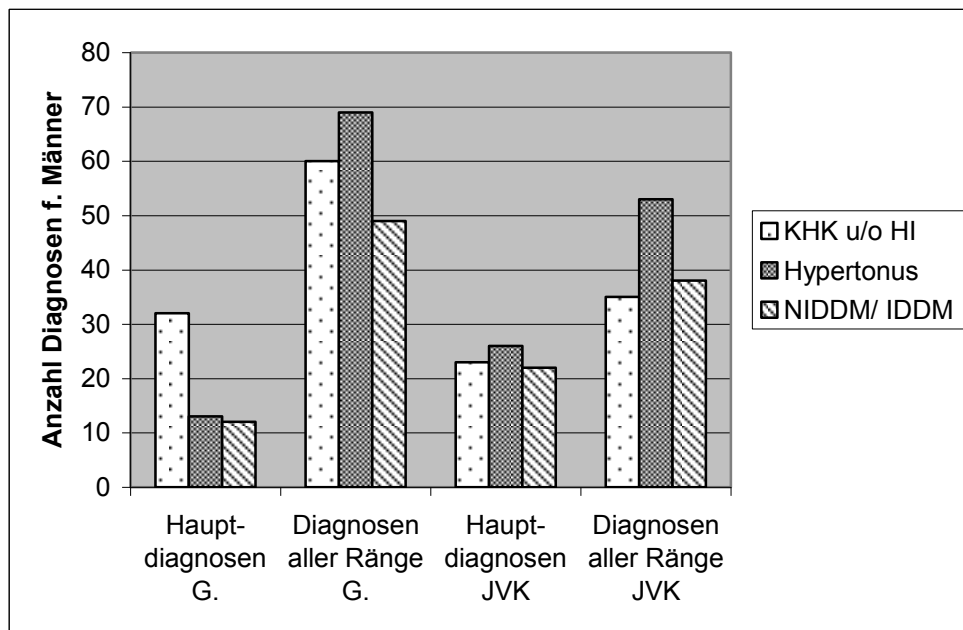


Abbildung 13: Häufigkeit der führenden internistischen Diagnosen für verschiedene Bezugsgruppen des männlichen Untersuchungskollektivs

Auffallend in den Ergebnissen der Männer ist die Umkehrung der Rangfolge der führenden kardiologischen Hauptdiagnosen in der Gruppe der Gutachten- und der JVK-Patienten. Im JVK ergeben sich bei kleinerem Untersuchungskollektiv außerdem teilweise höhere Fallzahlen für die Hauptdiagnosen als in den Ergebnissen der externen Gutachten.

Ergebnisse für die Hauptdiagnosen im Einzelnen: für die Hauptdiagnose koronare Herzkrankheit 32 Diagnosen in den externen Gutachten, 23 im JVK, hypertensive Erkrankung 13 Diagnosen in den externen Gutachten, 26 im JVK, Diabetes mellitus 12 Diagnosen in den externen Gutachten, 22 im JVK.

Bei der Darstellung der Gesamtdiagnosen bleibt die Verhältnismäßigkeit zwischen Gutachten und JVK ähnlich der Darstellung der ersten drei Diagnosen (Abb. 13).

Die prozentualen Werte lassen sich der Tabelle 3 entnehmen (bezogen auf alle männlichen Gutachten (234)- und JVK-Patienten (136)):

Tabelle 3: Prozentuale Verteilung der führenden internistischen Diagnosen des männlichen Untersuchungskollektivs

		KHK m/o HI	Hypertonus	IDDM/ NIDDM
Gutachten	Haupt-D.	13,7%	5,6%	5,1%
	Sämtl. D.	25,6%	29,5%	21%
JVK	Haupt-D.	16,9%	19,1%	16,2%
	Sämtl. D.	25,7%	39,0%	27,9%

Die anteilige Verteilung aller Diagnosen für KHK m/o HI (koronare Herzkrankheit mit/ ohne Herzinfarkt) ist für die Gutachten- und die JVK-Patienten gleich (25,6% und 25,7%).

Prozentual höhere Ergebnisse in der Gruppe der JVK-Patienten für die Diagnosen Hypertonus (39% versus 29,5%) und Diabetes mellitus (27,9% versus 21%) sind am ehesten auf das Screeningverfahren im JVK zurückzuführen. Routinemäßig wird bei Aufnahme ein Ruhe-EKG durchgeführt sowie regelmäßige Blutdruckkontrollen und die Abnahme eines „internistischen Labors“. Bei Auffälligkeiten erfolgt entsprechende Diagnostik. So lässt sich der relativ höhere Anteil durch Neudiagnosen erklären.

2.2.3.2.3. Erkrankungen in den weniger bedeutsamen internistischen Fachbereichen

Da es sich nur um geringe Fallzahlen handelt, werden die Ergebnisse auf die Hauptdiagnosen beschränkt. In Klammern werden gegebenenfalls die Fallzahlen für die ersten drei Diagnosen angegeben. Die im Folgenden aufgeführten Zahlen können nicht direkt aufeinander bezogen werden. Bedacht werden sollte, wie bereits erwähnt, dass gleiche Diagnosen in den verschiedenen Kollektiven nicht zwingend den gleichen Patienten zuzuordnen sind. Zu bedenken ist ebenfalls, dass unterschiedliche Wertungen der Rangfolge erfolgten und es in der Dokumentation

der externen Gutachten und der Briefe des JVKs manchmal zu Auslassungen von Diagnosen kam.

Ergebnisse Männer

Lungenerkrankungen

In den Ergebnissen für die externen Gutachten führte die COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung) mit 4 (13) Fällen vor dem Schlafapnoesyndrom, 3 (6) Fälle. Die Notwendigkeit eines C-PAP-Geräts (continuous positive airflow pressure) wurde extern häufig als unvereinbar mit der Haftsituation gewertet. Im JVK traten 4 Patienten mit Schlafapnoesyndrom zur Haftfähigkeitsprüfung an, davon 3 mit C-PAP-Gerät. Sie wurden alle für haftfähig befunden und vom JVK aus in andere Haftanstalten verlegt. Viermal lag gemäß externen Gutachten eine aktuelle maligne Lungenerkrankung vor. Keiner dieser Patienten trat im JVK an. Bei drei dieser Patienten empfahl das JVK nach Aktenlage einen Haftaufschub. Ein Patient wurde bei fortgeschrittener infauster Prognose für dauerhaft haftunfähig gehalten.

Gastroenterologie

Die Diagnose Leberzirrhose wurde in den externen Gutachten 3 (8) Mal genannt, in den Ergebnissen des JVKs einmal (5). Im JVK wurden dagegen Pankreatitiden häufiger aufgeführt als in den externen Gutachten. Von drei Patienten mit malignen Erkrankungen in den Gutachten-Ergebnissen traten zwei im JVK zur Haftprüfung an und wurden als haftfähig weiterverlegt.

Infektionserkrankungen

Es handelte sich fast ausschließlich um Erkrankungen die im Rahmen von intravenösem Drogenabusus auftraten. In den Gutachten wurde HIV viermal (8) aufgeführt, im JVK traten fünf HIV-Kranke an und wurden als haftfähig in andere Anstalten verlegt. Hepatitis C wurde in den Gutachten einmal (12), im JVK zweimal (8) genannt.

Gefäßkrankungen

Generalisierte Arteriosklerose oder fortgeschrittene PAVK (periphere arterielle Verschlusskrankheit) wurden in den externen Gutachten viermal (11), im JVK fünfmal (6) genannt. Eine Falldarstellung findet sich unter 2.2.5.1..

Nierenerkrankungen ließen sich auf die Diagnosen Niereninsuffizienz mit Dialysepflichtigkeit reduzieren. Dabei waren unter den ersten drei Diagnosen in den externen Gutachten drei Fälle, im JVK zwei. Im JVK erfolgt die Dialyse auswärts. Zur Bewertung der Haftfähigkeit durch das JVK bei Dialysepflichtigkeit siehe auch 2.2.6.1.

Als **Rheumatische Erkrankungen** wurden systemischer Lupus erythematodes und fortgeschrittene chronische Polyarthritiden genannt. Unter **allergische Erkrankungen** fielen eine Lebensmittel- und eine Hausstauballergie, diese Patienten wurden wie drei weitere mit allergischen Erkrankungen für haftfähig gehalten und vom JVK mit entsprechender Empfehlung (z. B. Diätkost) in normale Haftanstalten verlegt.

Wesentliche **hämatologische Erkrankungen** kamen nicht vor.

Ergebnisse Frauen

Angesichts der geringen Zahlen werden nur die Hauptdiagnosen genannt.

Ergebnisse der externen Gutachten: Jeweils eine Diagnose: kleinzelliges Lungen-Carzinom, terminale Niereninsuffizienz mit Dialysepflichtigkeit und diversen Folgeerkrankungen, chronische Pankreatitis, fortgeschrittene PAVK und eine HIV-Erkrankung.

Die drei Patientinnen mit den erstgenannten Diagnosen sind zur Haftprüfung nicht angetreten, da das JVK Pflegebedürftigkeit sah und diese für Frauen in Haft nicht möglich ist. Die anderen Patientinnen erachtete das JVK für „haftprüfungsg geeignet“. Sie erschienen allerdings nicht zur Haftprüfung im JVK.

In allen anderen Fachbereichen gab es keine Hauptdiagnosen.

Im JVK gab es neben den oben genannten Diagnosen im kardiologischen und endokrinologischen Bereich (2.2.3.2.) keine weiteren Hauptdiagnosen in den internistischen Fachbereichen.

2.2.3.3. Psychiatrische Erkrankungen

Die psychiatrischen Erkrankungen machen bei den Männern mit externen Gutachten 33% (JVK 24%), bei den Frauen 44% (JVK 42%) aller Hauptdiagnosen aus. Diese Zahlen ergeben sich aus der Übersicht aller medizinischen Fächer (s. 2.2.3.1.). Im Folgenden werden die Zahlen für Hauptdiagnosen geringfügig höher sein, da psychiatrische Diagnosen als Hauptdiagnosen häufig als gleichwertige

Mehrfachdiagnosen geführt wurden z. B. „Borderline-Persönlichkeitsstörung mit exzessivem Alkoholabusus“.

Die Diagnosengruppen konnten nicht medizinisch exakt z. B. nach dem ICD 10 codiert werden, da die Angaben teilweise zu ungenau oder „übergenu“ waren. Zur Orientierung:

- Unter „Depression“ werden alle Diagnosen aufgeführt, die jeweils so bezeichnet wurden, egal welchen Schweregrades und obwohl dem Kontext manchmal zu entnehmen war, dass es sich eher um „reaktive Niedergeschlagenheit“ handelte.
- Da Suizidalität immer im Zusammenhang mit anderen psychiatrischen Diagnosen genannt wurde, häufig aber nur angekündigt wurde für den Fall der Inhaftierung, floss sie ein in die jeweils mit genannten übergeordneten Krankheitsbilder, im wesentlichen „Depression“ und „Persönlichkeitsstörungen“. Wegen des großen Stellenwerts in der vollzuglichen Praxis werden die Zahlen separat aufgeführt.
- Psychotische Erkrankungen waren in erster Linie Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises, selten auch drogeninduzierte Psychosen.
- Hirnorganische Störungen waren z. B. frühkindliche Störungen, Z. n. Enzephalitis, Korsakoff-Syndrom, Z. n. Hirntumor mit Persönlichkeitsveränderung etc., keine „Altersdemenz“ oder Alzheimererkrankung. Diese Diagnosen wurden dem Fach Neurologie zugeordnet.

Ergebnisse Männer

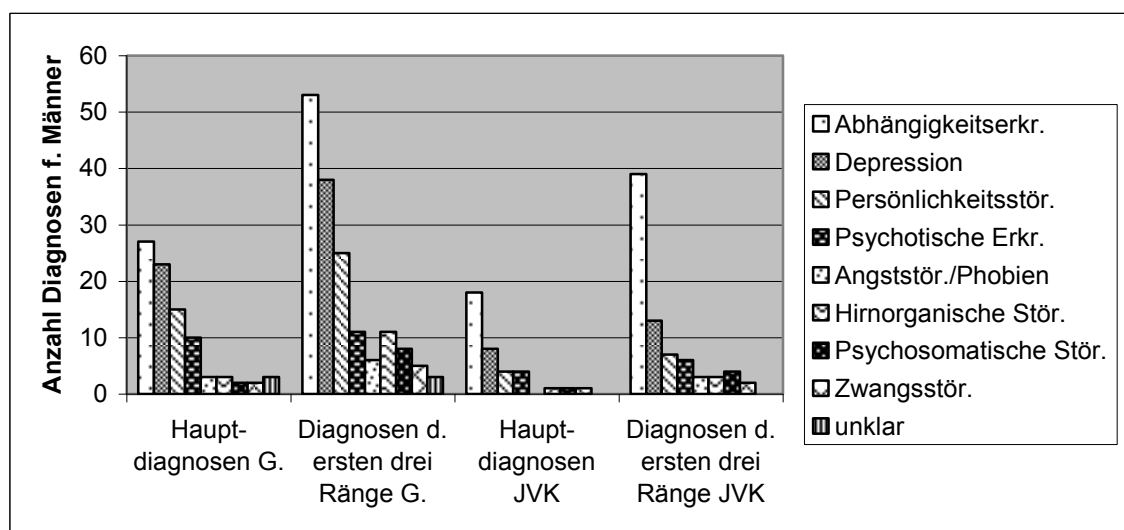


Abbildung 14: Verteilung der psychiatrischen Diagnosen für das männliche Untersuchungskollektiv

Die größte Gruppe nehmen die Abhängigkeitserkrankungen mit 31% aller psychiatrischen Hauptdiagnosen in den externen Gutachten ein, es folgen depressive Störungen (26%), Persönlichkeitsstörungen (17%) und psychotische Erkrankungen (11%). Alle andern Erkrankungsgruppen liegen jeweils unter 5%. Im JVK führen ebenfalls die Abhängigkeitserkrankungen mit 49%, dann depressive Störungen (22%). Jeweils 11% entfallen auf Persönlichkeitsstörungen und psychotische Erkrankungen. Geringe Zahlen ergeben sich für die Gruppen Angststörungen/ Phobien, hirnorganische Störungen, psychosomatische Störungen und Zwangsstörungen.

Bezieht man die Ergebnisse auf das Kollektiv der männlichen „Gutachten-Patienten“ (234) und der JVK-Patienten (136), ergeben sich die in der Tabelle 4 aufgeführten Zahlen.

Tabelle 4: Prozentuale Verteilung der psychiatrischen Diagnosen für das männliche Untersuchungskollektiv

		Abhängigkeits-Erkr.	Depression	Persönlichkeitsstör.	Psychotische Erkr.	Hirnorganische Erkr.	Psychosomatische Erkr.	Angst-Stör./ Phobien
Gutachten	Haupt-D.	11,5%	9,8%	6,4%	4,3%	1,3%	0,9%	1,3%
	Sämtl. D.	28,6%	21,4%	11,5%	6%	4,7%	3,8%	3,8%
JVK	Haupt-D.	13,2%	5,9%	2,9%	2,9%	0,7%	0,7%	0%
	Sämtl. D.	37,5%	16,9%	8,8%	5,1%	2,9%	2,9%	2,9%

Gemäß den Ergebnissen der externen Gutachten haben 28,6% aller begutachteten Patienten eine Abhängigkeitserkrankung, 21,4% leiden an einer depressiven Störung, 11% an einer Persönlichkeitsstörung und 6% an einer psychotischen Störung. In den Ergebnissen des JVKs sind die Anteile für Abhängigkeitserkrankungen mit 37,5% höher als im Kollektiv der extern Begutachteten, in allen anderen Gruppen niedriger: 16,9% mit einer depressiven Störung, 8,8% mit einer Persönlichkeitsstörung, 5,1% mit einer psychotischen Erkrankung.

Ergebnisse Frauen

Im weiblichen Kollektiv verteilen sich die psychiatrischen Diagnosen gleichmäßiger auf alle Erkrankungsgruppen. Angststörungen und Phobien, die beim männlichen Kollektiv nur von untergeordneter Bedeutung waren, nehmen hier die ersten Ränge ein zusammen mit Abhängigkeitserkrankungen, depressiven Störungen Persönlichkeitsstörungen und psychosomatischen Erkrankungen. Auch hier sind die Zahlen für Abhängigkeitserkrankungen in den Ergebnissen des JVKs höher als in denen der externen Gutachten. Angesichts der geringen Zahlen (insgesamt 22 Hauptdiagnosen in den externen Gutachten und 10 in den Ergebnissen des JVKs) ist die Repräsentativität geringer zu werten.

Die prozentuale Verteilung psychiatrischer Diagnosen bezogen auf jeweils alle Gutachten-Patientinnen und JVK-Patientinnen ist der Tabelle 5 zu entnehmen:

Tabelle 5: Prozentuale Verteilung der psychiatrischen Diagnosen für das weibliche Untersuchungskollektiv

		Abhängig- keits-Erkr.	Angststör./ Phobien	Depression	Persönlich- keitsstör.	Psychosoma- tische Erkr.
Gutachten	Haupt-D.	5%	10%	7,5%	10%	5%
	Sämtl. D.	15%	27,5%	20%	10%	10%
JVK	Haupt-D.	10,5%	10,5%	5%	10,5%	10,5%
	Sämtl. D.	42%	16%	26%	16%	16%

Gemäß den externen Gutachten-Ergebnissen leiden 27,5% aller begutachteten Frauen an einer Angststörung oder Phobie, 20% haben ein depressive Erkrankung, 15% eine Abhängigkeitserkrankung und jeweils 10% eine Persönlichkeitsstörung oder psychosomatische Beschwerden. Im JVK wurde bei 42% eine Abhängigkeitserkrankung diagnostiziert. 26% litten den Ergebnissen zufolge an einer Depression, bei jeweils 16% lag eine Angststörung oder Phobie, eine Persönlichkeitsstörung oder psychosomatische Erkrankung vor.

Vergleich der Ergebnisse für Männer und Frauen

Insgesamt ergibt sich für Frauen ein höherer Anteil psychiatrischer Erkrankungen als für Männer. Bei Männern werden in den externen Gutachten prozentual mehr Abhängigkeitserkrankungen aufgeführt als bei den Frauen (28,6% und 15%). Vor allem Angst- und phobische Störungen, psychosomatische Beschwerden, aber auch Persönlichkeitsstörungen werden bei Frauen häufiger diagnostiziert.

Ein Vergleich der Ergebnisse des JVKs ist nicht angebracht, da bei den Frauen eine Diagnose zahlenmäßig bereits 5% bedeutet, während bei den Männern 7 Diagnosen gerade einmal 5 % entsprechen.

2.2.3.3.1. Suizidalität

Bei 8,5% (20 Personen) der Männer lag gemäß den Ergebnissen der externen Gutachten Suizidalität vor oder war bei Haftantritt zu erwarten. Bei drei Frauen wurde in den externen Gutachten von Suizidalität ausgegangen. Bei den Frauen wurde im JVK keine akute Suizidalität diagnostiziert, sondern in allen drei Fällen „Zustände nach zahlreichen Suizidversuchen in der Vergangenheit“ als nachgeordnete Diagnosen aufgeführt.

Bei 2 der 20, laut externen Gutachten potenziell suizidgefährdeten Männern, wurden Suizidversuche dokumentiert. Ein Versuch erfolgte im JVK durch einen pflegebedürftigen Patienten, der sich endlich mit der Haftsituation abgefunden hatte, dann aber sehr lang auf die Verlegung warten musste und dies nicht auszuhalten meinte. Der Versuch wurde vom Psychologen des JVKs als „echter“ Suizidversuch gewertet. Der andere Versuch erfolgte durch einen anderen Patienten in einer JVA, also bereits nach Verlegung aus dem JVK, mittels Tabletten. Der konsiliarische Psychiater der Anstalt wertete dies als „Agieren bei ausgeprägter narzisstischer Persönlichkeitsstörung“ (Falldarstellung unter 2.2.5.1.).

2.2.3.3.2. Abhängigkeitserkrankungen

Eine exakte Auswertung der Abhängigkeitserkrankungen ist nicht möglich, da sie häufig nicht spezifiziert wurden. Differenziert wurde gemäß den erhebbaren Daten. Aus den Unterlagen geht hervor, dass Opiatabhängigkeit und Polytoxikomanie meist nicht unterschieden wurden. Medikamentenabhängigkeit schien nur separat aufgeführt zu werden, wenn keine weitere Abhängigkeit vorlag.

Grundsätzlich ist bei Abhängigkeitserkrankungen eine erhöhte Komorbidität zu erwarten. Abhängig von der Art der Erkrankung gibt es vermehrt Leberfunktionsstörungen, infektiöse Hepatitiden, HIV, Diabetes mellitus nach alkoholtoxischer Pankreatitis, Gefäßerkrankungen bis hin zu Herzinfarkten, Schlaganfällen und Amputationen im Zusammenhang mit Streuabszessen bei intravenösem Drogenabusus etc.

Die Ergebnisse sind entsprechend kritisch zu bewerten, denn in vielen Fällen handelt es sich um Patienten mit schweren Begleiterkrankungen im oben genannten Sinne.

Ergebnisse Männer

In der prozentualen Verteilung bezogen auf jeweils alle männlichen Gutachten- und JVK-Patienten ergeben sich die in Tabelle 6 aufgeführten Zahlen:

Tabelle 6: Prozentuale Verteilung der Abhängigkeitserkrankungen für das männliche Untersuchungskollektiv

		Polytoxikomanie	Alkoholkrankheit
Gutachten	Haupt-D.	7,3%	3,8%
	Sämtl. D.	14,5%	15%
JVK	Haupt-D.	5,1%	8,8%
	Sämtl. D.	16,9%	22%

7,3% aller Hauptdiagnosen in den externen Gutachten entfallen auf multiplen Suchtmittelabusus und überwiegen den Anteil der Alkoholerkrankungen (3,8%). Im JVK kommt es zu einer umgekehrten Rangfolge: 8,8% für Alkoholabhängigkeit und 5,1% für Polytoxikomanie. Unabhängig von der Rangfolge wurde eine Alkoholabhängigkeit bei 15% der Gutachten- und bei 22% der JVK-Patienten dokumentiert. Nur sehr geringe Zahlen ergaben sich für Medikamentenabhängigkeit, 1,3% insgesamt in den externen Gutachten, 2,2% im JVK. Bei einem Patient lag laut externem Gutachten eine Spielsucht vor. Im JVK wurden in relativen und absoluten Zahlen mehr Diagnosen für Alkoholabhängigkeit festgestellt als in Freiheit in den externen Gutachten.

Als Erklärung liegt nahe, dass Abhängigkeitserkrankungen in Freiheit seltener genannt und erkannt werden.

Ergebnisse Frauen

Beim weiblichen Kollektiv wird in vier Fällen (10%) in den externen Gutachten Alkoholabhängigkeit festgestellt, einmal Polytoxikomanie und einmal Medikamentenabhängigkeit. Im JVK wird bei drei Frauen eine Alkoholkrankheit (15%), bei einer eine Polytoxikomanie und bei vier Medikamentenabhängigkeit festgestellt.

2.2.3.4. Neurologische Erkrankungen

In der Einteilung der Diagnosen entfallen auf die Gruppe Epilepsie/ Krampfeignisse auch generalisierte Anfälle nichtorganischer Genese (häufig psychogen). Die sehr verschiedenen Krankheitsbilder wurden trotz heterogener Genese zusammengefasst, da vollzuglich der Umgang mit dieser Patientengruppe weitgehend gleich ist (1.2.3.), weil immer von erhöhtem Verletzungsrisiko infolge eines Sturzes ausgegangen wird. Zudem ist es für den Laien und nicht selten auch für den Fachmann schwierig im akuten Ereignis zwischen psychogen und organisch verursachten Anfällen zu unterscheiden. Nicht einbezogen wurden entzugs-assoziierte Krampfanfälle.

Ergebnisse Männer

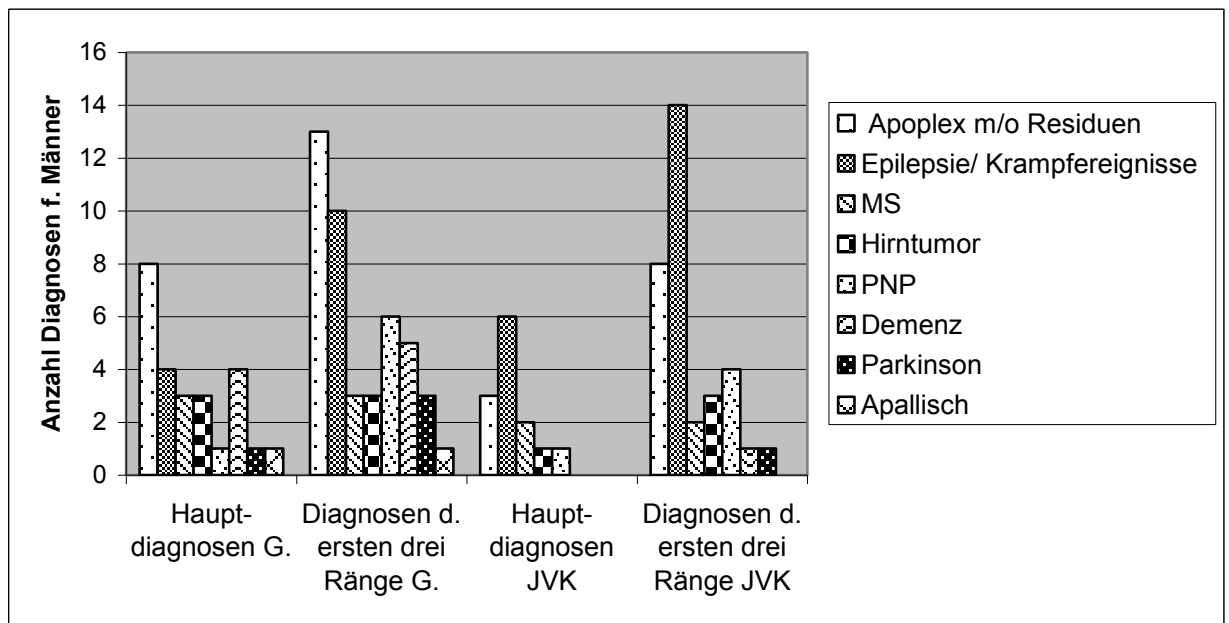


Abbildung 15: Verteilung der neurologischen Diagnosen für das männliche Untersuchungskollektiv

Die prozentuale Verteilung bezogen auf jeweils alle Gutachten- und JVK-Patienten ist der Tabelle 7 zu entnehmen.

Tabelle 7: Prozentuale Verteilung der neurologischen Diagnosen für das männliche Untersuchungskollektiv

		Apoplex m/o Residuen	Epilepsie/ Krampfereignisse
Gutachten	Haupt-D.	3,4%	1,7%
	Sämtliche D.	6,4%	5,6%
JVK	Haupt-D.	2,2%	4,4%
	Sämtliche D.	9,6%	10,3%

Es führen in beiden männlichen Untersuchungskollektiven die Diagnosen „stattgehabter Apoplex mit/ ohne Residuen“ und „Epilepsie/ Krampfereignisse“. Bei 8 Patienten wird in den externen Gutachten ein Apoplex, bei 4 eine Epilepsie als mit der Haft nicht vereinbare Hauptdiagnose aufgeführt. Im JVK werden als Hauptdiagnose dreimal ein stattgehabter Apoplex, sechs Mal Krampfereignisse genannt. Mehrere Patienten mit der Diagnose Apoplex in den externen Gutachten sind aus verschiedenen Gründen im JVK nicht angetreten. Dies erklärt allerdings nicht die relativ und absolut höhere Zahl für Epilepsien und Krampfereignisse in den

Ergebnissen des JVKs. Bei insgesamt 13 Gutachten-Patienten (5,6%) und 14 aller JVK-Patienten (10,3%) wurden Epilepsien bzw. Krampfeignisse diagnostiziert. Geringe Fallzahlen ergaben sich für die Erkrankungen multiple Sklerose, Hirntumoren, Morbus Parkinson, Demenz verschiedener Genese, Polyneuropathie verschiedener Genese und apallisches Syndrom. Bei dem Patient mit apallischem Syndrom erfolgte kein amtsärztliches Gutachten, er wurde nach Aktenlage vom JVK für dauerhaft haftunfähig erklärt. Zu den anderen Erkrankungen finden sich unter 2.2.4.4.ff. einzelne Falldarstellungen im Bezug auf die Haftfähigkeitsbewertung.

Ergebnisse Frauen

Bei den Frauen wurden in den externen Gutachten und dem JVK neurologische Erkrankungen nur als Hauptdiagnosen genannt. Es handelte sich in den externen Gutachten zweimal um Z. n. Apoplex mit Hemiparese, dreimal um Epilepsie/Krampfeignisse und einmal Multiple Sklerose (MS). Im JVK traten von den vorgenannten Patientinnen eine mit Z. n. Apoplex, zwei mit Epilepsie/Krampfeignissen und eine mit MS an.

2.2.3.5. Orthopädische Erkrankungen

Sinnvolle Gruppierungen zu schaffen erwies sich als problematisch. Die große Gruppe der „Wirbelsäulenerkrankungen“ umfasst das ganze Spektrum von Morbus Bechterew über Bandscheibenvorfälle aller Art und Schwere bis zum chronischen Lumbalsyndrom.

Ergebnisse Männer

In den Ergebnissen spiegelte sich letztlich die Volkskrankheit „Rückenbeschwerden“ wider, insbesondere, wenn man sämtliche Patienten betrachtet: externe Gutachten 19,2% (45 Fälle), JVK 29,4% (40 Fälle).

Separat ausgewertet wurde die „Querschnittserkrankung“ wegen der eindeutigen körperlichen Behinderung. In den Gutachten wird diese Diagnose nur als Hauptdiagnose geführt (4 Fälle). Im JVK erschienen 5 Patienten mit Querschnittssyndrom zur Haftfähigkeitsprüfung, einer wurde nach stationärer Begutachtung als haftunfähig in Freiheit entlassen (Falldarstellung unter 2.2.4.4.1.), alle anderen waren haftfähig. Weitere orthopädische Erkrankungen hatten nur geringe Fallzahlen. Auffällig ist, dass in den Ergebnissen der Gutachten neben den

oben genannten Diagnosegruppen alle weiteren Diagnosegruppen nur nachgeordnete Rangfolgen belegten, während im JVK Hauptdiagnosen auch für folgende Erkrankungsgruppen aufgeführt wurden: „degenerative Gelenkserkrankungen“ (2 Fälle), zweimal „Instabile Gelenke“ infolge von Osteomyelitis, davon einmal mit Fixateur externus (Falldarstellung unter 2.2.5.1.), viermal „Deformitäten der Extremitäten“ unterschiedlicher Genese.

Ergebnisse Frauen

Hier gab es in den externen Gutachten nur zwei führende Diagnosen, einmal Gelenksarthrose der Knie und einmal Instabilität des Unterschenkels bei Pseudarthrose. Im JVK erschien mit einer orthopädischen Hauptdiagnose nur eine Patientin mit Z. n. Bandscheibenvorfall und mehreren nachfolgenden Operationen mit bleibenden Schmerzen (Falldarstellung unter 2.2.5.2.). Insgesamt jeweils 20% der „Gutachten“-Patientinnen leiden an einer Wirbelsäulenerkrankung und/ oder einer degenerativen Gelenkserkrankung anderer Gelenke als denen der der Wirbelsäule. Im JVK wurden bei insgesamt 26% der Patientinnen Wirbelsäulenleiden und bei 32% degenerative Erkrankungen anderer Gelenke festgestellt.

2.2.3.6. Chirurgische Erkrankungen

Angesichts geringer Diagnosenzahlen und sehr heterogener Krankheitsbilder erfolgte nur eine oberflächliche Einteilung.

Führende Diagnosen der Männer waren traumatologische Ereignisse (viermal als Hauptdiagnose, insgesamt 19 Fälle in den externen Gutachten). Es handelte sich vor allem um Z. n. Polytrauma und/ oder Schädelhirntrauma. Im JVK traten 5 Männer mit dieser Hauptdiagnose an (insgesamt 18 Patienten). Beinamputiert waren vier Patienten in den externen Gutachten und zwei im JVK. Bei den Gutachten-Patienten wurden 6 Mal Wundheilungsstörungen genannt, im JVK 12 Mal. Drei Hauptdiagnosen im JVK beziehen sich auf proktologische Operationen wegen Hämorrhoiden. Sie wurden nicht aus Gründen der Relevanz für die Haftfähigkeit als Hauptdiagnosen genannt, sondern weil diese Operationen im JVK durchgeführt wurden und im chirurgischen Arztbrief als erste genannt wurden.

Bei den Frauen gab es keine chirurgischen Hauptdiagnosen in den externen Gutachten. Im JVK wurden bei drei Patientinnen folgende Hauptdiagnosen gestellt: einmal Myositis ossificans, zweimal nicht verheilende Ulcera an den Fußknöcheln.

2.2.3.7. Urologie, HNO, Augenheilkunde, Gynäkologie und Dermatologie

Bei geringen Gesamtzahlen (2.2.3.1.) werden hier nur die Hauptdiagnosen in den einzelnen Fächern aufgeführt. Die folgenden Ergebnisse beziehen sich auf das männliche Kollektiv. Für das weibliche Kollektiv ergaben sich keine Hauptdiagnosen in diesen Fächern.

Urologie: in den externen Gutachten wurde einmal benigne Prostatahypertrophie genannt, einmal Z.n Hodencarzinom. Der Patient mit Z.n. Hodencarzinom wurde als haftfähig vom JVK in eine andere JVA verlegt, die Diagnose war im JVK keine Hauptdiagnose. Im JVK wurde einmal „Z. n. Urothelcarzinom“ als Hauptdiagnose aufgeführt. In diesem Fall gab es kein externes Gutachten.

HNO: In den externen Gutachten gab es keine Hauptdiagnose, im JVK wurde einmal eine chronische Sinusitis aufgeführt.

Augenheilkunde: Eine als Hauptdiagnose genannte einseitige Amaurosis wurde im JVK als nachgeordnete Diagnose geführt. Augenheilkundliche Hauptdiagnosen gab es im JVK nicht.

Dermatologie: In den externen Gutachten wurde eine Psoriasis mit Psoriasisarthritis genannt. Im JVK wurden drei Hauptdiagnosen aufgeführt, einmal Psoriasis (gleicher Patient wie in externen Gutachten), zweimal Stauungsekzeme.

2.2.3.8. Zusammenfassung der häufigsten Hauptdiagnosen

Ergebnisse Männer für Hauptdiagnosen

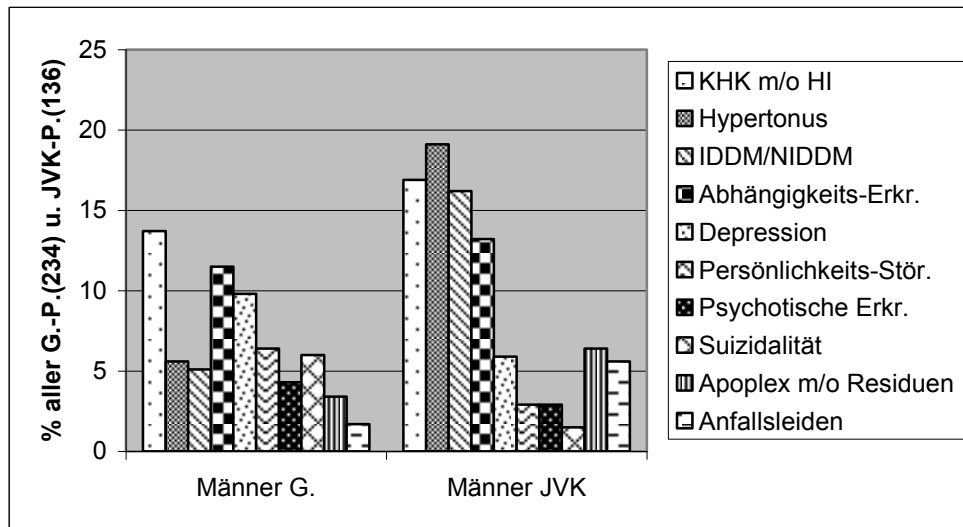


Abbildung 16: Prozentuale Anteile der häufigsten Hauptdiagnosen des männlichen Untersuchungskollektivs

67% der Hauptdiagnosen in den Gutachten und 90% der Hauptdiagnosen im JVK werden durch folgende Diagnosen abgedeckt: Koronare Herzkrankheit, Hypertonus, Diabetes mellitus, Abhängigkeitserkrankungen, Depressive Störungen, Persönlichkeitsstörungen, psychotische Erkrankungen, Suizidalität, Zustand nach Apoplex und Anfallsleiden. Die ersten fünf genannten Diagnosegruppen haben bei den Gutachten-Patienten einen Anteil von 45,5% und bei den JVK-Patienten von 71% der Hauptdiagnosen. Die jeweiligen Prozentangaben sind den Tabellen 3 bis 7 zu entnehmen und der Abbildung 16).

Auf eine Darstellung für Frauen wurde verzichtet, da die Gesamtzahl zu niedrig war. Die für die Männer aufgeführten Diagnosegruppen, die auch für die Frauen weitgehend als Schwerpunkte zutrafen und zusätzlich die Angst- und Panikstörungen machten in den Gutachten einen Anteil von 75% und im JVK einen Anteil von 85% der Hauptdiagnosen aus. Bei den Frauen verteilt sich auf die ersten fünf Kategorien und zusätzlich die Angsterkrankungen ein Anteil von 40% in den Gutachten und 58% im JVK.

2.2.3.9. Betreuende Abteilungen und Liegezeiten

Ergebnisse der Männer

Es traten 136 Männer zur Prüfung der Haftfähigkeit im JVK an. 122 davon auf der internistischen, 14 auf der chirurgischen Station, davon 3 orthopädisch. Der Anteil der angetretenen Männer in Bezug auf sämtliche Männer, deren Haftfähigkeit geprüft werden sollte, betrug 43%.

Für die internistische Abteilung ergeben sich folgende Zahlen: Weniger als 30 Tage blieben 62% der Patienten (15% weniger als 10 Tage), 30 bis 59 Tage 28%, 60 bis 89 Tage 4 %, länger als 90 Tage 5% (längster Aufenthalt 195 Tage, Falldarstellung unter 2.2.4.4.2.). Im Haftverlauf gab es 32 erneute Aufenthalte dieser Patienten im JVK mit einer durchschnittlichen Liegezeit von 26 Tagen.

Von den chirurgischen Patienten hatten 7 Patienten Erstaufenthalte von weniger als 30 Tagen, drei zwischen 30 und 90 Tagen. Ein Patient verbrachte seine gesamte Haftzeit mit einer Dauer von 566 Tagen auf der chirurgischen Station (mit stationären Aufenthalten in auswärtigen Fachabteilungen, Falldarstellung unter 2.2.4.4.2.). 15 Folgeaufenthalte dauerten im Durchschnitt 17 Tage.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der drei orthopädischen Patienten betrug 18 Tage.

Ergebnisse der Frauen

Es traten insgesamt 19 Frauen an, 17 auf der internistischen, 2 auf der chirurgischen Station. Der Anteil der angetretenen Frauen in Bezug auf sämtliche Frauen, deren Haftfähigkeit geprüft werden sollte betrug 31%.

16 Frauen blieben weniger als 30 Tage, der längster Aufenthalt betrug 64 Tage auf der internistischen Station.

Nur 9,7% aller im JVK angetretenen Patienten und Patientinnen wurde von der chirurgischen Abteilung und dem Orthopäden betreut. Der Großteil der stationären Begutachtungen erfolgte auf den internistischen Stationen, z. T. in Zusammenarbeit mit Konsiliarier anderer Fachrichtungen.

2.2.4. Beurteilung der Haftfähigkeit

Nicht immer scheinen nur gesundheitliche Gründe Antrieb zur Haftfähigkeitsprüfung gewesen zu sein. Zur Erklärung erfolgt an dieser Stelle eine Auflistung, warum Menschen aus der vorliegenden Untersuchungsgruppe ihre Haftfähigkeit in Frage stellten oder stellen ließen.

- Schwere Erkrankung, die nur unter besonderen Bedingungen versorgt werden kann oder tatsächlich haftunfähig macht
- Angst vor nicht ausreichender medizinischer Versorgung in Haft
- Unkenntnis der möglichen medizinischen Versorgung in Haft
- Versuch der Verzögerung des Haftantritts aus verschiedenen Gründen
- Fehlende Einsicht in Verurteilung, Versuch sich zu entziehen
- Angst vor der Haft als solcher
- Familiäre Gründe (z. B. pflegebedürftiges Familienmitglied, unklare Versorgung der Kinder, Angst vor Verlust des Partners)
- Berufliche Gründe (Angst vor Verlust des Arbeitsplatzes)
- notwendige anstehende medizinische Maßnahmen, die bisher aus verschiedenen Gründen nicht erfolgten, deren Erledigung der Betroffene aber dem Vollzug nicht zutraut oder überlassen will oder die der Betroffene gar nicht erfolgen lassen will (z. B. Operation eines Bauchaortenaneurysmas)

Auswertungskriterien

Selten erfolgte die externe gutachterliche Einschätzung einer eingeschränkten Haftfähigkeit oder Haftunfähigkeit ohne Begründung. Teilweise wurde Pflegebedürftigkeit gesehen, manchmal wurde der Antritt im JVK empfohlen, da ein Drogenentzug zu erwarten war. Häufig wurde eine erneute Begutachtung empfohlen, da zum Beispiel gerade eine Psychotherapie nicht unterbrochen werden sollte. Oder es standen noch notwendige Untersuchungen/ Behandlungen aus, die besser vor der Inhaftierung erfolgen sollten. Ebenfalls häufig wurden Bedingungskataloge genannt, deren Realitätsnähe unterschiedliche Qualitäten hatte. Zur Verdeutlichung zwei realitätsferne Zitate:

„Es sollte jederzeit ein Arzt sofort zur Verfügung stehen“ und „wenn ein Anstaltsarzt sich nicht in der Lage sieht, einen jederzeit drohenden Herzinfarkt unter Kontrolle zu bringen, ist der Patient nicht haftfähig“. Diese Empfehlungen galten für Patienten, die sich in Freiheit in ambulanter hausärztlicher Behandlung befanden.

Angesichts der großen Variabilität in den externen gutachterlichen Stellungnahmen erfolgte eine raffende Einteilung in fünf Kategorien von „haftfähig“ bis „haftunfähig“. Entscheidend für die Einteilung war, sofern geäußert, die konkrete Aussage der externen Gutachter bezüglich der Haftfähigkeit. Alternativ wurden als notwendig erachtete Bedingungen auf ihre Umsetzbarkeit geprüft. Aussagen wie die oben genannten fielen dann unter die Kategorie „eher haftunfähig“, da die Bedingungen, unabhängig davon, ob tatsächlich notwendig, in Haft kaum umsetzbar sind. Als „weitgehend haftfähig“ wurden Patienten bewertet, deren Antritt in einer normalen JVA unter bestimmten (machbaren) Bedingungen für möglich erachtet wurde. Externe Gutachten, die einen Aufschub empfahlen, entsprachen der Kategorie „haftunfähig“, da offenbar zum Zeitpunkt der Begutachtung keine Haftfähigkeit gesehen wurde.

Die externen Gutachten wurden in drei Gruppen eingeteilt: Als „Einmalgutachten“ wurden Gutachten bezeichnet von Patienten, die nur einmal begutachtet wurden. Bei den „letzten Gutachten“ handelt es sich um die jeweils aktuellsten Gutachten bei mehrfach begutachteten Patienten. Die „Erst- und Zwischengutachten“ sind die diesen vorausgegangenen Gutachten.

Bei Patienten, die vom JVK in eine normale Anstalt verlegt wurden, wurde von Haftfähigkeit ausgegangen.

Ein direkter Vergleich erfolgte nur bei den Patienten, die entweder in der Gruppe der Gutachten-Patienten, oder in der Gruppe der JVK-Patienten für haftunfähig oder „fast haftunfähig“ gehalten wurden und für die Patienten, die das JVK in die Pflegeabteilungen verlegte.

2.2.4.1. Art und Anzahl der externen Gutachten

Von insgesamt 379 externen Gutachten wurden 258 (68%) durch Amtsärzte oder beim Gesundheitsamt tätige Allgemeinärzte, Internisten oder Psychiater erstellt. Bei 82 Gutachten (22%) wurde vom Arzt des Gesundheitsamts ein weiterer Facharzt zur Zusatzbegutachtung gerufen (meist Psychiater). 28 Gutachten (7,5%) wurden durch Fachärzte, die nicht dem Gesundheitsamt angehören erstellt (z. B Rechtsmediziner, Internisten, Psychiater). 10 Gutachten (2,5%) waren Pflegegutachten für Krankenkassen, zur Verhandlungsfähigkeit, oder von Rechtsanwälten in Auftrag gegebene. Dem eingehenden Aktenstudium war zu entnehmen, dass diesen

Gutachten Bedeutung von der Staatsanwaltschaft beigemessen wurde, weshalb sie mit aufgenommen wurden in diese Untersuchung.

2.2.4.2. Beurteilung in den externen Gutachten

Von 314 Männern lag für 234 mindestens ein externes Gutachten (71%) vor. 27 Männer wurden zweimal extern begutachtet, 33 Männer wurden mehr als zweimal extern begutachtet. Von 61 Frauen hatten 42 mindestens ein externes Gutachten (69%). Jeweils zwei externe Gutachten lagen bei 8 Frauen vor.

Die Ergebnisse der Erst- und Zwischengutachten wurden zusammengefasst. Eine differenzierte Auswertung erfolgte von den einmaligen und letzten Gutachten, da dies die aktuellsten waren und meist aufgrund dieser Gutachten Stellungnahmen oder Einladungen des JVKs erfolgten.

Ergebnisse der Erst- und Zwischengutachten

Für die Ergebnisse der Männer gilt, dass die Anzahl der Erst- und Zwischengutachten die Anzahl der Begutachteten übersteigt, da in 33 Fällen mehr als 2 Begutachtungen erfolgten.

39 der 89 Erst- und Zwischengutachten (44%) für das männliche Kollektiv und 4 der 8 Erst- und Zwischengutachten für das weibliche Kollektiv kamen zu dem Ergebnis Haftunfähigkeit. Hinzu kommen 4 Gutachten für Männer und 2 für Frauen, die von weitgehender Haftunfähigkeit ausgehen. In vielen dieser Gutachten wurde Haftaufschub empfohlen, oder Bedingungen, die in Haft (und auch in Freiheit) kaum oder gar nicht umsetzbar waren gefordert. 32 Mal (36%) wurden Männer für eingeschränkt haftfähig gehalten, Frauen zweimal.

Keine Frau wurde für haftfähig oder weitgehend haftfähig gehalten. Die 14 Erst- und Zwischengutachten der Männer, die Haftfähigkeit oder weitgehende Haftfähigkeit erkannten, waren zu alt, weshalb neue Gutachten erforderlich wurden.

Ergebnisse der einmaligen und letzten Gutachten

Es lagen 174 Einmalgutachten und 60 letzte Gutachten für das männliche und 42 Einmal- und letzte Gutachten für das weibliche Kollektiv vor. Die Anzahl der Gutachten entspricht hier der Anzahl Patienten. Nicht kategorisiert werden konnten 9 Gutachten für Männer, da sie unvollständig waren. 2 Gutachten werteten eingeschränkte Verhandlungsfähigkeit, hier geführt unter „eingeschränkt haftfähig“.

Ein Gutachten war offenbar ein Gefälligkeitsgutachten für den Rechtsanwalt, das Haftunfähigkeit bescheinigte. Bei den Frauen gab es einen psychiatrischen Arztbrief, der inhaltlich als „weitgehend haftunfähig“ zu werten war.

Bei den Männern wird in 88 Einmalgutachten (53%) und 34 letzten Gutachten (60%) von eingeschränkter Haftfähigkeit ausgegangen. Volle oder weitgehende Haftfähigkeit wird in 42 Einmalgutachten (25%) und 15 letzten Gutachten (27%) festgestellt. 12% der Einmalgutachten und 11% der letzten Gutachten befinden Haftunfähigkeit.

In 18 der 42 einmaligen und letzten Gutachten (43%) für Frauen wird von eingeschränkter Haftfähigkeit ausgegangen. 4 Gutachten (10%) kommen zum Ergebnis der vollen Haftfähigkeit, 8 Gutachten (19%) zum Ergebnis, dass Haftunfähigkeit vorliege. In jeweils 6 Gutachten (je 14%) wird von weitgehender Haftfähigkeit oder weitgehender Haftunfähigkeit ausgegangen. Die Ergebnisse sind tendenziell ähnlich den Ergebnissen für Männer in den „Einmalgutachten“.

Der Tabelle 8 sind im Überblick die prozentualen Ergebnisse für das männliche Kollektiv zu entnehmen.

Tabelle 8: Prozentuale Verteilung der Ergebnisse für die externe Haftfähigkeitsbewertung des männlichen Untersuchungskollektivs

	Haftfähig	Weitgehend haftfähig	Eingeschränkt haftfähig	Weitgehend haftunfähig	Haftunfähig
Erst-/ Zwischen- G.	7%	9%	36%	4%	44%
Letztes G.	16%	11%	60%	2%	11%
Einmal-G.	5%	20%	53%	10%	12%

In den Letzten- und Einmalgutachten des männlichen Kollektivs wird am häufigsten eingeschränkte Haftfähigkeit festgestellt (60% und 53%). In den Erst- und Zwischen-Gutachten überwiegt das Ergebnis Haftunfähigkeit (44%).

In den letzten Gutachten werden nur 13% für weitgehend bis gar nicht haftfähig gehalten, in den Einmalgutachten sind es 22%. Für die Erst- und Zwischengutachten zeigt sich eine tendenzielle Bewertung von der eingeschränkten Haftunfähigkeit zur vollen Haftunfähigkeit. In der Auswertung der letzten Gutachten zeigt sich eine

umgekehrte Tendenz. Bei deutlich geringeren Fallzahlen ergeben sich ähnliche Ergebnisse für die externe gutachterliche Bewertung der Frauen.

Nach Wertung in den einmaligen und letzten Gutachten konnten ca. 25% der Männer und 24% der Frauen weitgehend bedenkenlos die Haft in einer normalen Anstalt antreten. Mehr als die Hälfte der Männer und 43% der Frauen wurde für eingeschränkt haftfähig gehalten, bedurften also besonderer medizinischer Betreuung, Abklärung oder Unterbringung. 19% der Männer (Gesamtzahl aus Einmalgutachten und letzten Gutachten) und 33% der Frauen galten als eher nicht oder gar nicht haftfähig.

2.2.4.2.1. Erkrankungen der Begutachteten, die extern für haftunfähig gehalten wurden

Um zu differenzieren, welche Erkrankungen in den externen Gutachten genannt wurden, in denen die Gutachter zum Ergebnis kamen, dass die Erkrankung oder die Erkrankungen nicht mit der Haftsituation vereinbar seien („weitgehend haftunfähig“ und „haftunfähig“), wurden die jeweils ersten drei Diagnosen aus diesen Gutachten ausgewertet. Nur die Ergebnisse der einmaligen Gutachten und der letzten Gutachten wurden berücksichtigt. Es wäre zu falschen Zahlen gekommen, wenn die Ergebnisse der mehrfach Begutachteten auch mehrfach aufgeführt worden wären (in einem Fall lagen 9 Gutachten vor). Die Anzahl der Gutachten entsprach somit der Anzahl der Begutachteten, also 43 Männern und 14 Frauen.

Die Erkrankungseinteilung richtete sich nach Inhalt der Gutachten. Es ergaben sich folgende Gruppen: Psychiatrische Erkrankungen, Herz-Kreislaufkrankungen (vor allem stattgehabte und drohende Herzinfarkte oder Schlaganfälle) und maligne Erkrankungen. Weitere Erkrankungen, die nicht diesen Gruppen zuzuordnen sind, werden an entsprechender Stelle genannt.

„Stress“, der gemäß der Darstellung in einigen Gutachten durch den Vollzug der Haftstrafe sicher zu erwarten sei, wurde häufig genannt als ein lebensgefährlicher Risikofaktor für vorliegende Erkrankungen (insbesondere Herz-Kreislaufkrankungen). Der so hergestellte Zusammenhang diente dann als Erklärung für eine Haftunfähigkeitsbewertung.

Ergebnisse Männer

27 Patienten (66%) hatten psychiatrische Diagnosen. Bei 12 Patienten (28%) lagen Herz-Kreislaufkrankungen vor. Dreimal (7%) wurden maligne Erkrankungen als infaust eingeschätzt. In einem Fall wurden multiresistente Keime im Urin eines Querschnittsgelähmten bei Selbstkatheterisierung als unvereinbar mit der Haftsituation erachtet. In einem weiteren Fall wurde wegen drohender Rückenschmerzen und notwendiger umfangreicher physiotherapeutischer Maßnahmen nach Bandscheiben-Operation eine Haftunfähigkeit gesehen. Haftunfähigkeit wurde ebenfalls gesehen bei einem Patienten mit Zustand nach offenem Schädelhirntrauma mit Residuen und einem Patienten mit kleinzelligem Astrozytom und Pflegebedürftigkeit.

Bei 9 Patienten (21%) wurde „Stress“ in der oben genannten Bedeutung für die Bewertung der Haftfähigkeit als entscheidend aufgeführt. 10 Patienten (23%) wurden wegen zahlreicher, z. T. fortgeschrittener Erkrankungen als multimorbide eingestuft.

Ergebnisse Frauen

13 (93%) der 14 Frauen hatten eine psychiatrische Diagnose. 3 der 14 Frauen waren multimorbide, wobei Herz-Kreislaufkrankungen im Vordergrund standen, einmal wurde in diesem Zusammenhang der Risikofaktor Stress genannt.

Psychiatrische Erkrankungen

Psychiatrische Diagnosen dominieren das Spektrum der Diagnosen der als haftunfähig bewerteten Patienten. Es folgt daher eine weitere Aufschlüsselung dieser Diagnosegruppe. Die Anzahl der Diagnosen entspricht nicht der Anzahl der Patienten, da, wie bereits dargestellt, die jeweils ersten drei Diagnosen jedes Patienten in die Auswertung eingingen (es kann sich also auch um drei verschiedene psychiatrische Diagnosen handeln). Von den 27 Männern mit psychiatrischer Diagnose hatten 17 nur psychiatrische und keine weiteren somatischen Diagnosen. Von den 13 Frauen hatten 11 ausschließlich psychiatrische Diagnosen.

19 Männer litten gemäß externen Gutachten an einer Depression, bei 10 Männern wurde eine (bei Haftantritt drohende) Suizidalität gesehen. Es folgten Abhängigkeitserkrankungen (8), psychotische Erkrankungen (4), hirnorganische Störungen (3), Persönlichkeitsstörungen (3) und eine Zwangsstörung. Ein weniger eindeutiges Bild ergab sich bei den Frauen. In absteigender Reihenfolge: Depression

(7), Angst- und Panikstörungen (5), Abhängigkeitserkrankungen (5), Suizidalität (3), Persönlichkeitsstörungen (2) und jeweils einmal Klaustrophobie, Zwangsstörung und psychosomatische Beschwerden. Die Diagnose „Depression“ schien häufig weit gefasst und wirkte in der externen gutachterlichen Darstellung manchmal eher wie eine (reaktive) Niedergestimmtheit, die im umgangssprachlichen Gebrauch bereits „Depression“ genannt wird.

2.2.4.3. Ergebnisse der externen Haftfähigkeitsbewertung der Verurteilten, die im JVK zur Haftfähigkeitsprüfung antraten

Von den im JVK angetretenen 136 Männern wurden in den externen Gutachten (berücksichtigt wurden einmalige und letzte Gutachten) 87 für haftfähig bis eingeschränkt haftfähig gehalten, ebenso 12 der 19 angetretenen Frauen. 14 Männer und 3 Frauen galten als weitgehend oder nicht haftfähig. Bei 35 Männern und 4 Frauen lagen dem JVK keine externen Gutachten vor.

2.2.4.4. Stationäre Haftfähigkeitsbeurteilung des JVKs für Männer

Zur Haftfähigkeitsprüfung traten 136 Männer im JVK an. Die Ärzte des JVKs kamen zu folgenden Ergebnissen:

73% der Männer waren haftfähig in einer normalen JVA, 17% haftfähig in einer Pflegeabteilung. Drei Patienten waren haftunfähig. Zwei erhielten eine Haftunterbrechung wegen medizinischer Maßnahmen, die nur außerhalb des JVKs möglich sind und zeitaufwendig waren (Bypass-OP und Reha), ein Patient wurde ohne Haftunterbrechung wegen einer Beinoperation in ein externes Krankenhaus verlegt. Vier Patienten verbrachten ihre gesamte Haftzeit im JVK. Zwei davon waren schwer krank (siehe Falldarstellungen 2.2.4.4.2.), zwei hatten so kurze Haftstrafen, dass sie in Freiheit entlassen wurden, bevor eine Verlegung in eine andere JVA anstand.

2.2.4.4.1. Haftunfähigkeitsbescheinigung für Männer im JVK

Die Darstellung erfolgt stichpunktartig. Sie nimmt Bezug auf die Haftfähigkeitsbeurteilung der Patienten in den vorausgegangenen externen Gutachten.

- 47-jähriger dialysepflichtiger Patient mit desolatem Gefäßstatus und traumatisch bedingter Querschnittslähmung wurde nach Erstaufenthalt im JVK in Freiheit entlassen wegen reduzierter Lebenserwartung und hohen medizinischen Anforderungen an den Vollzug. Ein externes Gutachten lag für diesen Patienten nicht vor.
- 29-jähriger Patient mit Z. n. intracranieller Blutung mit postoperativer bakterieller Infektion, Hemiparese, Sprachapraxie und motorischer Aphasie wurde für dauerhaft haftunfähig erklärt. Eine Besserung sei nicht zu erwarten, in Haft eher eine Verschlechterung, da das soziale Umfeld und die heimische Pflege fehlten. Der Patient war bereits früher einmal im JVK angetreten und dann in eine RehaMaßnahme entlassen worden. Die Staatsanwaltschaft hatte danach erneut angefragt. In den insgesamt 3 externen Gutachten, die sich inhaltlich nicht wesentlich unterschieden wurde der Patient für pflegebedürftig gehalten. Eine normale Anstalt sei nicht möglich, das JVK nicht, da es sich um eine chronische Erkrankung handle. Die Pflegeabteilung der JVA Bochum sei geeignet, zumal aktuell keine weitere Reha geplant sei.
- 55-jähriger Patient mit 3- Gefäß-KHK und Z. n. ACVB-Operation. Hochgradige Herzinsuffizienz und höhergradige Herzrhythmusstörungen bei Inoperabilität, bekanntes Urothel-Carcinom. War in externem Krankenhaus festgenommen worden, er hatte sich dort zur geplanten Schrittmacherimplantation eingefunden. Nachgemeldet wurde nach Aufnahme im JVK eine MRSA-Infektion (Mesozillin-resistenter Staphylococcus aureus). Das JVK sah eine eingeschränkte Lebenserwartung und hohe medizinische Anforderungen an den Vollzug. Der Patient wurde aus dem JVK zur MRSA-Sanierung in Freiheit in hausärztliche Betreuung entlassen mit der Empfehlung, danach wieder im Krankenhaus vorstellig zu werden. Im externen Gutachten wurde dieser Patient für haftfähig im JVK gehalten, im Regelvollzug drohe „akute Lebensgefahr“.
- 52-jähriger Alkoholiker mit Leberzirrhose, Aszites und alkoholischer Enzephalopathie wurde zunächst nach Hövelhof in die Pflege verlegt. Dort zeigte er sich erheblich verwirrt und schwer führbar im vollzuglichen System. Die zügige Rückverlegung ins JVK erfolgte zur erneuten Prüfung der Haftfähigkeit. Die Haftunfähigkeit wurde bestätigt bei mangelnder Einsichtsfähigkeit und verringerter Lebenserwartung. Der Sozialdienst des JVKs fand für diesen

Patienten einen Platz im Altenheim. Ein externes Gutachten lag für diesen Patienten nicht vor.

2.2.4.4.2. Patienten, die ihre gesamte Haftzeit im JVK verbrachten

- 29-jähriger methadonsubstituierter (polytoxikomaner) Patient mit PAVK Stadium IV (hochgradige periphere arterielle Verschlusskrankheit) mit wiederholten gefässchirurgischen Eingriffen bereits in Freiheit und nachfolgenden Komplikationen. Extern wurde eine Amputation empfohlen, bei mangelnder Compliance und Erwartung der Rückfälligkeit in die Drogenabhängigkeit. 566 Tage (mit Unterbrechungen wegen operativer Eingriffe in externen Gefässchirurgien) auf chirurgischer Abteilung im JVK. Keine wesentliche Besserung. Wenig Mitarbeit des Patienten, der einer Amputation nicht zustimmte. Laut amtsärztlichen Gutachten, das vom sozialpsychiatrischen Dienst ausgestellt worden war, hatte dieser Patient eine ausgeprägte kombinierte Persönlichkeitsstörung mit dissozialen, narzisstischen und emotional instabilen Anteilen bei zusätzlicher Polytoxikomanie, die allerdings nicht im Vordergrund stünde. Mit dieser Erkrankung könne der Patient zwar in Haft, aber bei ausgeprägten Unterschenkelulcera, mit eventuell drohender Amputation, solle eine Besserung dieses Befundes erst abgewartet werden. Bei sofortiger Inhaftierung lägen die gesundheitlichen Nachteile außerhalb des Strafzwecks.
- 41-jähriger Patient mit schubförmig progredient verlaufender MS und bereits entsprechenden Einschränkungen sowie alkoholtoxischer Leberzirrhose (im JVK Erstdiagnose der Zirrhose). Bei mangelnder Compliance und Pflegebedürftigkeit Verbleib auf der internistischen Abteilung im JVK für 195 Tage, dann Haftentlassung zum 2/3 Termin. Der Patient hatte zwei externe Vorgutachten, die jeweils zum Haftantritt zunächst im JVK rieten und dann eventueller Verlegung in die Pflege. Im ersten Gutachten wurde neben der MS und ihren Folgeschäden eine Leberwerterhöhung den Antidepressiva zugeschrieben, die der Patient wegen reaktiver depressiver Verstimmung erhielt. Im zweiten Gutachten wurde auch die Alkoholkrankheit genannt.

2.2.4.4.3. „Pflege-Patienten“

24 Patienten wurden vom JVK in die Pflegeabteilungen der JVAen in Bochum und Hövelhof verlegt. Bei 6 dieser Patienten lagen keine externen Gutachten vor. In den Fällen, in denen externe Gutachten vorlagen, stimmten die Diagnosen in den externen Gutachten und im JVK weitestgehend überein.

Zwei „Pflege-Patienten“ wurden in den externen Gutachten für haftunfähig gehalten:

- 53-jähriger Alkoholiker mit Z. n. Apoplex mit Hemiparese und aktueller Depression, die den Gesamtzustand verschlechterte, speziell in Haft. Eine Depression wurde im JVK nicht festgestellt.
- 37-jähriger Querschnittsgelähmter mit Selbstkatheterisierung und multiresistenten Keimen im Urin. Hier drohe tödliche Infektion bei Inhaftierung.

Für weitgehend haftunfähig wurden in den externen Gutachten 3 Patienten gehalten:

- 55-jähriger Patient mit Z.n. offenem Schädelhirntrauma mit daraus erwachsenem hohen Pflegeaufwand und hirnorganischer Störung. Eine Besserung sei nicht zu erwarten, eher Verschlechterung
- 51-jähriger Patient mit chronifizierter Depression, Befindlichkeitsstörung und Hypertonus. Nur haftfähig in einem JVK mit internistischer und psychiatrischer Fachabteilung. Dieser Patient erwirkte die sofortige Rückverlegung ins JVK aus der Pflegeabteilung, wohin er nicht hatte verlegt werden wollen. Im JVK war er bereits beim Erstaufenthalt zur Haftfähigkeitsprüfung durch Incompliance aufgefallen, die den ursprünglichen Anstoß gegeben hatte, den Patienten in die Pflege zu verlegen. Er erhielt dann die Zusatzdiagnose „querulatorische Persönlichkeit“ und wurde mit speziellen Auflagen (Tabletten unter Aufsicht...) in eine normale JVA verlegt.
- 57-jähriger Patient mit kleinzelligem Astrozytom, epileptischen Anfällen und schwer einstellbarem Diabetes mellitus Typ 2b. Der Patient brauche eine unausgesetzte Überwachung, da es bei Stress zur metabolischen Entgleisung kommen könne. Allenfalls das JVK sei möglich.

Für „eingeschränkt haftfähig“ wurden extern 10 Patienten gehalten, bei 6 von ihnen wurde die Pflege explizit empfohlen. Einer dieser Patienten war im Vorfeld für haftunfähig bei KHK mit Rhythmusstörungen, Z.n. Ösophagus-Karzinom und chronischem Alkoholismus gehalten worden. Als dem Amtsarzt bekannt wurde, dass

der Patient nach Begutachtung eine mehrwöchige Reise nach Mallorca unternommen hatte, revidierte er die Beurteilung.

3 Mal erfolgte extern die Bewertung „weitgehend haftfähig“.

2.2.4.5. Stationäre Haftfähigkeitsbeurteilung des JVKs für Frauen

19 Frauen traten im JVK zur stationären Haftfähigkeitsprüfung an. Als normal haftfähig wurden 15 Patientinnen in die Justizvollzugsanstalten für den Frauenvollzug verlegt. Zweimal wurde vom Psychologen des JVKs der offene Vollzug empfohlen, einmal bei einer 56-Jährigen wegen Klaustrophobie und einmal bei einer 45-Jährigen wegen psychosomatischer Beschwerden. Eine 61-jährige Patientin (Z.n. Apoplex) wurde, da sie einen Rollator bedurfte, in den offen geführten Vollzug der JVA in Willich (behindertengerecht), statt nach Köln, wie es zunächst vollzuglich vorgesehen war, verlegt.

Eine 25-jährige Patientin wurde von den Ärzten des JVKs für dauerhaft haftunfähig gehalten wegen mangelnder Einsichtsfähigkeit bei frühkindlichem Hirnschaden und dem in Haft drohenden Verlust der Selbstständigkeit. Sie wurde haftentlassen und rückverlegt in die sie bisher begleitende Wohngruppe des „betreuten Wohnens“. Ein externes Gutachten lag nicht vor.

Externe gutachterliche Bewertung der Patientinnen, für die im JVK aus gesundheitlichen Gründen der offene Vollzug empfohlen wurde:

- Extern war eine Klaustrophobie nicht genannt worden. Die Patientin war für normal haftfähig gehalten worden.
- Bei der zweiten Patientin war bei Alkoholkrankheit zunächst eine Entgiftung im JVK empfohlen worden, dann eventuell Verlegung in eine normale Anstalt.
- Bei der Patientin mit Rollator wurde eine eingeschränkte Haftfähigkeit gesehen, da ein erneuter Apoplex und Luftnot bei psychisch getriggertem Asthma drohe.

Die 3 extern für haftunfähig gehaltenen Patientinnen hatten folgende Diagnosen:

- 70-Jährige mit Hypertonus, Diabetes mellitus und anamnestisch Klaustrophobie
- 37-Jährige mit laufender Psychotherapie ohne Nennung der Diagnose. Bei Haftantritt drohe Suizid, daher eher haftunfähig solange Therapie laufe.

- 63-Jährige mit Kleptomanie, anankastischer Persönlichkeit, Depression, stationäre Einweisung in Psychiatrie sei erforderlich, nicht krankheitseinsichtig, haftunfähig (Psychiater an Rechtsanwalt)

Alle drei wurden im JVK für normal haftfähig gehalten und gingen in normale Justizvollzugsanstalten.

2.2.5. Haftverlauf in den Anstalten nach Verlegung aus dem JVK

Die Anfrage an die Anstalten erfolgte im September 2006. Optional konnte ein Fragebogen ausgefüllt werden oder die Gesundheitsakte zugeschickt werden. Aus der Pflegeabteilung in Hövelhof wurden die Entlassungsbriefe zugeschickt. Berücksichtigt wurden Informationen, die bis einschließlich 11/06 eingingen. Bei insgesamt 27 Anstalten wurde angefragt. Die 4 angefragten Haftanstalten mit Vollzug für Frauen antworteten alle, aus 8 Justizvollzugsanstalten für Männervollzug kamen keine Antworten.

Von 155 Patienten, die im JVK zur Haftprüfung angetreten waren und laut Verlegungsbrief des JVKs in Justizvollzugsanstalten in NRW verlegt wurden, kamen Angaben zu 119 Patienten (100 Männer und 19 Frauen) zurück. Zusätzlich erfolgten zu drei Patienten Angaben, die direkt in einer JVA angetreten waren, wie den staatsanwaltschaftlichen Akten zu entnehmen war.

Vollständige Angaben bis zur Haftentlassung lagen danach zu 67 Patienten vor, darunter alle Frauen und 11 Patienten aus der Pflegeabteilung in der JVA Hövelhof. 39 Patienten wurden in andere Anstalten verlegt (mit Gesundheitsakte, s.2.1.) so dass keine Angaben durch die angeschriebene Anstalt möglich waren.

16 Angefragte waren in den Haftanstalten überhaupt nicht bekannt. Sie wurden offenbar nicht in die vom JVK in den Verlegungsbriefen angeschriebenen Anstalten verlegt, sondern in andere.

2.2.5.1. Haftverlauf bei den Männer

Für 48 Männer lagen vollständige Angaben vor. Darunter Angaben zu drei Männern, die direkt in einer JVA angetreten waren, zwei nach vorheriger ablehnender Stellungnahme durch das JVK anhand der Aktenlage, einer hatte die Zusage zur stationären Haftfähigkeitsprüfung im JVK. Sämtliche dieser Patienten wurden von den Anstaltsärzten für haftfähig gehalten.

Unkomplizierter Haftverlauf

Die Haft verlief bei 39 Männern (11 davon in der Pflegeabteilung) unproblematisch (81%). Das heißt, es kam zu keiner schweren oder unerwarteten Verschlechterung des Gesundheitszustands. Aus den vorliegenden Unterlagen ergaben sich auch keine Hinweise darauf, dass die Patienten weiterhin ihre Haftfähigkeit in Frage stellten oder durch mangelnde Mitarbeit in der Behandlung der Erkrankung oder Manipulationen einen schlechten Gesundheitszustand beizubehalten oder herbeizuführen versuchten. 27 dieser Patienten verließen die Haftanstalten nach Ablauf der vollen Haftzeit, 5 zum 2/3-Termin (2/3 der Strafzeit, danach Hafterlass), 4 profitierten von der Weihnachtsamnestie (vorzeitige Haftentlassung mit Erlassen des Strafrestes) 3 waren nach Schluss der Datenerhebung 11/06 noch in Haft.

Komplizierter Haftverlauf

9 Patienten hatten in verschiedener Weise „auffällige“ Haftverläufe. Unter ihnen zwei Verurteilte, die direkt in einer JVA angetreten waren.

Drei Patienten hatten zahlreiche, zum Teil kostenintensive Folgeaufenthalte im JVK oder externen Häusern.

- Ein 48jähriger Patient bedurfte mehrfacher gefäßchirurgischer Operationen bei fortgeschrittener PAVK der Beine. Er stellte im Laufe der Haft seinen Tabakkonsum ein.
- Ein 37jähriger HIV-kranker Patient (intravenöser Drogenabusus) bedurfte wegen chronischer Osteomyelitis bei Zustand nach offener Unterschenkelfraktur mit Fixateur externus zahlreicher operativer Korrekturen. Eine Persönlichkeitsstörung vom Borderlinetyp lag gemäß psychiatrischen externen Gutachten ebenfalls vor. Die Mitarbeit dieses Patienten war gering.
- Ein 51jähriger Patient wurde bereits vom externen Gutachter wegen seiner internistischen Erkrankungen (instabile Angina Pectoris, Hypertonus, Adipositas per magna) für betreuungsintensiv gehalten. Im JVK fiel dieser Patient zusätzlich mit manipulativem Verhalten auf (z.B. Verstecken der antihypertensiven Medikation). Dieses Verhalten legte er während der gesamten Haftzeit nicht ab. Er war in beiden Pflegeabteilungen und mindestens zwei normalen Haftanstalten, jeweils mit Zwischenaufenthalten im JVK oder in externen Häusern wegen dekompensierter Herzinsuffizienz und einem Suizidversuch, den der psychiatrische Konsiliarier als Ausdruck einer narzisstischen Kränkung

interpretierte bei ausgeprägter narzisstischer Persönlichkeit. Er wurde nicht vorzeitig haftentlassen sondern die Haft endete nach Dauer der vollen Haftstrafe (21 Monate).

Zwei Patienten erkrankten schwer. Die Anstaltsärzte erkannten hier Haftunfähigkeit.

- Ein 28-Jähriger hatte einen erneuten psychotischen Schub einer bekannten Schizophrenie und bedurfte einer Haftunterbrechung. In den externen Gutachten war angesichts labiler Persönlichkeit und bekannter Schizophrenie vom sicheren Ausbruch eines akuten Schubs ausgegangen worden und eine Haftunfähigkeit gesehen worden. Zusätzlich lag eine polyvalente Suchterkrankung vor. Im JVK erfolgte bei Haftantritt ein Drogenentzug. Akute psychische Auffälligkeiten wurden dort nicht dokumentiert.
- Bei einem 54-jährigen Patient, der direkt in der JVA antrat, wurde ein Rectum-Karzinom neu diagnostiziert. Er bekam eine Haftunterbrechung auf unbestimmte Zeit.

Drei Patienten beharrten darauf, dass sie haftunfähig seien oder nicht ausreichend versorgt würden. Die Anstaltsärzte hielten sie jeweils für haftfähig. Besondere gesundheitsschädigende Ereignisse kamen nicht vor. Einer von ihnen war direkt in der Anstalt angetreten.

Ein Patient mit Peritonealdialyse (Form der selbst durchführbaren Dialyse, die in intensiven Schulungen erlernt wird) bei terminaler Niereninsuffizienz verstarb wenige Wochen nach Haftantritt in einer offenen Anstalt. Todesursache war Sepsis infolge der Peritonealdialyse. Das JVK hatte nach Aktenlage ausdrücklich empfohlen, in einer offenen Anstalt anzutreten, eine stationäre Prüfung der Haftfähigkeit im JVK bei Haftantritt sei nicht erforderlich. Da der Patient die Dialyse selbst durchführe, liege die Verantwortung für eine mögliche Peritonitis allein beim Patienten selbst.

5 der 9 Patienten verließen die Haftanstalt nach Ablauf der vollen Haftzeit (davon einer mit Haftunterbrechung), einer zum 2/3 Termin, einer profitierte von der Weihnachtsamnestie, einer wurde haftunfähig auf unbestimmte Zeit. Ein Patient verstarb.

2.2.5.2. Haftverlauf bei den Frauen

Zu 18 Frauen erfolgten vollständige Angaben, eine war in eine andere Anstalt verlegt worden.

Sämtliche Patientinnen wurden von den Anstaltsärzten für haftfähig gehalten.

Bei 14 (78%) Patientinnen verlief die Haft unkompliziert. 9 Frauen wurden zum Haftende entlassen, 4 zum 2/3 Termin, eine war nach Schluss der Datenerhebung noch in Haft.

Schwieriger war der Haftverlauf für vier Patientinnen.

- 2 Patientinnen, die in der Haftanstalt wegen Depression und Persönlichkeitsstörung psychiatrisch und psychotherapeutisch mitbehandelt wurden, blieben bei der Auffassung haftunfähig zu sein.
- Eine 57-jährige Patientin war wöchentlich mit verschiedenen „somatisch“ vorgebrachten Beschwerden beim Anstaltsarzt. Sie konnten vom Anstaltsarzt nicht objektiviert werden. Die Patientin war extern für haftunfähig gehalten worden wegen mehrerer Wirbelsäulenoperationen mit bleibenden Schmerzen und zusätzlicher Psychotherapie. Im JVK erfolgte Krankengymnastik, die die Patientin in der Haftanstalt fortführen sollte, eine Depression wurde im JVK festgestellt. Eine dauerhafte psychotherapeutische Behandlung erfolgte in Haft nicht. Die Patientin wurde wegen der Depression in der Haftanstalt in Gemeinschaft mit einer anderen Inhaftierten untergebracht.
- Eine 25jährige Patientin litt an einer medikamentös eingestellten Epilepsie, die neurologisch gesichert war. Eine polytoxikomane Erkrankung lag ebenfalls vor mit generalisierten Krampfanfällen im Entzug. Die Patientin befand sich in Freiheit im Substitutionsprogramm und erhielt Polamidon. Die Substitution wurde im JVK unverändert fortgeführt. Die Fortführung der Substitution in der Haftanstalt wurde im Verlegungsbrief vom JVK empfohlen. Dieser Empfehlung wurde nicht nachgekommen, so dass die Patientin bei erneuten generalisierten Anfällen wieder im JVK aufgenommen wurde und dort fast die ganze Haftzeit verbrachte (7 Monate), um die Substitution sicher zu stellen.

Alle 4 Patientinnen verließen die Anstalten nach Ablauf der vollen Haftstrafe.

2.2.6. Verbleib der Verurteilten, deren Haftfähigkeit nicht stationär im JVK begutachtet wurde

Von 375 Verurteilten, deren Haftfähigkeit begutachtet werden sollte, wurden 220 nicht stationär im JVK begutachtet. Es handelt sich dabei um 42 Frauen und 178 Männer.

Im Folgenden wird, soweit nachverfolgbar, ihr Verbleib geklärt. Hierzu konnten nur die staatsanwaltschaftlichen Akten herangezogen werden, sehr selten auch Informationen aus den Justizvollzugsanstalten, wenn z.B. der Haftantritt direkt in der JVA durch das JVK empfohlen wurde. Stellungnahmen nach Aktenlage erfolgten meist durch den ärztlichen Direktor des JVKs oder wurden von ihm an andere Ärzte des JVKs delegiert.

In den Ergebnissen ist zu berücksichtigen, dass es erst seit April 2006 eine psychiatrische Krankenstation für Männer im JVK gibt und somit viele Patienten mit psychiatrischer Erkrankung bis dahin für haftunfähig oder „haftprüfungsungeeignet“ gehalten wurden aufgrund mangelnder Gegebenheiten. Dies hat sich nicht entscheidend geändert, da der Träger bisher keine Hafteignungsprüfungen in seinem Konzept vorsieht (1.2.4.3.).

Nicht berücksichtigt wird in dieser Auswertung, ob bereits in den externen Gutachten eindeutige Stellungnahmen abgegeben wurden. Entscheidend war, dass die Staatsanwaltschaft „trotz“ dieser externen Gutachten eine Anfrage an das JVK richtete.

Die prozentualen Angaben beziehen sich jeweils auf das männliche und weibliche Gesamtkollektiv (314 Männer und 61 Frauen).

2.2.6.1. Verbleib der Männer

Ablehnende Stellungnahmen durch das JVK

Eine Stellungnahme nach Aktenlage, die keine Aufnahme im JVK vorsah erfolgte bei 80 Männern (25,5%).

- 38 (12%) wurden für haftunfähig gehalten. 19 (6%) davon wegen psychiatrischer Erkrankungen, ein Verurteilter war infolge eines Unfalls apallisch, bei 5 Verurteilten lagen maligne Erkrankungen vor. Die Gründe, aus denen bei den anderen 13 Verurteilten eine Haftunfähigkeit gesehen wurde, konnten dem Untersuchungsmaterial nicht entnommen werden.
- Für 14 Verurteilte (4,5%) standen keine Plätze (voll ausgelastete Bettenkapazität des JVKs und der Pflegeabteilungen der Justizvollzugsanstalten) zur Verfügung. In 9 Fällen handelte es sich um Anfragen anderer Bundesländer.

- Bei 10 Patienten (3,3%) wurde ein Haftaufschub aufgrund der Erkrankung empfohlen.

Für haftfähig in einer normalen Anstalt wurden 18 Patienten (5,7%) gehalten.

- 10 Verurteilte (3,3%) wurden als haftfähig in einer normalen JVA bewertet. Es wurde z. B. darauf hingewiesen, dass Methadonsubstitution in jeder Haftanstalt möglich sei und ebenso in allen Haftanstalten bei Bedarf Maßnahmen zur Suizidprophylaxe erfolgen.
- Einmal wurde wegen selbst durchgeführter Peritonealdialyse der Antritt in einer JVA mit offenem Vollzug empfohlen (Falldarstellung unter 2.2.5.1.).
- Siebenmal wurde die heimatnahe Unterbringung empfohlen, um die Dialysebehandlung in den Dialysezentren fortzuführen, in denen die Verurteilten bekannt waren.

Aus „juristisch-vollzuglichen“ Gründen kein Antritt im JVK

Es handelt sich insgesamt um 21 Fälle (6,7%).

9 Verurteilte (2,9%) bekamen einen Haftaufschub, bei 2 wurde die Haftstrafe im Nachhinein in eine Bewährungsstrafe umgewandelt, bei einem gnadenweise ausgesetzt. 6 Verurteilte zahlten ihre Geldstrafe und mussten so die Ersatzfreiheitsstrafe nicht antreten. 3 traten ihre Haft direkt in normalen Haftanstalten an (2.2.5.ff.).

Unklarer Verbleib

Nach Aktenlage war bei 35 Verurteilten (11%) dem Antritt zur stationären Prüfung der Haftfähigkeit im JVK zugestimmt worden. Sie erschienen aber nicht zum Ladungstermin (von der Staatsanwaltschaft vorgegebener Termin mit der Aufforderung, sich zum genannten Datum im JVK zur stationären Aufnahme einzufinden). Bei 29 Patienten (9%) stockte die Bearbeitung, da aktuelle externe Gutachten oder anderweitig ausreichende medizinische Unterlagen fehlten und so das JVK keine Stellungnahme abgeben konnte.

Bei 13 Verurteilten ließ sich dem Untersuchungsmaterial nicht entnehmen, welchen Verlauf der Fall nahm.

2.2.6.2. Verbleib der Frauen

Ablehnende Stellungnahmen durch das JVK

Eine Stellungnahme nach Aktenlage, die keine Aufnahme im JVK vorsah, gab das JVK bei 26 (42,6%) Frauen ab.

- 21 wurden für haftunfähig gehalten (34,4%), 4 davon wegen psychiatrischer Erkrankungen (eine davon auch schwanger), 12 (19,7%) da es keine Pflegeabteilung für Frauen gibt.
- Bei 2 Patientinnen wurde ein Haftaufschub aufgrund der Erkrankung empfohlen.
- Eine wurde abgelehnt, da im JVK keine Geburten erfolgen sollen (2.2.3.1.).
- Für haftfähig in einer normalen Anstalt wurden 2 Patientinnen gehalten (3,2%).

Aus juristisch-vollzuglichen Gründen kein Antritt im JVK

Bei einer Frau erfolgte ein Haftaufschub, bei einer weiteren wurde die Haftstrafe gnadenweise ausgesetzt.

Unklarer Verbleib

Zur staatsanwaltschaftlichen Ladung zur stationären Haftfähigkeitsprüfung im JVK erschienen 7 Patientinnen nicht (11,5%). Bei 7 Frauen (11,5%) konnte das JVK mangels Informationen zur Erkrankung keine Stellungnahme abgeben.

2.2.6.3. Kombinierte Auswertung der Ergebnisse des JVKs nach Aktenlage und stationärer Begutachtung

Die Ergebnisse der Haftfähigkeitsbewertung nach Aktenlage sind dem vorigen Kapitel (2.2.6.2.) zu entnehmen. Von den im JVK zur Haftfähigkeitsprüfung angetretenen 136 Männern und 19 Frauen wurden jeweils 95% nach stationärer Begutachtung als haftfähig in andere Haftanstalten verlegt.

Die Gesamtzahl der vom JVK bewerteten Männer betrug 216, die der Frauen 45.

Bezogen auf diese Gesamtzahlen waren laut JVK 66 der Männer (30,5%) und 25 der Frauen (55,5%) haftunfähig. Einbezogen in die Gruppe der Haftunfähigen wurden auch die Verurteilten, die wegen fehlender Kapazitäten, insbesondere fehlender Plätze in den Pflegeabteilungen der JVAen, oder fehlender Möglichkeit zur

psychiatrischen Begutachtung abgelehnt wurden und wo ein Haftaufschub empfohlen wurde.

Ginge man davon aus, dass die Verurteilten, die aus Kapazitätsgründen abgelehnt wurden (keine Pflegeplätze) gekommen wären (und dann haftfähig gewesen wären), lägen nach Beurteilung des JVKs die Werte bei 52 haftunfähigen Männern (24%) und 13 haftunfähigen Frauen (29%).

3. Diskussion

In der vorliegenden Arbeit wurden erstmals in großem Umfang retrospektiv Daten zur Haftfähigkeitsbewertung innerhalb und außerhalb des Strafvollzugs in Nordrhein-Westfalen erhoben.

§ 455 der Strafprozessordnung ist zu entnehmen, unter welchen Umständen Haftunfähigkeit vorliegt. Die medizinische Versorgung des Gefangenen ist in den § 56 ff. des Strafvollzugsgesetzes (StVollzG) geregelt. Der Gesundheitsfürsorge zugrunde gelegt ist das Äquivalenzprinzip (§ 3 Abs. 1 StVollzG). Die medizinische Versorgung und Krankenpflege in Haft muss qualitativ der gesellschaftsüblichen Versorgung in Freiheit entsprechen.

Nordrhein-Westfalen verfügt über das größte Justizvollzugskrankenhaus (JVK) in Deutschland. Regelmäßig erfolgen hier neben der Akutbehandlung von Inhaftierten stationäre Begutachtungen zur Prüfung der Haftfähigkeit von Verurteilten, die geltend machen, dass sie aus gesundheitlichen Gründen ihre Haftstrafe nicht antreten könnten. In der vorliegenden Arbeit wurden sämtliche Anfragen der Jahre 2001 bis 2004 der Staatsanwaltschaften an die Leitung des JVKs zur Beurteilung der Haftfähigkeit untersucht. Anhand der Daten zum Erkrankungsprofil und den Ergebnissen der Haftfähigkeitsbewertung sollte festgestellt werden, nach welchen Kriterien die Beurteilungen erfolgen und zu welchen Ergebnissen die verschiedenen Gutachter (extern und im JVK) kommen. Soziodemographische und juristisch-vollzugliche Daten wurden ebenfalls erhoben. Vergleichsdaten aus dem normalen Belegungskollektiv der Haftanstalten in Nordrhein-Westfalen lagen zu soziodemographischen und juristisch-vollzuglichen Gegebenheiten vor. Medizinische Daten lagen für diese Vergleichsgruppe nur zu psychiatrischen Erkrankungen vor.

Anhand des vorliegenden Materials erfolgte die Einteilung in zwei Untersuchungskollektive: Die Gruppe der extern Begutachteten (meist durch Ärzte des Gesundheitsamtes) und die Gruppe der stationär im JVK unter „vollzuglichen“ Bedingungen Begutachteten. Eine weitere geschlechtsspezifische Unterteilung dieser Gruppen war unerlässlich, da das Angebot zur Gesundheitsfürsorge in NRW für männliche und weibliche Inhaftierte unterschiedlich ist, und zu erwarten war, dass sich die Ergebnisse (z. B. zu Erkrankungshäufigkeiten oder Deliktverteilung) für Frauen und Männer unterscheiden. Problematisch ist, dass

die Gruppe der Frauen deutlich kleiner ist als die der Männer. Die Ergebnisse sind entsprechend weniger repräsentativ. Vergleiche mit dem männlichen Kollektiv und Daten des Frauenvollzugs in NRW sind teilweise trotzdem möglich.

Die Gliederung der Diskussion ist angelehnt an den Aufbau des allgemeinen und speziellen Teils. In den einzelnen Kapiteln werden allerdings Bezüge zu den jeweiligen anderen Themenbereichen, insbesondere zur Haftfähigkeit hergestellt.

3.1. Soziodemographische Daten

3.1.1. Geschlechterverhältnis der staatsanwaltschaftlich Angefragten

Während im normalen Strafvollzug der Frauenanteil nur 5% ausmacht, liegt der Anteil der Frauen bei den Gutachtenpatienten bei 16%. Bezogen auf die Anzahl Frauen, die sich in Haft befindet, handelt es sich um 8,2% der in Haft befindlichen Frauen, bei den Männern nur um 2,3%.

Mögliche Erklärung dafür, dass anteilig bei mehr Frauen die Haftfähigkeit in Frage gestellt wird, kann die gesellschaftliche Zuordnung zu bestimmten Rollen für Männer und Frauen sein. Frauen wird eher eine Opfer- als eine Täterrolle zugeordnet. Es kann sein, dass die hier betroffenen Frauen oder ihr Umfeld (Anwalt, Familie) diese innere Einstellung zur Rollenverteilung teilen (obwohl die Frauen mindestens bezüglich ihrer Straftat eine Täterrolle inne hatten) und grundsätzlich die Verurteilung zur Haftstrafe als ungerecht empfanden. Die Haftfähigkeit wird dann nicht nur aus gesundheitlichen Gründen in Frage gestellt, sondern instrumentalisiert, um die Verurteilung unwirksam zu machen. Die Studie von Von Schönfeld et al. (2006) bestätigt bedingt die „Opferrolle“ der Frauen. Angststörungen, zumeist posttraumatische Belastungsstörungen wurden bei 17,1% der männlichen und 39,7% der weiblichen Gefangenen beobachtet (aktuelle Prävalenz, 1.3.2.2.).

Angesichts der geringer ausgebauten vollzuglich-medizinischen Infrastruktur für Frauen ist außerdem die Chance größer, nicht haftfähig zu sein (1.2.4.1. und 1.2.4.3.). Möglicherweise waren die Frauen auch im Durchschnitt kränker als die Männer. Dies lässt sich nur schwer belegen, da weitgehend auf Stellungnahmen der externen Gutachter oder des JVKs nach Aktenlage zurückgegriffen werden musste. Angst vor nicht ausreichender medizinischer Versorgung oder allgemein Angst vor dem Haftantritt bei vermehrt „Haftunerfahrenen“ mag eine Rolle spielen (2.2.2.1. und

2.2.2.3.). Auch die soziale Situation einer Frau kann bedeutsam sein, wenn für die Unterbringung von Kindern oder die Pflege von Familienangehörigen gesorgt werden muss. Nicht alle genannten Gründe sprechen für eine Haftunfähigkeit im medizinischen Sinne, für alle genannten Möglichkeiten ließen sich aber nach Aktenstudium Beispiele finden.

3.1.2. Altersverteilung

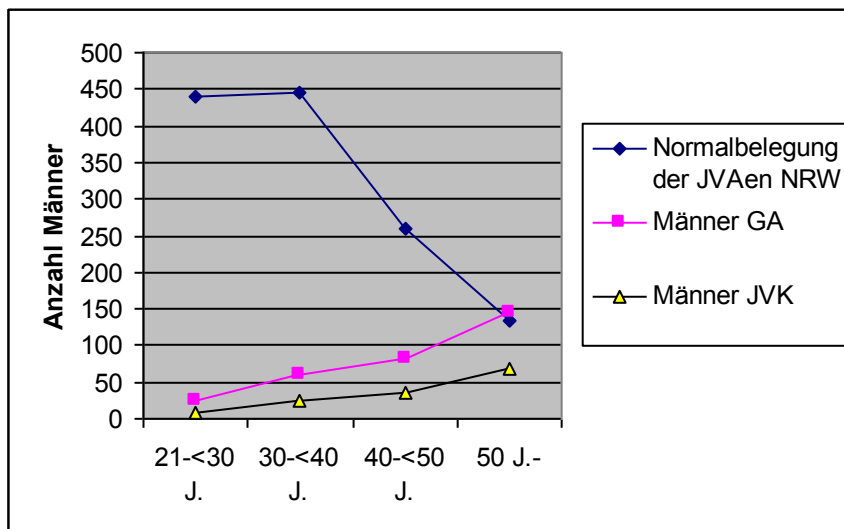


Abbildung 17: Altersverteilung für das männliche Untersuchungskollektiv und für die Vergleichsgruppe der männlichen Strafgefangenen in NRW

Die Abbildung 17 bezieht sich nur auf die Männerdaten, ist aber sehr ähnlich der der Frauendaten (Tab.1 u. Abb.2), weshalb auf eine separate Darstellung verzichtet wurde. Die Daten der Vergleichsgruppe, die durchschnittliche Altersverteilung Strafgefangener in NRW, wurden um eine Zehnerpotenz gekürzt, da sonst keine übersichtliche Darstellung gelungen wäre.

Deutlich wird, dass die „Gutachtenpatienten“ den Schwerpunkt der Altersverteilung in den höheren Lebensjahrzehnten haben. Höchste Werte liegen im Alter zwischen 50 und 60 Jahren. Allein in dieser Verteilung liegt schon eine simple Erklärung für die vermehrte Annahme der Haftunfähigkeit. Ältere Menschen sind altersbedingt kränker. Die angegebenen Erkrankungen unterstützen diese These (siehe 2.2.3.1.ff.).

3.1.3. Familienstand

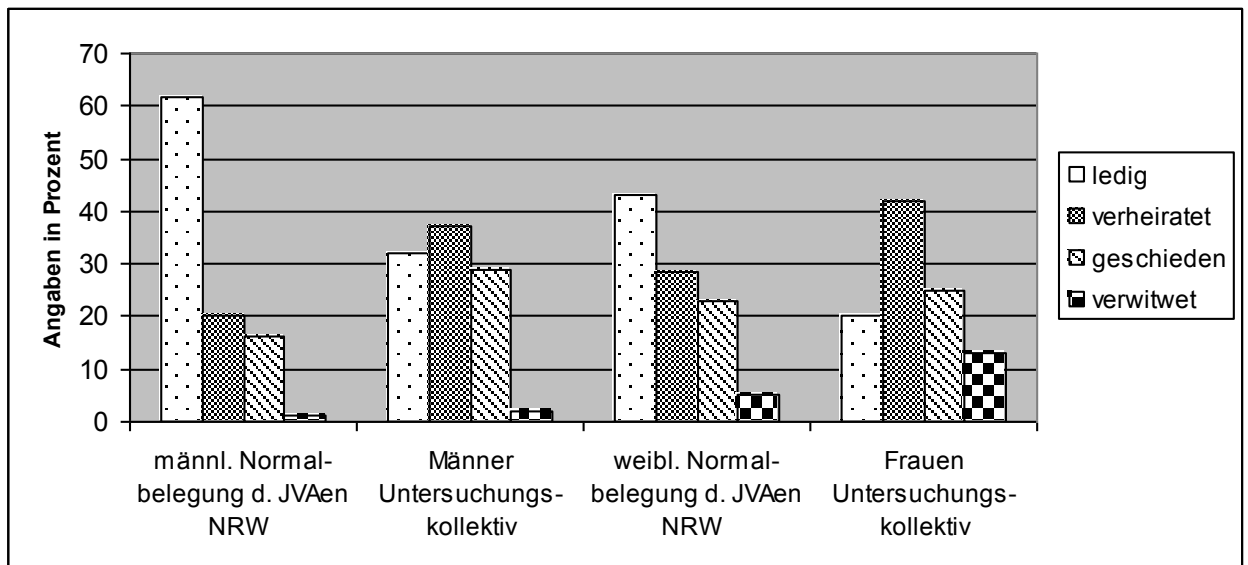


Abbildung 18: Familienstand des Untersuchungskollektivs und der Vergleichsgruppe der Strafgefangenen in NRW für beide Geschlechter

Die Männer und noch mehr die Frauen der Gutachtengruppe sind häufiger in Bindungen (gewesen), als das Vergleichskollektiv (Abb. 18). Dies erklärt sich einerseits wohl in der Altersstruktur der Gutachtenpatienten, könnte aber auch Verlustängste widerspiegeln, die Menschen in Bindungen eher haben, als Ungebundene und die möglicherweise zusätzlich motivieren, einer Inhaftierung, die eine Trennung bedeuten würde, entgehen zu wollen.

3.1.4. Staatsangehörigkeit

Der Strafvollzugsstatistik NRW ist für das Jahr 2004 zu entnehmen, dass durchschnittlich 30% der Gefangenen Ausländer waren, dagegen war der Ausländeranteil der Gutachtenpatienten nur halb so groß (siehe 2.2.1.4.).

Möglicherweise kennen die Deutschen ihre Rechte besser oder ausländische Mitbürger befürchten vermehrt Nachteile, wenn sie gegen das Urteil vorgehen. Vielleicht ist aber auch die Deliktverteilung dafür verantwortlich, die auch nicht der durchschnittlichen Verteilung entspricht (siehe Abb. 19 und 20). Eine weitere Erklärung wäre die Altersstruktur. Es wäre zu prüfen, ob in der Vergleichsgruppe vermehrt junge Ausländer sind. Eher unwahrscheinlich ist, dass deutsche Verurteilte kränker sind als nichtdeutsche Verurteilte.

3.2. Vollzugliche Daten

3.2.1. Deliktverteilung

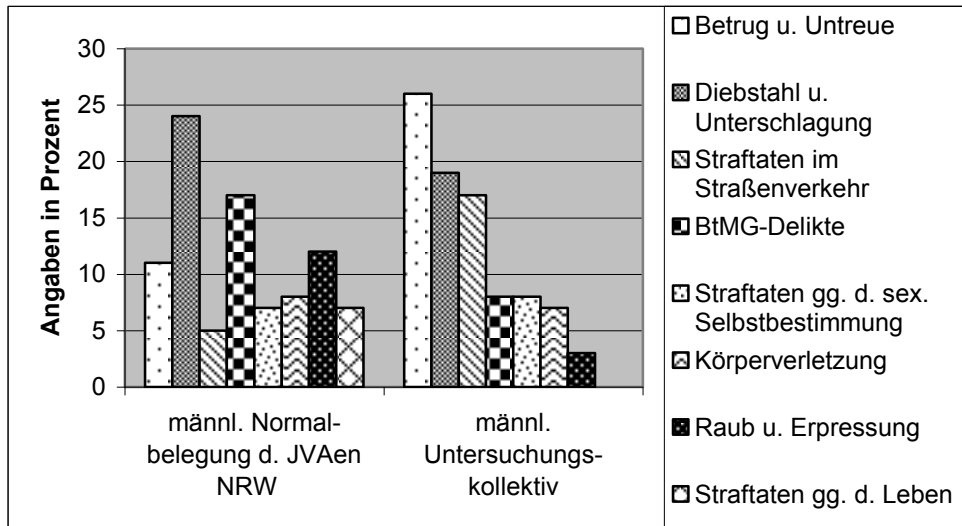
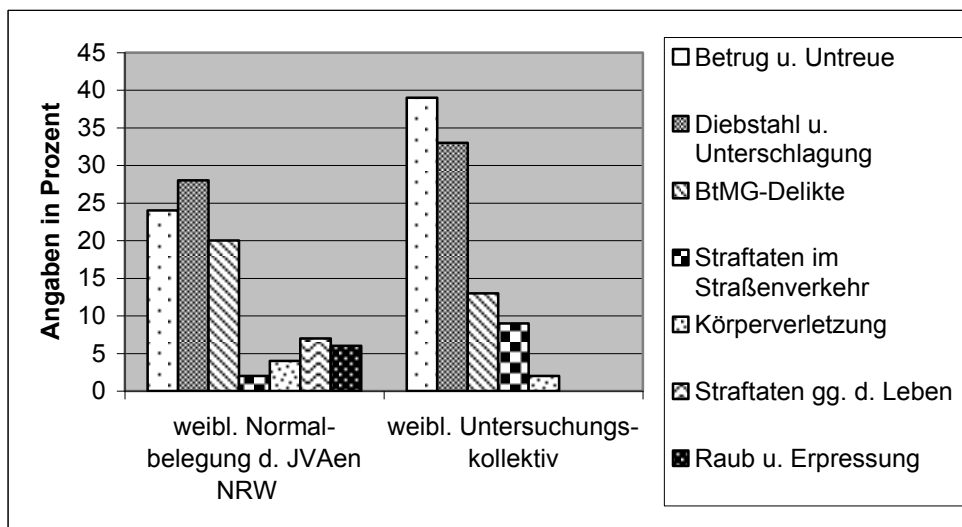


Abbildung 19: prozentuale Deliktverteilung für das männliche Untersuchungskollektiv und für die männliche Vergleichsgruppe der Strafgefangenen in NRW



Abbildungen 20: prozentuale Deliktverteilung für das weibliche Untersuchungskollektiv und für die weibliche Vergleichsgruppe der Strafgefangenen in NRW

Bei Männern und Frauen führt die Deliktgruppe „Betrug und Untreue“. Ob dies in Zusammenhang steht mit der höheren Altersstruktur und entsprechend anderer Deliktverteilung, ist nicht zu sagen. Möglich ist auch, dass „Betrüger“ aufgrund einer bestimmten Persönlichkeitsstruktur oder Lebenseinstellung die Prüfung der Haftfähigkeit als erneute Möglichkeit sehen, das Beste für sich herauszuholen.

Weniger bis gar nicht kommen Gewalttaten vor (außer Sexualdelikte). Betäubungsmitteldelikte sind weitgehend in Zusammenhang zu sehen mit Abhängigkeitserkrankten, ebenso ein Anteil der Gruppe „Diebstahl und Unterschlagung“ im Sinne von Beschaffungskriminalität.

Am größten sind die Differenzen beim Delikt „Straftaten im Straßenverkehr“ bei Männern, weniger bei Frauen. Häufig handelt es sich um Verkehrsdelikte im Zusammenhang mit Alkohol am Steuer und/ oder Fahren ohne Fahrerlaubnis. Ob sich auch dahinter eine bestimmte Persönlichkeitsstruktur verbirgt, sei dahin gestellt. In einem Land, in dem „die Demokratie in Frage gestellt wird“, wenn es um Tempolimits oder Promillefreiheit am Steuer geht, wird diese Kategorie Straftaten gern als „Kavaliersdelikt“ gewertet. Es ist vorstellbar, dass bei dieser Einstellung ein geringes Einsehen besteht, deswegen in Haft gehen zu sollen. Entsprechend wird nach Lücken im System gesucht.

Nicht verglichen wurde, wie groß der Anteil der Gutachtenpatienten innerhalb der Verurteilten in einer Deliktgruppe ist, also z. B. wie viele der wegen Betrugs zu Haftstrafen Verurteilten ihre Haftfähigkeit in Frage stellten. Dazu bedürfte es der absoluten Zahlen, die nicht vorlagen.

3.2.2. Haftform und Vollzugsart

Den Ergebnissen ist zu entnehmen, dass es sich zum größten Teil um zu Haftstrafen Verurteilte handelte. Explizit Ersatzfreiheitsstrafen wurden bei 40 Männern und 4 Frauen genannt. Je nach Quelle differierten die Anteile derer, die schon in Haft waren. Mindestens 15% der Männer und 8% der Frauen hatten laut Staatsanwaltschaft eine Restfreiheitsstrafe, laut A-Bögen etc. waren 49% der Männer und 21% der Frauen hafterfahren. Wenn die Angaben auch stark differieren, zeigt sich doch, dass weniger Frauen bereits in Haft waren als Männer.

Hier ist möglicherweise ein weiterer Punkt zu finden, warum relativ mehr Frauen Haftunfähigkeit beantragen. Haftunerfahrenheit macht Haft bei tatsächlich vorliegender Erkrankung für manche Verurteilte bedrohlicher, da sie z. B. mit keiner adäquaten Versorgung rechnen (siehe auch Gründe für Haftunfähigkeit 2.2.4.).

Im Verhältnis zur Anzahl der Haftplätze für den offenen und geschlossenen Vollzug gingen verhältnismäßig viele Patienten in den offenen Vollzug (1.2.2. und 2.2.2.4.). Die Gutachtenpatienten entsprachen häufig den Kriterien für die Aufnahme im

offenen Vollzug, da es sich um Verurteilte handelt, die auch nach Verurteilung noch auf freiem Fuß sind. Es sei verwiesen auf die Ausführungen des Justizministeriums unter 1.2.2.. Aus medizinischer Sicht ist der offene Vollzug meist vorzuziehen, da er den Lebensbedingungen in Freiheit am ehesten entspricht und so eventuelle gesundheitliche Nachteile durch Umstellung insbesondere im geschlossenen Vollzug geringer sind.

3.3. Medizinischen Daten

Deutlich wurde, dass internistische und psychiatrische Diagnosen die Schwerpunkte setzten, bei den internistischen Diagnosen die Herz-Kreislaufkrankungen und der Diabetes mellitus, bei den psychiatrischen Diagnosen Abhängigkeitserkrankungen, Depressionen und Angst- und Panikstörungen (Abb.17 u. 18). Sie haben bei den männlichen Gutachtenpatienten einen Anteil von 45,5% und bei den JVK-Patienten von 71% der Hauptdiagnosen, bei den Frauen einen Anteil von 40% in den externen Gutachten und 58% im JVK.

Dies bestätigt die unter 2.1.1. geäußerte Vermutung, dass Erkrankungen genannt würden, die spezieller Maßnahmen (z. B. psychiatrisch), Ausstattungen oder Pflege bedurften, sowie Erkrankungen wie Bluthochdruck oder Diabetes mellitus, die bei schlechter Einstellung akute oder langfristige Verschlechterungen nach sich ziehen.

Teilweise fanden sich umgekehrte Zuordnungen in der Rangfolge in den Nennungen der Hauptdiagnosen in den externen Gutachten und im JVK (Abb.24). Betrachtete man dagegen sämtliche Diagnosen, stimmten sie tendenziell wieder überein. Dies deutet auf verschiedene Bewertungen der einzelnen Krankheitsbilder außerhalb und innerhalb des Vollzugs hin. Weniger wahrscheinlich ist die Erklärung, dass viele Patienten mit einem schweren Krankheitsbild nicht im JVK antraten und dies eine Änderung in den Verhältnismäßigkeiten nach sich zog. Eine große Gruppe schwer Erkrankter, die wegen einer bestimmten Erkrankung nicht im JVK antrat, gab es nicht. Diese Erklärung trifft lediglich zu für die wenigen malignen Erkrankungen, einige psychiatrische (akute Schizophrenie) und neurologische (Apoplex, Demenz) und wenige weitere „Einzelerkrankte“ (z. B. apallisches Syndrom).

In den Fächern Neurologie, Orthopädie und Chirurgie ließen sich ebenfalls deutliche Tendenzen erkennen. In der Neurologie führten die Diagnosegruppen Apoplex und

Epilepsie/ Krampfanfälle, in der Orthopädie Wirbelsäulenerkrankungen und chirurgisch der Bereich Traumatologie, speziell im JVK Wundheilungsstörungen.

Die weiteren Fächer hatten geringe Gesamtzahlen insbesondere bei den Frauen, so dass eindeutige Tendenzen höchstens bei den Männern ausgemacht werden konnten. Die wenigen erheblichen Zahlen der Frauen deuteten auf ähnliche Ergebnisse wie bei den Männern hin. Für eine ausführliche Diskussion ist die Anzahl zu gering.

Insbesondere die internistischen Erkrankungen, degenerativen Erkrankungen und Malignome spiegeln die höhere Altersstruktur der Untersuchungsgruppe wider.

3.3.1. Liegezeiten und Abteilungen

Da bei den Männern auch Patienten mit möglicher Pflegebedürftigkeit im JVK antraten, sind die etwas längeren Liegezeiten im Vergleich zu denen der Frauen am wahrscheinlichsten damit zu begründen. Zumal wenn in den Pflegeabteilungen kein Bett frei war und sich der Aufenthalt durch Wartezeit verlängerte.

Nur 9,7% aller im JVK angetretenen Patienten wurden von der chirurgischen Abteilung und dem Orthopäden betreut. Der Großteil der Begutachtungen erfolgte auf den internistischen Stationen, z. T. in Zusammenarbeit mit Konsiliarern anderer Fachrichtungen. Die Diagnosenergebnisse entsprechen dieser Verteilung.

3.3.2. Internistische Erkrankungen

Die Ergebnisse zeigten, dass die weitaus größten Gruppen die Diagnosen aus den Bereichen Kardiologie und Endokrinologie/ Stoffwechselstörungen waren. Auffällig waren dabei die Zahlen für die KHK, Hypertonus und Diabetes mellitus (2.2.3.2.1.).

Die folgenden Erörterungen zu diesen Erkrankungen sind anwendbar auf zahlreiche andere Krankheitsbilder sowohl aus dem internistischen Fachgebiet als auch aus allen anderen Fachrichtungen.

3.3.2.1. Bedeutung von Herz-Kreislaufkrankungen und Diabetes mellitus in Haft

Bezug nehmend auf die prozentualen Ergebnisse der Tabelle 3 ergeben sich folgende Erklärungsmodelle für die unterschiedlichen Ergebnisse im JVK und in den externen Gutachten:

1. Hypertensive Erkrankung und Diabetes mellitus als „asymptomatische Erkrankungen“

Eine KHK mit pectanginösen Beschwerden oder bei stattgehabtem Herzinfarkt mit Todesängsten fordert vom Betroffenen Respekt. Meist liegt dann Bereitschaft zur Therapie vor.

Bei hypertensiver Erkrankung und Diabetes mellitus verhält es sich oft anders. Die Erkrankungen werden häufig diagnostiziert, wenn sie noch keine spürbaren Symptome hervorrufen. Auch nach Diagnosestellung bedarf es keiner großen Verdrängungskünste, diese Erkrankungen einfach zu ignorieren. Zumal, wenn die Therapie mit Nebenwirkungen von Medikamenten oder Lebensqualitätseinschränkung bei ärztlich empfohlener Änderung des Lebensstils einhergeht. Entsprechend halbherzig ist häufig die Krankheitseinsicht und Therapiebereitschaft.

2. Manipulierbarkeit

„Nützlich“ werden diese Diagnosen im Moment der drohenden Inhaftierung, siehe hierzu auch Keplers Ausführungen (Kepler 2006: „je kränker, desto besser“). In Freiheit kümmerte sich der Betroffene wenig um seine Erkrankung. In der Haftsituation wird die Verantwortung in vollem Umfang dem vollzuglich-medizinischen System übergeben (in der heimlichen Erwartung des Scheiterns der mit der Verantwortung „Betrachten“). Der Therapieerfolg für beide Erkrankungen hängt wesentlich von der Mitarbeit des Patienten ab. Es kommt aller Wahrscheinlichkeit nach zur vorübergehenden oder bleibenden Verschlechterung, wenn ein Patient sich nicht an empfohlene Maßnahmen hält oder diese bewusst hintertreibt. Speziell Erkrankungen, die manipulierbar und wenig spürbar sind, suggerieren einen großen sekundären Krankheitsgewinn, wenn sie zur Haftvermeidung eingesetzt werden.

Selbst wenn bei einem Patienten einwandfrei geklärt werden kann, dass er die notwendigen therapeutischen Maßnahmen torpediert, ist es kaum möglich, ihn soweit zu kontrollieren, dass ihm nicht Möglichkeiten bleiben, seine Gesundheit weiter zu schädigen und viele Menschen mit sich zu beschäftigen. Darüber hinaus ist es immer möglich, dass der Patient „ausnahmsweise“ ohne eigenes Zutun eine Verschlechterung seiner Erkrankung erfährt. Dies ist ein gewisses Dilemma im vollzuglichen System, da bei einer Verschlechterung der Erkrankung in Haft häufig die Haftsituation dafür verantwortlich gemacht wird. Es bedarf hier einer sorgfältigen Dokumentation von Seiten des Personals. Denn, dass das vollzugliche System allein zuständig ist für die Erhaltung der Gesundheit oder des Status quo bei Erkrankung, ist ein Trugschluss. Paragraph 56 des Strafvollzugsgesetzes formuliert ausdrücklich, dass der Gefangene die notwendigen Maßnahmen zum Gesundheitsschutz und zur Hygiene unterstützen muss. Zusätzlich ist der Vollzug nicht verpflichtet, alle sinnvollen Maßnahmen bei einer Erkrankung durchzuführen, sondern er ist nur verpflichtet, sie zur Verfügung zu stellen und sie anzubieten.

Vor diesem Hintergrund erklärt sich zum Teil, warum „leicht manipulierbare“ Erkrankungen im JVK, und allgemein im Strafvollzug, häufiger als Hauptdiagnosen gewertet werden, und in ihrer Bedeutsamkeit manchmal anderen, von rein medizinischer Seite betrachtet, schwereren Erkrankungen, vorgezogen werden.

3. Screening im JVK

Eine weitere Erklärung bietet das Screening im JVK auf derartige Erkrankungen (siehe 2.2.3.2.2.). Bei einigen Hauptdiagnosen im JVK handelt es sich um Neudiagnosen, die einer ersten Einstellung bedürfen, während die anderen, sofern vorhandenen, bekannten Krankheiten nebenbei mitlaufen. In diesen Fällen landet die Diagnose eventuell an erster Stelle, da sie aus aktuellem Anlass an Bedeutung gewonnen hat oder führt zumindest zu einer grundsätzlich prozentual höheren Gesamtrate an Erkrankungen.

4. Stress

Es ist möglich, dass in einigen Fällen tatsächlich Stress ein weiterer Faktor für die höheren Diagnoseanzahlen im JVK ist. Nach Erkenntnissen der Stressforschung und insbesondere der zitierten INTERHEART-Studie (Yusuf S, Hawkin S, Ounpuu S et al.

2004, 1.3.1.3.) kann die (drohende) Haftsituation durchaus als akuter und/oder chronisch belastender Stress wahrgenommen werden mit allen endokrinologischen und neurologischen Regulationen, die bei entsprechender Disposition oder bereits vorliegender Erkrankung sowohl zu erhöhten Blutdruckwerten als auch zu erhöhten Blutzuckerwerten führen können (1.3.1.ff.). Dies kann, je nach weiterem Stresserleben im Verlauf der Haft reversibel sein. Besonders aufgeregte oder ängstliche Patienten, die ihre Haft im JVK antreten, haben tatsächlich häufig in den ersten Tagen pathologische Werte, die sich mit der Länge des Aufenthalts und wieder zunehmender innerer Sicherheit der Patienten normalisieren oder in die „gewohnt“ pathologischen Bereiche abfallen.

5. Veränderter Lebensstil

Die Veränderung des Lebensstils mag ebenfalls mit verantwortlich sein bei der Entstehung dauerhafter oder vorübergehend erhöhter Blutdruck- und Blutzuckerwerte. Im Vollzug, speziell im geschlossenen, ist eine individuelle Lebensführung kaum möglich (1.2.2.). Der Speiseplan ist weitgehend vorgegeben, der Ausgang findet zu bestimmten Zeiten statt, nicht immer kann keine Beschäftigung angeboten werden, so dass der Gefangene fast den ganzen Tag in seiner Zelle verbringt und vor Langeweile eine Zigarette nach der andern raucht und excessiv Kaffee trinkt. Für beide Erkrankungen gilt, dass die Lebensführung ein entscheidender Faktor für die Entstehung und Progression der Erkrankung ist. Patienten, die in Freiheit regelmäßig mit ihrem Hund spazieren gingen, körperlich arbeiteten oder in anderer Hinsicht (körperlich) aktiv waren, haben hier deutliche Nachteile, die insbesondere der geschlossene Vollzug nur in Maßen ausgleichen kann. Der offene Vollzug ist bei diesen Erkrankungen aus ärztlicher Sicht zu bevorzugen.

3.3.2.2. Weitere internistische Krankheitsbilder und ihre Bedeutung für die Haftfähigkeit

Obstruktives Schlafapnoesyndrom mit C-PAP-Beatmung, Pflegebedürftigkeit bei Adipositas per magna, Stomaversorgung, rheumatische und maligne Erkrankungen, HIV werden alle grundsätzlich im Justizvollzug in NRW behandelt. Dialysepflichtige Patienten, die ihre Haft im JVK antreten, werden ambulant zur Dialyse in nahe gelegene Praxen ausgeführt. Patienten mit diesen Erkrankungen und Beschwerden

sind im JVK zur Prüfung der Haftfähigkeit angetreten und in Anstalten, die den medizinischen Bedürfnissen der Patienten gerecht wurden, verlegt worden. Meist erfolgen Vorabsprachen mit den Anstaltsärzten der geplanten Anstalten, um eventuell im Vorhinein notwendige Maßnahmen zu treffen oder zu klären, ob der Patient für die betreffende Anstalt geeignet ist.

Es sind auch Patienten mit einigen der genannten Diagnosen im Vorfeld oder nach Antritt im JVK als haftunfähig eingestuft worden (2.2.4.4.1. und 2.2.6.ff.). Deutlich wird aber, dass eine internistische Erkrankung nur selten zu Haftunfähigkeit führt, auch wenn das Krankheitsbild schwer ist oder ein hoher pflegerischer Aufwand nötig ist.

Folgende medizinische Aspekte waren entscheidend, wenn das JVK Haftunfähigkeit erkannte:

- Keine Befundbesserung oder gar Verschlechterung war zu erwarten
- Die Haftsituation wirkt sich schädigend auf die Erkrankung aus
- Einschränkung der Lebenszeit durch die Diagnose, Erwartung eines zügigen Verfalls
- Mangelnde Einsichtsfähigkeit und Führbarkeit aufgrund geistiger Behinderung verschiedener Genese

Die individuelle Ausprägung einer Erkrankung und der Einfluss der Haftsituation auf die Erkrankung sind entscheidend für die Haftfähigkeit. Eine internistische Erkrankung, die per se haftunfähig macht gibt es nicht.

3.3.3. Psychiatrische Erkrankungen

Laut externen Gutachten litten 133 Männer und 24 Frauen an psychiatrischen Erkrankungen (2.2.3.3.). 27 Männer und 13 Frauen wurden deshalb in den externen Gutachten für haftunfähig gehalten. Die Aufnahme von 19 Männer und 5 Frauen wurde deshalb vom JVK von vornherein abgelehnt. (2.2.6.ff.).

Psychiatrische Diagnosen sind damit führend unter den Erkrankungen, für die sowohl in den externen Gutachten als auch in den internen Stellungnahmen des JVKs nach Aktenlage Haftunfähigkeit festgestellt wurde.

Bei den Frauen führten psychiatrische Diagnosen als Hauptdiagnosen, bei den Männern standen sie an zweiter Stelle. Selbst ohne Berücksichtigung der

Abhängigkeitserkrankungen, nahmen die verbleibenden psychiatrischen Diagnosen noch eine führende Rolle ein.

Der höhere Anteil an psychiatrischen Diagnosen bei Frauen kann einer geringeren inneren Hürde für Frauen, den Psychiater aufzusuchen, zuzuordnen sein. Möglicherweise werden auch im JVK Frauen eher dem Psychiater vorgestellt. Es kann auch sein, dass Frauen anteilig weniger (vermeintlich) somatische Erkrankungen haben als Männer, oder tatsächlich mehr psychiatrische Diagnosen aufweisen, wie Gunn et al. (1991) in ihrer englischen Studie angaben (57% der Frauen und 37% der Männer im Strafvollzug). Auch die Studie aus NRW von Von Schönfeld et al. (2006) unterstützt diese These (1.3.2.2.).

Auffallend ist auch das größere Diagnosenspektrum bei den Frauen. Neben einer geschlechtsspezifisch anderen Erkrankungsanfälligkeit mag auch hier der Grund darin liegen, dass Fachärzte aufgesucht werden und differenzierte Diagnosen stellen, während bei Männern der Hausarzt oder Amtsarzt pauschal auf eine Depression tippt, die als „Volkskrankheit“ weit verbreitet ist und auch für Männer „annehmbar“ ist.

Sowohl bei Männern als auch Frauen kommen nach empirischer Erfahrung im JVK psychosomatische Beschwerden und Persönlichkeitsstörungen häufiger vor, als den Ergebnissen dieser Arbeit zu entnehmen ist. Zu verweisen ist hier auch auf Von Schönfeld et al. (2006), die für 43,4% der Männer und 65,1% der Frauen eine Persönlichkeitsstörung nachwiesen. Fädrieh und Pfäfflin (2000) stellten in ihrer Untersuchungsgruppe einen Anteil von 50% Persönlichkeitserkrankten fest.

Im JVK ist man vorsichtig mit diesen Diagnosestellungen. Persönlichkeitsstörungen können stigmatisieren und ermöglichen es dem geneigten Gegenüber, betroffene Patienten forthin weniger ernst zu nehmen. Ähnliches gilt für psychosomatische Störungen. Körperliche Beschwerden könnten seltener somatisch abgeklärt werden, wenn diese Vordiagnose besteht. Darüber hinaus ist die exakte Diagnosestellung durch Fachärzte vorzunehmen. Stationsärzte des JVKs sind keine Psychiater oder Fachärzte für Psychosomatik sondern Ärzte der internistischen und chirurgischen Fachbereiche.

3.3.3.1. Abhängigkeitserkrankungen

Abhängigkeitserkrankungen wurden häufig als führende Diagnosen genannt. Aus dem Kontext wird deutlich, dass sowohl in den externen Gutachten, als auch im JVK

Erstdiagnosen mit notwendigem Entzug bei Haftantritt in Verbindung zu bringen sind und nicht mit Haftunfähigkeit. Entscheidend war für die Haftfähigkeit die Komorbidität bei Suchtkranken (desolater Gefäßstatus mit Infarkten, Leberzirrhose oder Hepatitis, alkoholische Enzephalopathie etc.). Häufig wurde in externen Gutachten auf die Notwendigkeit der Weitersubstitution bei Patienten, die im Substitutionsprogramm waren hingewiesen. Manche externen Gutachter hielten eine Inhaftierung für gesundheitsförderlich oder sogar lebensrettend, da sie offenbar gutgläubig davon ausgingen, dass der Betroffene in Haft der Droge nicht mehr ausgesetzt sei.

Abhängigkeitskrank sind nach eigenen Ergebnissen 37,5% der Männer und 42% der Frauen. Es ist davon auszugehen, dass die Zahlen des JVKs eher der tatsächlichen Erkrankungsrate entsprechen, als die niedrigeren Zahlen der externen Gutachten. Sie sind wahrscheinlich darauf zurückzuführen, dass die Betroffenen ihre Sucht beim Gutachter nicht benannten oder sie im ambulanten Termin nicht auffiel.

Verglichen mit den Zahlen des Justizvollzugsamts NRW fallen die Zahlen der eigenen Ergebnisse etwas niedriger aus. Im Vergleich zu den Ergebnissen von Schönfelds et al. (2006) aus dem geschlossenen Vollzug in Bielefeld-Brackwede für Alkoholabhängigkeit und polyvalente Suchterkrankung (1.3.2.2.) liegen die Ergebnisse der Untersuchungsgruppe (2.2.3.3.2.) unter denen von Schönfelds.

In der untersuchten Gruppe liegt sowohl bei Frauen als auch Männern der Anteil der Alkoholkranken vor dem der polyvalent Suchtkranken. Es ist zu vermuten, dass die höhere Altersstruktur der Untersuchungsgruppe zu einer geringeren Gesamtzahl und anderen Verteilungen der einzelnen Abhängigkeitserkrankungen führt.

Ebenfalls ist die Deliktverteilung in den Gruppen unterschiedlich. Insbesondere der hohe Anteil an Verkehrsdelikten ist z. T. in Zusammenhang zu sehen mit Alkohol am Steuer. Delikte, die mit Beschaffungskriminalität bei (polyvalenter) Suchterkrankung in Verbindung zu bringen sind, kommen vergleichsweise seltener vor.

Bei einem von 5 Patienten, die das JVK für haftunfähig hielt, lag eine Alkoholkrankheit vor, die selbst nicht ausschlaggebend war für die Beurteilung, wohl aber die Folgeerkrankungen (2.2.4.4.1.).

Es bleibt zu vermerken, dass den Untersuchungsergebnissen zu entnehmen ist, dass Suchterkrankungen weder von externen Gutachtern noch von vollzuglich-

medizinischer Seite als Erkrankungen gewertet werden, die unter Haftbedingungen nicht zu versorgen wären.

Versorgung Abhängigkeitserkrankter in Haft

Etwa die Hälfte der polytoxikoman erkrankten Patienten im JVK wurde in Freiheit mit Methadon oder Polamidon substituiert. Mindestens in einem Fall erfolgte trotz dringenden Anratens durch das JVK und den bisher in Freiheit substituierenden Arzt keine Weitersubstitution in der Anstalt (Falldarstellung unter 2.2.5.2.).

Konrad (2004b) spricht im Zusammenhang mit Abhängigkeitserkrankungen in Haft vom „therapiefeindlichen Klima des Normalvollzugs“.

Wie bereits dargelegt (1.2.4.4.) hat ein Patient, der in Freiheit durch einen in Suchtmedizin ausgebildeten Arzt substituiert wurde, keinen Anspruch auf Weitersubstitution in Haft. Im Anstaltsalltag kollidieren therapeutische Ansprüche oder Notwendigkeiten häufig mit vollzuglichen Belangen. Ob tatsächlich fachlich-sachliche Gründe auf Seiten der Ärzte und echte Organisationsprobleme auf Seiten des Vollzugs vorliegen, wenn auf Substitution verzichtet wird oder verkürzte Entzüge nach „hauseigenem“ Schema durchgeführt werden, steht in Frage.

Aus suchtmedizinischer Sicht und dem gesetzlichen Anspruch heraus, dass die medizinische Versorgung innerhalb wie außerhalb des Vollzugs sich entsprechen soll, besteht hier weiter Handlungsbedarf. Der „Drogenerlass“ von 1998 (1.2.4.4.) war bereits ein entscheidender Schritt.

3.3.3.2. Suizidalität

Den vorliegenden Ergebnissen ist zu entnehmen, dass es zu keinem „erfolgreichen“ Suizid kam. Dokumentiert wurden zwei Suizidversuche, einer im JVK und einer in der JVA (2.2.3.3.1.).

Angesichts der unvollständigen Informationen aus den Anstalten für Männer sind diese Ergebnisse nicht repräsentativ für den Verlauf in den Anstalten. Für das JVK gilt allerdings, dass von den 20 zu erwartenden suizidalen Patienten (gemäß externen Gutachten) nur einer tatsächlich einen Suizidversuch bei Haftantritt unternahm.

Bei den Frauen sind weder im JVK noch in den JVAen Suizidversuche oder Absichten dokumentiert. Bei den drei Patientinnen im JVK handelt es sich um

Patientinnen mit bekannten Suizidversuchen in Freiheit und der Ankündigung von Suizidalität bei Haft. Im JVK wurde in allen drei Fällen „Z.n. mehreren Suizidversuchen“ diagnostiziert, keine aktuellen Versuche.

Einige Punkte, in denen sich die Daten der Gutachtenpatienten von den durchschnittlichen Daten Inhaftierter unterscheiden, mögen für ein anderes suizidales Potential sprechen als bei der durchschnittlichen Gefangenenstruktur der JVAen:

- Häufiger in festen Partnerschaften
- Keine Untersuchungshäftlinge mit unsicherer Perspektive (1.3.2.3.)
- Meist absehbare Haftdauer
- Meist offener Vollzug geplant
- Höherer Altersdurchschnitt, dadurch möglicherweise weniger impulsiv als junge Gefangene, allerdings höheres Risiko für Bilanzsuizid

3.3.3.3. Depression und Angststörungen

Nach Konrad (2004a) ist die akute endogene Depression eine der Diagnosen, die allein als Erkrankung zur Haftunfähigkeit führt. Wie bereits ausgeführt (2.2.3.3.), entstand bei der Auswertung der Daten der Eindruck, dass es sich häufig nicht um „harte“ Diagnosen handelte. Reaktive Niedergestimmtheit und Angst sind normale Reaktionen auf geplante Haft und machen vermutlich einen gewissen Anteil der genannten Diagnosen aus. Je nach Erleben und Bewerten des Patienten (siehe auch Stressmodell nach Lazarus) kann sich der Haftantritt lindernd oder verstärkend auf die (noch nicht) pathologische Symptomatik auswirken.

Bezug nehmend auf die Ausführungen des Bundesverfassungsgerichts (1.1.2.) wäre es fatal für das Rechtssystem und nach Auslegung des § 455 StPO falsch, wenn diese Patienten die Haft nicht anträten.

Die unterschiedlichen Verteilungen der Diagnosen Depression und Angst- und Panikstörung in den Ergebnissen für Männer und Frauen mag tatsächlich geschlechtsspezifisch sein. Die Ergebnisse von Schönfelds et al. (2006), die mittels standardisierter Fragebögen ermittelt wurden, weisen in diese Richtung.

3.3.3.4. Psychotische Störungen

Akute Psychosen oder psychotische Schübe bei schizophrenen Patienten kamen im JVK nicht vor. 14 Männer und 2 Frauen litten laut externen Gutachten an psychotischen Störungen (6% und 5%), meist unklar welcher Akuität, im JVK wurden für 7 Männer (5%) und eine Frau psychotische Ereignisse in der Vorgeschichte dokumentiert. Gunn et al. (1991) beschrieben einen Anteil von 2% der Inhaftierten mit psychotischen Erkrankungen, Konrad (2003b) erfasste 10% psychotische Störungen in einer Untersuchung an Gefangenen mit Ersatzfreiheitsstrafen. Gemäß Von Schönfeld et al. (2006) waren bei 3,9% der Männer und 12,7% der Frauen psychotische Störungen (aktuelle Prävalenz) feststellbar. Die eigenen Ergebnisse liegen für Männer zwischen denen der genannten Untersuchungen. Die Ergebnisse der Frauen lassen sich angesichts geringer Zahlen nicht vergleichen.

Aus den JVAen wurde von einem Mann berichtet, der aufgrund eines psychotischen Schubs bei bekannter Schizophrenie einer stationären Unterbringung mit Haftunterbrechung bedurfte (siehe 2.5.1.1.). Laut externen Gutachten und JVK war diese Erkrankung bekannt. Ein akuter Schub wurde weder im externen Gutachten, noch im JVK dokumentiert. Nach Konrad (2004a) führt der akute Schub, nicht die schubförmig verlaufende Schizophrenie selbst zur Haftunfähigkeit (1.1.1.).

3.3.4. Neurologische Erkrankungen

In beiden Gruppen führten Apoplex und Epilepsie/ Krampfereignisse, allerdings in umgekehrter Reihenfolge für die externen Gutachten und das JVK (2.2.3.4.). Dies mag mit der unterschiedlichen Gewichtung zusammenhängen.

Einige Patienten mit Apoplex traten im JVK nicht an, damit erklärt sich die geringere Diagnosenzahl. Die relativ und absolut höhere Diagnosenzahl im Fall der Anfallsleiden im JVK kann verschiedene Gründe haben. Möglich ist, dass in den externen Gutachten bei einigen Patienten Anfallsleiden nicht aufgeführt wurden, oder Patienten mit Anfallsleiden keine externen Gutachten hatten. Möglich ist auch, dass es sich um psychogene Ereignisse handelte, die erst unter Haftbedingungen auftraten oder dass sie manipulativen Ursprungs waren. Auch die Bewertung im vollzuglich-medizinischen System wird mit eingeflossen sein. Im Vollzug haben Patienten mit Anfallsleiden einen besonderen Stellenwert, da für sie in der Regel

besondere Sicherungsmaßnahmen wie gemeinschaftliche Unterbringung oder nur geschlossener Vollzug vorgesehen sind (1.2.3., spezielle vollzugliche Maßnahmen bei bestimmten Erkrankungen). Ob diese Maßnahmen gerechtfertigt sind und in einem angemessenen Verhältnis zu der Erkrankung stehen, sei dahingestellt.

3.3.5. Orthopädische und chirurgische Erkrankungen

In beiden Fächern handelte es sich beim überwiegenden Teil der Diagnosen um chronische und langwierige Erkrankungen oder um „Zustände“, wie Z. n. Billroth-II-Operation oder Z. n. Wirbelsäulen-Operation etc. In der Frage der Haftfähigkeit bei diesen Diagnosen ging es eher darum, ob Pflegebedürftigkeit bestand und ob der Vollzug diese Möglichkeiten bieten konnte. Der große Anteil der Wirbelsäulenerkrankungen spiegelt die Volkskrankheit „Rückenleiden“ wider und ist in Zusammenhang mit der Altersstruktur zu sehen. Dies gilt ebenfalls für die degenerativen Erkrankungen. Auffallend ist die hohe Zahl der Wundheilungsstörungen im JVK. Sie traten zumeist im Zusammenhang mit Polytoxikomanie auf (z. B. Spritzenabszesse). Nach Möglichkeit wurde im JVK die Heilung angestrebt, die bei desolatem Allgemeinzustand entsprechend lange dauerte. Eindrückliches Beispiel ist der „Dauerpatient“, der 566 Tage im JVK verbrachte (2.2.4.4.2.). In Freiheit wäre mit größter Sicherheit bei fortgesetztem Drogenkonsum eine Amputation unvermeidbar gewesen. Dass im JVK für chirurgische Diagnosen höhere Zahlen als in den in Freiheit erfolgten Gutachten vorliegen, ist am wahrscheinlichsten darauf zurückzuführen, dass die Gewichtung und Diagnostik auf einer chirurgischen Station anders ist, als die eines Arztes des Gesundheitsamtes, der meist eher einen „internistischen“ Blick hat.

3.3.6. „Stress“: gesundheits-gefährdender Risikofaktor

Den Ausführungen unter 1.3.1.ff. ist zu entnehmen, dass Stress zur Verschlechterung oder Manifestation zahlreicher Erkrankungen beitragen kann. Diese Tatsache versuchen sich Rechtsanwälte, Patienten, Ärzte und Therapeuten in ihrer Argumentation gegen die Haftfähigkeit zunutze zu machen. Es werden in diesem Zusammenhang häufig erstaunliche Forderungen an den gesundheitlichen Schutz der Patienten durch das medizinisch-vollzugliche System gestellt. Sie sind

häufig nicht vergleichbar mit den Anforderungen an die medizinische Versorgung in Freiheit (2.2.4.ff).

Übernimmt man die Argumentationskette, sollte berücksichtigt werden, dass die Patienten (vermeidbarem) Stress ausgesetzt werden, während sie auf das mögliche Erlassen ihrer Haftstrafe hoffen. Die Gesundheitsschädigung durch chronischen Stress, bei zum Teil jahrelangem Ringen um Haftunfähigkeit und einer Haftstrafendauer, die häufig unter dieser Zeit des Wartens liegt, mag enorm sein und nicht weniger schädlich.

Die Anspannung ist in manchen Fällen vergleichbar mit der Belastung während einer Verhandlung. Gemäß dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zur Verhandlungsfähigkeit (1.1.2.) ist der Risikofaktor Stress nicht auszuschließen und als solcher kein Grund, Verhandlungsfähigkeit in Frage zu stellen. Diese Einschätzung dürfte sich auch auf die Haftfähigkeit übertragen lassen.

Der Argumentation, dass Stress in Haft vermehrt auftrete, ist daher entgegenzusetzen, dass insbesondere falsch informierte oder informierende Ärzte, Therapeuten und Rechtsanwälte den Verurteilten unnötigem Stress aussetzen, indem sie ihm falsche Hoffnungen bezüglich einer Haftvermeidung aus gesundheitlichen Gründen machen.

Bezogen auf die Frage, ob der Stress als vermeidbarer Risikofaktor „außerhalb des Strafzecks liege“, ist zu sagen, dass Stress in seiner psychosozialen Bedeutung nach Lazarus (1966) sowohl im Sinne des Besserungs- wie des Strafgedankens (3.6.4.) als willentlich herbeigeführter Anpassungsdruck „innerhalb“ des Strafzecks liegt. Von der Wahrnehmung, Bewertung und Anpassungsfähigkeit des Inhaftierten ist abhängig, ob und in welcher Form er die Haft als „Stress“ erlebt.

3.3.7. Instrumentalisierung einer Erkrankung zur Haftvermeidung

Der Versuch, mittels Verzögerung eines notwendigen medizinischen Eingriffs den Haftantritt zu vermeiden, kann für den Verurteilten nachteilig enden. Die Verzögerung kann aus verschiedenen Gründen zur Verschlechterung der Erkrankung führen. Erfolgt die Inhaftierung trotz Verzögerungsversuchs und stimmt der Inhaftierte in Haft z. B. einer Operation zu, wird diese unter Berücksichtigung vollzuglicher Sicherheitsmaßnahmen (1.2.4.1.) durchgeführt und zumeist vom Betroffenen als unangenehm erlebt.

Wer einem Verurteilten zu einer derartigen Verzögerungstaktik rät, schadet diesem letztlich. Profitieren wird nur die Krankenkasse des Verurteilten, da normalerweise die Kosten für medizinische Maßnahmen innerhalb der Haftzeit vom Staat getragen werden.

In der Regel stimmt die Staatsanwaltschaft auf Antrag einer Verschiebung des Strafantritts zu, wenn eine wichtige medizinische Maßnahme ansteht und in absehbarer Zeit ernsthaft geplant ist.

3.4. Beurteilung der Haftfähigkeit

Ein direkter Vergleich der Ergebnisse der externen Gutachten und des JVKs bezüglich der Haftfähigkeit ist nicht sinnvoll. Zu unterschiedlich sind die Wege der jeweiligen Entscheidungsfindung und die vorauszusetzenden Kenntnisse. Dass in den externen Gutachten weit weniger Patienten eindeutig normal haftfähig waren als im JVK spricht nicht unbedingt für eine falsche Beurteilung, aber auch nicht für Entscheidungsfreude. Patienten, die vom JVK in normale Anstalten verlegt wurden, mögen bei Haftantritt durchaus unter die Kategorie „eingeschränkt haftfähig“ gefallen sein. Dies in Fällen, bei denen es sich nicht nur um die diagnostische Abklärung handelte, die eine Haftfähigkeit bestätigte, sondern wenn eine Behandlung erfolgte, die eines stationären Aufenthalts bedurfte. Grenzfälle sind bei dieser Argumentation z. B. die Einstellung eines neu diagnostizierten Diabetes mellitus oder Hypertonus. Dies ist auch unter ambulanten Bedingungen in einer normalen JVA möglich und in manchen Fällen sinnvoller, da näher an den vorläufig realen Lebensbedingungen. Die Ergebnisse der Bewertungen der Haftfähigkeit des JVKs sind Ergebnisse nach abgeschlossener stationärer Behandlung und/oder Diagnostik.

3.4.1. Ergebnisse der externen Gutachten für Mehrfachbegutachtete

Auffallend bei den Männern war die „Tendenzumkehr“ in der Haftfähigkeitsbewertung der externen Gutachten für Verurteilte, die mehrfach begutachtet wurden. Während die Verurteilten in ihren ersten Gutachten eher als haftunfähig bewertet wurden, ergaben sich für die zuletzt angefertigten Gutachten deutlich weniger Stellungnahmen, die eine Haftunfähigkeit sahen (2.2.4.2. und Tab. 8). Mögliche Erklärungen, die sich aus detailliertem Studium der externen Gutachten ergaben sind folgende:

- Veränderung (zum Besseren) des Gesundheitszustands
- Gleicher oder neuer Gutachter kommt zu neuen oder weiteren Ergebnissen
- Neuer Gutachter bewertet anders
- Versuch, eine endgültige Entscheidung herbeizuführen bei hartnäckig bleibender Staatsanwaltschaft

Für die letzten Gutachten und die Einmalgutachten galt, dass eindeutige Haftfähigkeit ähnlich oft gesehen wurde wie Haftunfähigkeit. Überwiegend wurde die Haftfähigkeit „irgendwo dazwischen“ gesehen (2.2.4.2.). Die Ergebnisse für Männer und Frauen waren ähnlich - mit einer leichten Tendenz zu vermehrter Haftunfähigkeit bei Frauen.

3.4.2. Vergleich der Ergebnisse für Männer und Frauen in der Beurteilung des JVK

Laut JVK waren nach stationärer Begutachtung mehr als zwei Drittel der Männer und drei Viertel der Frauen haftfähig in einer normalen JVA.

Dass die angetretenen Frauen häufiger normal haftfähig waren, als die Männer erklärt sich aus der höheren Quote an Ablehnungen (55,5% versus 30,5%) von Frauen durch das JVK im Vorfeld vor allem bei abzusehender Pflegebedürftigkeit (2.2.6.2. und 2.2.6.3.).

Für die Theorie, dass die Frauen der Untersuchungsgruppe weniger krank sind, spräche die etwas kürzere Liegezeit im JVK im Verhältnis zu der der Männer (2.2.3.9.) und weniger Folgeaufenthalte im JVK.

Fast alle Frauen, die extern gutachterlich für haftunfähig gehalten wurden, hatten psychiatrische Diagnosen z. T. mit fachärztlichen Gutachten und Berufung auf laufende Psychotherapie, häufig ohne weitere somatische Zusatzdiagnosen. Da das JVK keine psychiatrische Abteilung hat (erst seit 4/2006 eine psychiatrische Akutstation für Männer), musste in diesen Fällen häufig im Vorfeld abgelehnt werden.

Bei den in den externen Gutachten als haftunfähig beurteilten Männern ist es anders. Hier haben zwar auch 66% eine als relevant gewertete psychiatrische Diagnose, aber sie haben häufig noch „somatische“ Zusatzdiagnosen, die für das JVK durchaus zu bewältigen sind. Die Neigung, diese Patienten zur Prüfung der Haftfähigkeit einzubestellen, ist größer. Hinzu kommt die Erfahrung, dass viele Patienten mit psychiatrischer Diagnose gar nicht so krank zu sein scheinen und,

dass es grundsätzlich viele psychiatrisch Erkrankte in Haft gibt, die auch nicht alle für haftunfähig gehalten werden. Eine ganz andere Frage ist, ob sie zu Recht in Haft sind, bloß weil sie in Haft sind. Die medizinische Versorgung für psychiatrisch Kranke ist bei Weitem nicht ausreichend, wie dies mehrere Studien belegen (1.2.4.3.) und entspricht somit nicht dem Äquivalenzprinzip (1.2.3.).

3.4.2.1. Erkrankungen der extern als „haftunfähig“ Gewerteten

Psychiatrische Erkrankungen führten, es folgten Herz-Kreislauf-Erkrankungen und maligne Erkrankungen mit infauster Prognose. Multimorbidität und Stress wurden ebenfalls genannt. Sowohl bei den Männern als auch den Frauen führen die Diagnosen des psychiatrischen Fachgebiets, dem einzigen neben dem neurologischen, in dem allein das Vorliegen bestimmter Erkrankungen als Faktor für eine Haftunfähigkeit ausreicht, wie Konrad (2004a) darlegt.

Zur Bedeutung der einzelnen Krankheitsbilder für die Haftfähigkeit und im Haftalltag, sowie des Faktors „Stress“ ist auf die Kapitel 3.3.2. ff. und 3.3.6. zu verweisen.

3.4.2.2. Dauerhaft Patient im JVK

Zwei Patienten verbrachten ihre gesamte und lange Haftzeit im JVK, obwohl sich das JVK ausdrücklich als Akutkrankenhaus definiert. Beide fielen durch Incompliance auf bei „teuren“ Erkrankungen. Vom JVK wurde offenbar eine Haftfähigkeit gesehen. Hier werden verschiedene Faktoren eine Rolle gespielt haben:

- Incompliance
- Keine drohende Lebensgefahr bei schwerer Erkrankung
- Die medizinische Versorgung gemäß Äquivalenzprinzip ist gewährleistet
- Erwartung der Besserung der Befunde bzw. der Mitarbeit der Patienten, so dass Verlegung in normale JVA möglich geworden wäre

Derartige Faktoren mögen für alle Patienten gelten, die sehr lange im JVK waren. Die genannten Argumente führen im Sinne der Absätze 1 und 2 des § 455 StPO (1.1.1.) zu keiner Haftunfähigkeit. Zu diskutieren wäre eventuell Absatz 3, der übermäßigen Aufwand für eine Anstalt auszuschließen versucht. Andererseits darf eine mangelnde Mitarbeit, wie sie in beiden Fällen vorliegt, nicht die Haftfähigkeit beeinflussen. Bezug nehmend auf die Verhandlungsfähigkeit legt das Bundesverfassungsgericht (1979) dar, dass die Umsetzung der Rechtsstaatlichkeit

nicht an mangelnder Mitarbeit oder manipulativen Tendenzen des Angeklagten scheitern darf. Gleiche Kriterien sollten für die Umsetzung einer Haftstrafe gelten, die im Rahmen der Rechtsstaatlichkeit ausgesprochen wurde.

3.4.3. Begründungen des JVKs bei Haftunfähigkeit

Bei den fünf Patienten, 4 Männern und einer Frau, die im JVK für haftunfähig gehalten wurden, gab es folgende Erklärungen:

- Mangelnde Einsichtsfähigkeit in den Zweck der Haft bei hirnerkranklicher Störung
- Verschlechterung der ohnehin schweren Erkrankung unter vollzuglichen Bedingungen
- hohe medizinische Anforderungen (finanzieller und personeller Aufwand) bei Erkrankungen mit deutlich eingeschränkter Lebenserwartung

Die Staatsanwaltschaft kam den Stellungnahmen des JVKs nach und entließ die Patienten in Freiheit (2.2.4.4.1.).

Eine Haftunterbrechung erfolgte bei vier Patienten. Zwei Patienten wurde nach Antritt im JVK eine Unterbrechung zur Durchführung aufwendiger notwendiger Operationen mit anschließenden RehaMaßnahmen gewährt. Zwei Patienten bekamen im Laufe der Haft eine Unterbrechung, einmal aufgrund eines akuten Schubs bei bekannter Schizophrenie, einmal wegen eines neu diagnostizierten Rectumcarzinoms.

In allen genannten Fällen lag Haftunfähigkeit nach § 455 StPO vor. Grundsätzlich wäre es im Falle der Haftunterbrechungen wegen einer Operation möglich gewesen, diese unter vollzuglichen Bedingungen durchzuführen. Es erfolgte hier eine Kosten-Nutzen-Abwägung gemäß Absatz 3.

Es ist zu bedenken, dass das JVK eine jahrelange Erfahrung in der stationären Beurteilung hat und weit mehr Zeit als die externen Gutachter für die Beurteilungen. Außerdem hat das JVK eine „Erfolgskontrolle“. Die Entscheidung der Staatsanwaltschaft fällt positiv oder negativ aus und der Patient wird haftentlassen oder nicht. Eine derartige „Rückmeldung“ fehlt den externen Gutachtern. Sie fehlt auch meist in den Fällen, in denen das JVK nach Aktenlage einen Patienten ablehnt.

3.4.4. Gründe, die externe Gutachter bewegen, Haftunfähigkeit zu erkennen

Mangelnde Sachlichkeit bei vorliegendem Arzt-Patienten-Verhältnis beschreibt Keppler (2006) in seiner Darstellung des „subjektiven“ Arztes. Die externen Gutachter dieser Untersuchung fallen nach Keplers Definition unter die Gruppe der „objektiven“ Ärzte, deren Begutachtungsergebnisse er für valide hält.

In der vorliegenden Arbeit werden einige Ausführungen externer Gutachter für diskussionsbedürftig erachtet, die direkt oder indirekt zum Schluss führen, dass der Begutachtete haftunfähig sei (Beispiele unter 2.2.4.).

Insbesondere realitätsfremde Forderungen nach „Rundumbetreuung“ sind in Frage zu stellen. Nach dem Äquivalenzprinzip ist eine derartige Umsetzung nicht nötig und nach objektivem Ermessen nicht angebracht. Auch in Freiheit hat z. B. ein Herzkranker nicht ohne Unterlass einen Arzt an seiner Seite oder ist dauerhaft stationär untergebracht.

Stellungnahmen, die vorläufige Haftunfähigkeit sahen und zur Wiederbegutachtung nach einem Zeitraum von z. B. einem Jahr rieten, waren ebenfalls nicht immer nachvollziehbar.

Die Empfehlungen zur „Übersorgung“ oder Wiederbegutachtung erfolgten aus verschiedenem Antrieb:

- Ärztliche (Über-)Fürsorge für das Wohl eines als sehr krank oder labil eingeschätzten Patienten
- Indirekter Ausdruck der Meinung: „Patient gehört nicht in Haft“
- Rechtliche Absicherung der eigenen Person für den Fall der Inhaftierung
- Unkenntnis der medizinisch-vollzuglichen Möglichkeiten
- Unsicherheit in der Beurteilung (zu wenig Information, noch ausstehende Untersuchungen, laufende Therapien)
- Abwarten wollen der Befundbesserung oder der Gesundung des Patienten
- Gedankenlosigkeit

Mögliche Folgen waren oder können sein:

- Staatsanwaltschaft geht von Haftunfähigkeit aus angesichts der (angeblich) erforderlichen Bedingungen
- Staatsanwaltschaft gibt Anfrage zur Begutachtung an das JVK weiter
- Staatsanwaltschaft setzt Haft aus und lässt nach einem Zeitintervall erneut prüfen

- Begutachteter sieht sich in seiner Annahme, nicht oder eingeschränkt haftfähig zu sein bestätigt
- bei bleibender Ungewissheit bleibender möglicher „Stress“ für Verurteilten mit entsprechend möglichen Folgeschäden
- mögliche „Chronifizierung“ einer Erkrankung oder mangelnder Antrieb zur Gesundung wegen des sekundären Krankheitsgewinns der Nichtinhaftierung (Keppler 2006)
- Verzögerung eines Haftantritts mit überschaubarer Haftstrafendauer, z. T. um viele Jahre

Einige der Argumentationsgründe sind unsachlich oder unangebracht. Insbesondere die indirekte Meinungsäußerung, dass der Patient nicht in Haft „gehört“, steht dem Gutachter nicht zu, sondern ist staatsanwaltschaftlich zu bewerten. Sie ist dem Patienten nur selten dienlich (zur Vermeidung der Haft), da der Gutachter nicht letzte Instanz ist, seine Aussage möglicherweise nur eine Verzögerung nach sich zieht und falsche Hoffnungen beim Begutachteten wecken.

3.5. Haftverlauf in den Justizvollzugsanstalten

Ausnahmsweise führten hier die Frauen mit einem Rücklauf von (fast) 100%. Dies lag daran, dass nur in 4 der 5 Frauen-Haftanstalten in NRW verlegt wurde und diese alle antworteten. Bezogen auf auswertbare Daten lag der Rücklauf bei Männern bei nur 33%. Bei den Männern kam es häufig zu Verlegungen innerhalb der Anstalten und Vollzugsarten. Aus 8 von 23 Männervollzugsanstalten kamen keine Antworten.

Zusammenfassend deuten die Daten darauf hin, dass eine im JVK ausgesprochene Haftfähigkeit in den meisten Fällen auch im Verlauf der Haft bestehen bleibt. Die Rate der „problematischen“ Patienten ist bei Männern und Frauen ähnlich (19% und 22%). Für Patienten, die in der Pflegeabteilung Hövelhof versorgt wurden, ergaben sich unkomplizierte Verläufe. Bei den Frauen, die in den externen Gutachten zum großen Teil psychiatrische Erkrankungen hatten, wurde nur zweimal fachärztliche Betreuung angegeben. Ob sie nicht nötig war, steht in Frage angesichts der hohen Diagnosezahlen im JVK und der Ergebnisse nach Gunn et al., die eine Erkrankungsrate von 57% bei Frauen feststellten. Ebenso sei auf die Ergebnisse von Schönfelds et al. (2006) verwiesen (1.3.2.2.). Hier ist erneut auf die unzureichende psychiatrisch-medizinische Versorgung für Inhaftierte beiderlei Geschlechts im Justizvollzug hinzuweisen.

Bei den 39 Männern, zu denen es keine Angaben gab, da sie in andere Anstalten verlegt wurden, kann die Vermutung geäußert werden, dass sie immerhin im vollzuglichen System eingegliedert waren und es zu keinen Haftentlassungen aus medizinischen Gründen bis zum Zeitpunkt der Verlegung kam. Für diese These spricht, dass die angegebenen Verlegungszeitpunkte durchaus Aufenthaltszeiträume von Wochen bis Jahren in den angefragten JVAen belegten und die Verlegung in andere normale Haftanstalten erfolgte (nicht in externe Krankenhäuser, JVK oder Freiheit).

3.6. Haftfähigkeit der Männer und Frauen in NRW

Die Zahlen für die Haftfähigkeit gemäß der Beurteilung durch das JVK differieren in Abhängigkeit von der Auswertungsform (2.2.6.3.). Nimmt man nur die Ergebnisse für die im JVK Angetretenen, sind 95% der Männer und Frauen haftfähig. Offenbar erfolgt eine Zusage des JVKs zur stationären Prüfung der Haftfähigkeit nur, wenn aufgrund der Aktenlage davon auszugehen ist, dass grundsätzlich eine Haftfähigkeit vorliegt.

Bezieht man in die Berechnung die Stellungnahmen des JVKs ein, die allein nach Aktenlage erfolgten und keine Haftfähigkeitsprüfung im JVK vorsahen, ergibt sich ein Anteil von 30,5% der Männer und 55,5% der Frauen, die aus verschiedenen Gründen für haftunfähig gehalten wurden. Wären alle haftfähig, die aus Kapazitätsgründen vom JVK abgelehnt wurden, lägen die Zahlen bei 24% haftunfähigen Männern und 29% haftunfähigen Frauen. Ginge man zusätzlich davon aus, dass die Verurteilten, die eine Ladung ins JVK zur Prüfung der Haftfähigkeit erhielten auch gekommen wären (35 Männer und 7 Frauen) und alle haftfähig gewesen wären (siehe Ausführungen oben, 95% Haftfähigkeit bei stationärer Begutachtung) ergäben sich folgende Zahlen: von insgesamt 251 Männern wären 21% haftunfähig und von insgesamt 52 Frauen 25%. Würden im JVK psychiatrische Begutachtungen erfolgen, hätten weitere 19 Männer und 4 Frauen begutachtet werden können, die nach Aktenlage wegen psychiatrischer Diagnosen abgelehnt worden waren.

Deutlich wird, dass sich aufgrund fehlender Begutachtungsmöglichkeiten (psychiatrisch) und fehlender Kapazitäten (vor allem Pflegeplätze) insbesondere bei

den Frauen hohe Zahlen für Haftunfähigkeit ergeben. Fast 20% der Frauen wurden allein aufgrund fehlender Pflegeeinheiten abgelehnt.

3.6.1. Bedeutung der vollzuglich-medizinischen Strukturen in NRW für die Haftfähigkeit

In NRW ergibt sich für Männer und Frauen, sofern sie zur Prüfung der Haftfähigkeit im JVK antraten, eine hohe Rate Haftfähiger. Dies ist im Wesentlichen auf das Vorhandensein des JVKs und der Pflegeabteilungen für Männer zurückzuführen, allerdings auch auf die „Vorauswahl“, die das JVK trifft, wenn es Zusagen oder Absagen zur Prüfung der Haftfähigkeit aufgrund der Aktenlage gibt. Im JVK liegt eine jahrelange Erfahrung in der Beurteilung von „staatsanwaltschaftlichen“ Patienten vor. Zusätzlich sind die Haftbedingungen in den JVAen den Ärzten im JVK weitgehend bekannt. Ein großer Vorteil ist, dass nicht aufgrund eines einmaligen ambulanten Termins bewertet werden muss, sondern eine längere Zeitspanne sowohl eine umfangreichere Diagnostik ermöglicht als auch eine Beobachtung des Patienten in seinem ganzen Verhalten und Krankheitserleben. Patienten, die tatsächlich verunsichert und besorgt sind, da sie keine Vorstellungen vom Vollzug und der medizinischen Betreuung haben, kann hier die Angst genommen werden. Patienten mit wenig Mitarbeitsbereitschaft oder manipulativen Tendenzen können eher erkannt und kontrolliert werden, als dies in der Anstalt oder in Freiheit möglich ist. Hier eignen sich Medikamentenspiegel, Medikamentengabe unter Aufsicht, eventuelle Unterbringung auf der Intensivstation zum Monitoring, Ein- und Ausfuhrkontrolle etc. Diese Maßnahmen dienen auch der rechtlichen Absicherung des Justizvollzugs und der später betreuenden Anstaltsärzte.

Das JVK kann außerdem Patienten, die der festen Überzeugung sind, haftunfähig zu sein, da ihnen dies ihr Anwalt, Hausarzt etc. versichert hat, zur Realität zurückführen. Häufig treten diese Patienten zunächst „großspurig“ auf und sind anfangs eher wenig kooperativ. Bei entsprechender Zähigkeit des medizinischen Personals mit fachlicher Beratung und professioneller therapeutischer Betreuung finden sich die meisten dieser Patienten irgendwann mit der Situation ab, ohne weiter ihre Erkrankungen zu instrumentalisieren oder im schlimmeren Fall zu ihrem Schaden zu manipulieren.

Die Pflegeabteilungen in den JVAen betreuen männliche Patienten, die aufgrund schwerer Erkrankung oder Behinderung vom JVK für pflegebedürftig gehalten

werden. Zusätzlich werden in Ausnahmefällen Patienten mit ernsthaften Erkrankungen aufgenommen, die zwar nicht unbedingt einer umfangreicheren Betreuung durch medizinisches Personal bedürfen als dies in einer normalen Anstalt möglich wäre, die aber schwer führbar sind im Umgang mit ihrer Erkrankung (Beispiel 2.2.5.1.).

3.6.2. Unterschiedliche Haftfähigkeit für Frauen und Männer in NRW

Problematisch ist, dass es für Frauen weder im JVK noch in den anderen JVAen eine Pflegeabteilung gibt. Es gibt ebenfalls keine psychiatrische Abteilung im JVK für psychiatrisch stationäre Bedürftigkeit während der Haft. Ob dies rechtsstaatlich ist, steht zur Diskussion. Im Sinne des Äquivalenzprinzips ist es richtig, Frauen für haftunfähig zu halten, wenn sie pflegebedürftig sind oder von keiner adäquaten psychiatrischen Versorgung ausgegangen werden kann. Im Sinne der Gleichbehandlung von Mann und Frau ist die ungleiche Versorgung nicht.

Die Haftfähigkeit der Männer liegt deutlich höher als die der Frauen. Ob sich die Zahl dank der Einrichtung der seit 2006 bestehenden psychiatrischen Akutstation für Männer noch erhöhen wird, ist fraglich, da der Träger seinen Aufgabenbereich in der Behandlung Erkrankter während der Haft und nicht in der Begutachtung bei Haftantritt sieht (1.2.4.3.).

Anfragen aus anderen Bundesländern im Sinne der Amtshilfe mussten meist abgelehnt werden, da die Kapazitäten bereits durch eigene Patienten ausgeschöpft wurden. Diese Anfragen lassen vermuten, dass aufgrund einer weniger ausgebauten vollzuglich-medizinischen Infrastruktur die Haftfähigkeit in anderen Bundesländern nicht so hoch ist wie in NRW. Dies gälte es auch im Bezug auf die Rechtsstaatlichkeit zu prüfen.

3.6.3. Eingrenzung des Begriffs „Haftfähigkeit“

Die Haftfähigkeit ist nicht eindeutig zu definieren im Sinne einer „Positivliste“. Außer einigen psychiatrischen und neurologische Erkrankungen, also verschiedenen Formen der akuten Psychose, bzw. Schübe bei schubförmig verlaufenden Erkrankungen und ausgeprägten demenziellen Erkrankungen, wie sie Konrad (2004a) nennt, gibt es keine „somatische“ Erkrankung, die allein aus sich heraus eine Haftunfähigkeit bedeutet. Es bedarf immer der individuellen Bewertung. Der

Schweregrad ist dabei nicht einzig ausschlaggebend, wesentlich ist, dass die Haftsituation selbst und die Dauer der Inhaftierung die Erkrankung des Patienten negativ beeinflussen (siehe dazu auch die Ausführungen von Konrad (2004a) unter 1.1.1).

Die Haftfähigkeit ist ebenfalls abhängig von den vollzugsinternen medizinischen Strukturen. Letztlich ist die Haftfähigkeit somit von Anstalt zu Anstalt verschieden. Dies ergibt sich aus dem Umfang der medizinisch möglichen Betreuung und der Einrichtung der Anstalt (z. B. behindertengerecht, offen oder geschlossen), siehe hierzu Absatz 3 § 455 StPO. Kann eine Anstalt nach dem Äquivalenzprinzip (1.2.3.) den medizinischen Bedürfnissen eines Inhaftierten gerecht werden, ist er in dieser Anstalt haftfähig, kann sie es nicht, ist er in dieser Anstalt haftunfähig.

Kriterien der gutachterlichen Bewertung

Zur gutachterlichen Beurteilung der Haftfähigkeit sei verwiesen auf die Aspekte, die Konrad (2004a) im Bezug auf die Bewertung psychiatrischer Erkrankungen nennt (1.1.1.). Sie lassen sich übertragen auf die Bewertung somatischer Erkrankungen, wie den Untersuchungsergebnissen der vorliegenden Arbeit zu entnehmen ist.

Bezug nehmend auf das Äquivalenzprinzip gemäß § 3 Abs.1 StVollzG, ist entscheidend, ob das vollzuglich-medizinische System über angemessene Bedingungen verfügt und diese dem Betroffenen anbietet, nicht, ob der Patient das Angebot auch nutzt. Nimmt er das Angebot nicht an, stellt das seine Haftfähigkeit nicht erneut in Frage. Gutachterlich zu berücksichtigen ist also das medizinisch-vollzugliche Angebot und nicht die Bereitschaft des Verurteilten.

Da die Staatsanwaltschaft Entscheidungsträgerin ist, und neben dem individuellen Wohl des Verurteilten auch das Wohl der Allgemeinheit berücksichtigen muss, ist abhängig vom Gefährdungspotential für die öffentliche Sicherheit jeder Patient irgendwann haftfähig, selbst wenn seine Gesundheit aller Wahrscheinlichkeit nach in Haft Schaden nimmt. Dies ist eine juristische Angelegenheit und darf nicht berücksichtigt werden in der medizinischen Bewertung der Haftfähigkeit. Ebenfalls steht es dem medizinischen Gutachter nicht zu, in das Ergebnis seiner Begutachtung einfließen zu lassen, ob der Verurteilte seiner Meinung nach in Haft „gehört“.

Liegt aufgrund des § 455 StPO eine Haftfähigkeit vor, muss dies so dokumentiert werden. Als weitere Instanz bei Ablehnung kann die Gnadenstelle, die auch aus

anderen oder „leichteren“ Gründen zugunsten des Verurteilten entscheiden kann, angerufen werden.

3.6.4. Kritische Bewertung der Anfragepraxis der Staatsanwaltschaften

Eine klare praktische Darstellung für „Laien“, wie medizinische Versorgung im Justizvollzug erfolgt, liegt erst seit 2005 mit dem „Informationsblatt für Gesundheitsämter“, das vom Medizinaldezernat des Landesjustizvollzugsamt erstellt wurde, vor (6.3.). Einige Staatsanwaltschaften hatten eigene Kurzbeschreibungen, die die Aufgaben der Pflegeabteilungen und des JVKs umrissen (1.4.1.). Angesichts der Ergebnisse in der Bewertung der externen Gutachter schienen diese Informationen nicht auszureichen. Bezug nehmend auf Darstellungen der Pflegeabteilungen, in den jeweils vorliegenden Informationsblättern, verwiesen häufig externe Gutachter konkret auf diese Pflegeabteilungen, wenn sie in ihrer Bewertung eine eingeschränkte Haftfähigkeit feststellen. Die Empfehlung des Vollzugs der Haft im JVK schien häufig als Ausweg zu dienen, wenn sich der Gutachter nicht festlegen wollte. Dabei ist der Anfrageformulierung der Staatsanwaltschaft zu entnehmen, dass eine Vollstreckung der Haft offenbar alternativ in einem Justizvollzugskrankenhaus erfolgen könne („...ist die Vollstreckung in einem Justizvollzugskrankenhaus vertretbar?“ 1.4.1.). Diese Formulierung ist irreführend, denn eine dauerhafte Unterbringung aus medizinischen Gründen im Krankenhaus (nicht aus Gründen der Compliance wie in 2.2.4.4.2. und 3.4.2.2. dargestellt) entspricht aus medizinischer Sicht einer Haftunfähigkeit und schließt normalerweise eine Zusage des JVKs zur Haftfähigkeitsprüfung aus (1.4.2.).

Das Informationsblatt von 2005 enthält klare und umfangreiche Informationen zur medizinischen Versorgung Kranker in Haft in Nordrhein-Westfalen. Auch die Versorgung in den normalen Haftanstalten wird kurz umrissen. Es wird auf die Internetseite des Justizvollzugskrankenhauses NRW und des Landesjustizvollzugsamtes NRW in Wuppertal verwiesen. Ob die Beurteilungen der in dieser Arbeit untersuchten Fälle extern anders ausgefallen wären, wenn dieses neue Informationsblatt vorgelegen hätte, kann nur vermutet werden. Eine Auswertung der externen Bewertungen oder der Art und Häufigkeit der staatsanwaltschaftlichen Anfragen an das JVK seit Vorliegen der neuen Informationsblätter (sofern sie von den Staatsanwaltschaften den externen Gutachtern zur Verfügung gestellt werden), könnte hier Tendenzen erfassen.

„Außerhalb des Strafzwecks liegende gesundheitliche Nachteile“

Die zweite Frage der Staatsanwaltschaft, in der der medizinische Gutachter aufgefordert wird, gesundheitliche Nachteile und den Strafzweck gegeneinander abzuwägen, ist irritierend. Es bedürfte hier einer Erklärung des Begriffs „Strafzweck“. Laut § 2 StVollzG soll die Haft den Verurteilten resozialisieren und dient bei Bedarf zusätzlich dem Schutz der Allgemeinheit vor weiteren Straftaten (1.4.1.). Von „Bestrafung“ im Sinne von Vergeltung, Rache oder Schadenszufügung ist nicht die Rede.

Die Praxis im vollzuglichen Alltag und die öffentliche Meinung entsprechen den gesetzlich genannten Vollzugszielen nicht. Die Infrastruktur und Personalverteilung des Justizvollzugs in NRW lässt nur in beschränktem Umfang eine „aktive Resozialisierung“ zu. Die Maxime „Sicherheit und Ordnung“ weist auf die Prioritäten in der Umsetzung der Vollzugsziele hin.

Haftstrafe wird in der Öffentlichkeit in allererster Linie als Bestrafung gewertet. Ob die Begutachtenden außerhalb und innerhalb des Vollzugs frei von dieser Wertung sind, ist fraglich. Die Interpretation der Haft als Bestrafung würde aber erklären, warum manche Gutachter eher bewerten, ob jemand in Haft „gehört“, statt ob jemand gesundheitlich der Haftsituation ausgesetzt werden kann.

Orientierend am Urteil des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG 51, 324) zur Verhandlungsfähigkeit (1.1.2.) ließe sich Folgendes zum „akzeptablen Schaden“ der Gesundheit in Haft ableiten:

Fast alle Schädigungen, die reversibel sind, liegen „innerhalb“ des Strafzwecks, irreversible Schäden liegen bedingt außerhalb des Strafzwecks. Es muss eine an die Gewissheit grenzende Wahrscheinlichkeit einer solchen Schädigung vorliegen und eine für die Gesundheit ausreichend bedeutsame Schwere, damit eine Erkrankung den Strafzweck relativiert.

Die Frage, ob die „sofortige“ Umsetzung außerhalb des Strafzwecks liege, bezieht sich auch auf Absatz 3 § 455 StPO. Dies erklärt, dass auch reversible Erkrankungen in Ausnahmefällen zu (vorübergehender) Haftunfähigkeit führen können.

Grundsätzlich ist zu fragen, ob es Aufgabe des medizinischen Gutachters ist, Strafzweck und gesundheitliche Nachteile gegeneinander abzuwägen. Es würde wahrscheinlich reichen, zu formulieren „Sind durch die sofortige Vollstreckung

erhebliche gesundheitliche Nachteile zu erwarten? Ggfls. welche?“. Ob diese dann mit dem Strafzweck, der individuell verschieden sein kann in Einklang zu bringen sind, muss dann die Staatsanwaltschaft selbst entscheiden.

Wichtig ist die Angabe der Haftstrafendauer. Dem Standardformular (1.4.1.) für Anfragen an das Gesundheitsamt ist diese nicht zu entnehmen, wenn sie nicht extra ergänzt wird. Das JVK gibt eine Stellungnahme nur in eindeutigen Ausnahmefällen ab, ohne die geplante Haftdauer zu kennen.

Am Beispiel eines Alkoholkranken (22% der Männer und 15% der Frauen, die im JVK zur Haftprüfung antraten waren alkoholkrank) kann dargestellt werden, welche Bedeutung die Dauer der Haftstrafe hat. Eine kurze Haftstrafe von 10 Tagen mag unverhältnismäßig sein angesichts des Risikos eines Alkoholdelirs bei Alkoholentzug, wie er bei Antritt der Haft üblich ist. Eine Alkoholsubstitution für diesen Zeitraum ist sinnvoll, aber schwer umsetzbar unter vollzuglichen Bedingungen. Es gibt keine offizielle Erlaubnis, Alkohol aus „gesundheitlichen“ Gründen zu substituieren. Bei einer längeren Haftstrafe ist zwar genauso mit einem Delir zu rechnen, aber es ist sicher, dass der Patient nach Abschluss des Alkoholentzugs in Haft verbleibt, somit der Droge weniger ausgesetzt ist, bei Bedarf ärztliche Betreuung hat und bei entsprechender Motivation eine langfristige Therapie vorbereitet werden kann.

3.7. Folgerungen für die Praxis

Konkretisierung der staatsanwaltschaftlichen Fragestellung

Soll die Formulierung der Fragestellung beibehalten werden, die sich an § 2 StVollzG und § 455, 456,1 StPO orientiert, wäre es sinnvoll, den Paragraphentext mit praxisnahen laienverständlichen Erläuterungen beizulegen. Eine Umformulierung der Fragestellung mag sinnvoll sein und wurde im vorhergehenden Abschnitt eingehend erläutert.

Angesichts der zum Teil erstaunlichen Forderungen der externen Gutachter, die an die medizinische Versorgung in Haft gestellt werden, scheint eine Erfragung der notwendigen medizinischen Bedingungen bei Inhaftierung nicht sinnvoll. Realitätsnähere Angaben im Hinblick auf das Äquivalenzprinzip § 3 Abs.1 StVollzG erhielte man bei der Erfragung, welche medizinische Versorgung in Freiheit adäquat sei.

Ebenfalls sollte ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass das JVK nur vorübergehend als Ort zur Vollziehung der Haftstrafe zur Verfügung steht, wenn stationäre Unterbringung erforderlich ist, z. B. für einen Drogenentzug oder Abklärung einer kardiologischen Erkrankung. Es könnte ausdrücklich erfragt werden, ob der Gutachter, sofern er den Haftantritt im JVK als notwendig erachtet, eine Verlegung aus dem JVK in eine normale Haftanstalt oder eine Haftanstalt mit Pflegeabteilung für wahrscheinlich hält.

Informationsblatt für Gesundheitsämter zur medizinischen Versorgung in Haft

Ein „Informationsblatt für Gesundheitsämter“ mit genauen, dem vollzuglichen Laien nachvollziehbaren Informationen zur Versorgung in den verschiedenen Justizvollzugsanstalten NRWs mit Angabe der Websites des JVKs und des Landesjustizvollzugsamtes NRW, wurde vom Landesjustizvollzugsamt im November 2005 den Staatsanwaltschaften NRWs zur Verfügung gestellt. Dem Begutachtenden wird ermöglicht, konkretere Beurteilungen zu treffen.

Eine qualitativ ähnlich gute Darstellung der medizinischen Versorgung im Justizvollzug NRW lag bis November 2005 nicht vor.

Eine Änderung des Informationsblattes scheint erneut gegeben, da das Landesjustizamt 2007 aufgelöst wurde und jetzt dessen Aufgaben vom Justizministerium NRW übernommen wurden. Ebenfalls wird das JVK umstrukturiert. Zum jetzigen Zeitpunkt (April 2008) ist noch nicht klar, ob und wie die chirurgische Abteilung des JVKs erhalten wird, ob die psychiatrische Station erweitert wird und ob Pflegebetten für Frauen entstehen sollen. Der Belegarzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie hörte Anfang 2008 aus Altersgründen auf. Die Stelle wurde nicht erneut ausgeschrieben. Die Sozialarbeiterstelle für die Drogenberatung wurde vorübergehend abgeschafft und auf Betreiben der Leitung des JVKs als halbe Stelle erneut eingerichtet. Von diesen Maßnahmen und Veränderungen würden die eventuelle Erweiterung der psychiatrischen stationären Versorgung und die Pflegebetten für Frauen der Verbesserung der medizinischen Versorgung der Gefangenen dienen. Alle anderen Maßnahmen sind kritisch zu bewerten.

Besuchsangebote für Gutachter der Gesundheitsämter

Es könnten den begutachtenden Mitarbeitern der Gesundheitsämter Besichtigungen ortsnahe Vollzugsanstalten, der Pflegeabteilungen oder des JVKs angeboten

werden. Ob dies in Einzelfällen erfolgt entzieht sich der Kenntnis des Autors. Vom JVK, oder dem Landesvollzugsamt in Vertretung des JVKs, ist in den vergangenen Jahren keine derartige offizielle Einladung ausgesprochen worden.

Orientierung der Gutachter allein an medizinischen Aspekten

In Frage zu stellen ist, dass das JVK (ärztliche Leitung) in zahlreichen Fällen neben einem zeitnahen medizinischen Gutachten auch den Urteilstenor erfragt. Von der Staatsanwaltschaft wird üblicherweise den begutachtenden Ärzten die Haftdauer mitgeteilt, da diese ein zu berücksichtigender Faktor in der Beurteilung der Haftfähigkeit ist. Unwesentlich für den ärztlichen Gutachter ist der Inhalt des Urteils. Die Kenntnis verführt dazu, selbst ein Urteil vorzunehmen.

Zügige Umsetzung eines Urteils

Eine Beschleunigung der gesamten Vorgänge, das heißt eine kürzere Zeitspanne zwischen Urteilsverkündung und Inhaftierung, wäre wünschenswert. Einen Teil dazu beitragen könnten die oben genannten Vorschläge, da sie den externen Gutachtern ermöglichen, klarere Stellungnahmen abzugeben. Die Staatsanwaltschaft könnte bei nicht eindeutiger externer Stellungnahme direkt die Unterlagen mit der Anfrage zur Haftfähigkeitsbeurteilung an das JVK weiterleiten, das eine große Erfahrung in der Prüfung der Haftfähigkeit hat.

Änderung der Haftbedingungen

Grundsätzlich zu prüfen ist, ob die ungleichen Bedingungen für die medizinische Versorgung von Männern und Frauen keiner Angleichung bedürfen. Solange es hier zu keinen Verbesserungen kommt, bleiben Frauen in vielen Fällen haftunfähig.

4. Zusammenfassung

Die untersuchten 375 staatsanwaltschaftlichen Anfragen an das Justizvollzugskrankenhaus zur Prüfung der Haftfähigkeit sollten Aufschluss geben über die Beurteilung der Haftfähigkeit innerhalb und außerhalb des vollzuglichen Systems. Zusätzlich wurden unter Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Unterschiede juristisch-vollzugliche und soziodemographische Daten erhoben. Der Begriff „Haftfähigkeit“ sollte definiert werden, oder alternativ „Leitlinien“ formuliert werden, nach denen effektiver und ökonomischer vorgegangen werden kann und die dem „vollzuglichen Laien“ eine Beurteilung vereinfachen.

Die durchgeführten Untersuchungen führten zu folgenden Ergebnissen:

1. Externe Begutachter stellen deutlich seltener eine (volle) Haftfähigkeit fest, als die Ärzte des Justizvollzugskrankenhauses. Den Beurteilungen ist eine Unsicherheit zu entnehmen, die am wahrscheinlichsten auf mangelnde Kenntnis der medizinisch-vollzuglichen Gegebenheiten und der gesetzlichen Standards zur Beurteilung der Haftfähigkeit zurückzuführen ist.

Im JVK angetretene Patienten beiderlei Geschlechts sind zu 95% haftfähig. Die Zahlen relativieren sich, wenn die aufgrund der Aktenlage zur Untersuchung abgelehnten Verurteilten mitgerechnet werden. Unter Berücksichtigung aller Ablehnungen durch das JVK ergibt sich dann eine Haftfähigkeit von 70,5% für Männer und 44,5% für Frauen. Diese Zahlen sind weitgehend zurückzuführen auf fehlende vollzugsinterne psychiatrische Begutachtungs- und Betreuungsmöglichkeiten und bei den Frauen zusätzlich auf das Fehlen von Pflegeeinheiten wie sie für Männer bestehen. Fast 20% der als haftunfähig gewerteten Frauen galten als pflegebedürftig. Dass bei Frauen die Haftfähigkeit häufiger in Frage gestellt wird als bei Männern, mag mit dieser Situation zusammenhängen. Die stationäre Begutachtung im JVK erfolgt anhand der engen gesetzlichen Kriterien.

2. Erkrankungen der internistischen und psychiatrischen Fachbereiche waren führend. Sie deckten bei den Männern 79% der Hauptdiagnosen in den externen Gutachten und 77% im JVK ab, bei den Frauen 71% in den externen Gutachten und 65% im JVK. Schwerpunkterkrankungen waren koronare Herzkrankheit, (arterieller) Hypertonus und Diabetes mellitus, im psychiatrischen Bereich

Abhängigkeitserkrankungen, Depression und bei den Frauen zusätzlich Angst- und Panikstörungen. Bezogen auf alle Erkrankungen zeigten sich unterschiedliche Gewichtungen in der Bewertung für die Haftfähigkeit in Freiheit und im JVK. In den externen Gutachten wurde die Haft häufig direkt oder indirekt als unzumutbare Belastung („Stress“), die zu Krankheitsverschlechterung führt gewertet, das JVK orientierte sich eher an den erforderlichen medizinisch-vollzuglichen Versorgungs- und Sicherheitsaspekten sowie „Manipulierbarkeit“ einer Erkrankung.

3. Bei der untersuchten Gruppe findet sich im Vergleich zur „allgemeinen“ Belegung in den Justizvollzugsanstalten NRWs eine andere Verteilung für Alter, Delikt, Familienstand und Nationalität. Der Altersschwerpunkt aller Strafgefangenen liegt zwischen 25 und 40 Jahren, 30% sind keine Deutschen, führende Delikte sowohl bei Männern als auch Frauen sind Diebstahl und Unterschlagung (24% und 28%), bei den Männern gefolgt von Delikten gegen das Betäubungsmittelgesetz (17%) dann Raub und Erpressung (12%), bei den Frauen an zweiter und dritter Stelle Betrug und Untreue (24%) und BtmG-Delikte (20%). Verheiratet sind 20% der Männer und 28,6% der Frauen.

Im Untersuchungskollektiv waren die meisten Männer und Frauen zwischen 50 und 60 Jahren alt, nur 15% waren Ausländer. Führende Delikte der Männer waren Betrug und Untreue (26%), Diebstahl und Unterschlagung (19%) und Straftaten im Straßenverkehr (17%), bei den Frauen Betrug und Untreue (39%), Diebstahl und Unterschlagung (33%) und BtMG-Delikte (13%). 37% der Männer und 42% der Frauen waren verheiratet. Diese Ergebnisse zeigen signifikante Unterschiede zur Vergleichsgruppe und mögen zum Teil als sekundäre Faktoren in die Motivation zur Prüfung der Haftfähigkeit mit eingeflossen sein.

4. Eine Definition der Haftfähigkeit, die bereits eine „Negativdefinition“ im § 455 StPO hat, ist im Sinne einer „Positivliste“ nicht möglich. Die Haftfähigkeit ist, wie juristisch dargelegt, abhängig von den vollzuglichen Gegebenheiten, der Schwere der Erkrankung und des Einflusses der Haftsituation auf den Verlauf der Erkrankung sowie von der Länge der geplanten Haftdauer. Diese „Definition“ der Haftfähigkeit führt dazu, dass die Haftfähigkeit von Anstalt zu Anstalt differiert. Kann eine Anstalt dem Äquivalenzprinzip gemäß einem Verurteilten die qualitativ gleiche medizinische Versorgung bieten, die ihm bei seiner Erkrankung auch in Freiheit geboten wird, ist er dort haftfähig, kann sie es nicht, ist er dort haftunfähig. Krankheiten die „per

se“ haftunfähig machen, gibt es kaum; wenige psychiatrische und neurologische Erkrankungen, die zu mangelnder Einsichtsfähigkeit in den Zweck der Haft führen, fallen darunter. Es gibt keine „somatischen“ Erkrankungen, die als alleiniger Faktor für Haftunfähigkeit sprechen.

5. Als Konsequenz für die Praxis empfiehlt sich, externen Gutachtern ausreichende Informationen über die medizinischen Möglichkeiten im vollzuglichen System zur Verfügung zu stellen. Mit dem „Informationsblatt für Gesundheitsämter“ von 2005 liegt eine solche Darstellung vor. Sie bedarf allerdings angesichts aktueller Umstrukturierungsmaßnahmen insbesondere im JVK einer erneuten Überarbeitung. Die Formulierung der staatsanwaltschaftlichen Anfrage orientiert sich an Paraphrasetexten, die dem Gutachter meist nicht bekannt sind und deren Inhalt sich dem juristischen Laien nicht ohne weiteres erschließt. Eine dem Gutachter nachvollziehbare Erläuterung der Gesetzestexte, auf die sich die Anfrage der Staatsanwaltschaft bezieht, könnte die Begutachtung erleichtern und extern zu eindeutigeren Stellungnahmen führen. Erfolgt keine Anpassung der medizinischen Versorgungsmöglichkeiten für Frauen an die der Männer, werden weiterhin zahlreiche Frauen haftunfähig sein.

5. Literaturverzeichnis

Backett S A, 1987: Suicide in Scottish Prisons, Br J Psychiatry 151: 218-221

Bundesverfassungsgericht, Beschl. v. 19.6.1979- 2 BvR 1060/78: Zur Frage der verfassungsrechtlichen Grenzen für die Durchführung der Hauptverhandlung im Hinblick auf die Verhandlungsfähigkeit eines kranken Angeklagten.

Baum R: Drogenstatistik 2006, Justizvollzugsamt NRW

Cooke D J, Michie C, 1996: Suicide in Scottish Prisons: a Methodological Note. Leg Crim Psychol 1:287-293

Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie NRW: Landesprogramm gegen Sucht ("Drogenerlass"), 1998

Dutour A, Boiteau V, Dadoun F, Feissel A, Atlan C, Oliver C, 1996: Hormonal response to stress in brittle diabetes, Psychoneuroendocrinology, 21 (6):525-43

Gunn J, Maden A, Swinton M, 1991: Treatment needs of prisoners with psychiatric disorders. BMJ, 10, 303:338-341

Fädrieh S, Pfäfflin F, 2000: Zur Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen bei Strafgefangenen. Recht und Psychiatrie, 3,95.104

Fink G, 2000: Encyclopedia of Stress. Academic Press: San Diego; 3 Volumes

Heide S et al., 2005: Problematik der Gewahrsamstauglichkeit. D Ärzteblatt 100, Ausgabe 12

Hübner P, 2005: Stress, Burnout und Diabetes, Diabetes-Forum Ausgabe 10, 2005

Justizministerium NRW 2005: Justiz in Zahlen, Herausg.: Justizministerium des Landes Nordrhein-Westfalen

Justizministerium NRW 2006: Justizvollzug in Nordrhein-Westfalen, 15. Auflage, Herausg.: Justizministerium des Landes Nordrhein-Westfalen

Justizvollzugskrankenhaus NRW, Leiter, 2001: „Verfügung zu 451/dE- 7.99“

Keppler K, 2006: Zielkonflikt: „Gesundheit versus Haftunfähigkeit“, Kongressdokumentation der zweiten europäischen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft, Wien, Herausg. akzept e.V., Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands e.V., S.126-130

Konrad N, 2000: Psychisch Kranke im Justizvollzug- Sicht des forensischen Psychiaters. ZaeFQ 94:288-292

Konrad N, 2002: Suizid in Haft-europäische Entwicklungen unter Berücksichtigung der Situation in der Schweiz. Schweiz Archiv Neurol Psychiat 153:131-156

Konrad N, 2003: Psychische Störungen bei Ersatzfreiheitsstrafen. ZfStrVo 52:216-223

Konrad N, 2004a: Psychiatrische Begutachtung, 4. Aufl. Herausg. Foerster K., Elsevier Urban& Fischer, Kapitel 18, 364-369

Konrad N, 2004b: Psychiatrische Begutachtung, 4. Aufl. Herausg. Foerster K., Elsevier Urban& Fischer, Kapitel 19, 372-384

Lazarus R S, 1966: Psychological Stress and the Coping Process. New York: McGraw-Hill

Landesprüfungsamt für Medizin, Psychotherapie und Pharmazie der Bezirksregierung Münster: „Verordnung über die Ausbildung und Prüfung zum Amtsarzt vom 5. Dez. 1990, letzte Änderung durch die Verordnung vom 24. Feb. 1992“

McEwen B S: Protective and Damaging Effects of Stress Mediators. N Engl J Med 1998;338:171

Missoni L, Konrad N, 1998: Beteiligung des Maßregelvollzugs an der psychiatrischen Versorgung von Straf- und Untersuchungsgefangenen in Deutschland. R&P, 16, 84-90

Peyrot M, McMurry J F, Kruger D F, 1999: A Biopsychosocial Model of Glycemic Control in Diabetes: Stress, Coping and Regimen Adherence, Journal of Health and Social Behaviour, Vol. 40, No 2 141-158

Siegrist J: Was trägt Stressforschung zur Erklärung des sozialen Gradienten koronarer Herzkrankheiten bei? Dtsch med Wochenschr 2006; 131: 762-766

Staatsanwaltschaft Bielefeld, leitender Oberstaatsanwalt Kahnert, 2008: Antwortschreiben an die Verfasserin auf eine schriftliche Anfrage zum Prozedere der Haftfähigkeitsprüfung

Vollstreckungsplan NRW, Stand 1.6.06

Von Schönfeld C E, Schneider F, Schröder T, Widmann B, Botthof U, Driessen M: Prävalenz psychischer Störungen, Psychopathologie und Behandlungsbedarf bei weiblichen und männlichen Gefangenen, Nervenarzt 2006, 77, 830-841

Weiner H: Perturbing the Organism: The Biology of stressfull Experience. University of Chicago Press: Chicago 1992

Witzel J G, Bausch-Hölterhoff J, Skirl M, 2004: Zur Situation des psychisch Kranken in Haft in Nordrhein-Westfalen in WsFPP 11.Jg. 2004 H.3, 53-67

Yusuf S, Hawkin S, Ounpuu S et al.: Effect of Potentially Modifiable Risk Factors Associated with Myocardial Infarction in 52 Countries (The INTERHEART study): Case-control Study. Lancet 2004; 364: 937

6. Anhang

6.1. Stationsstruktur im JVK

Die chirurgische Abteilung verfügt über 2 Stationen, septisch und aseptisch. Die internistische Abteilung verfügt über 4 Stationen, wovon eine die Infektionsstation und eine die interdisziplinäre Frauenstation ist. Auf allen Stationen befinden sich neben einem Vierbettzimmer ausschließlich Zweibettzimmer. Die größtenteils verschlossenen Patientenzimmer selbst sind schlicht eingerichtet und verfügen zum Teil über Anschlüsse für Sauerstoff und Druckluft. Zudem gibt es in den Zimmern eine kleine Sanitärzelle mit WC.

6.2. Diagnostischer Leistungsbereich des JVKs

Der diagnostische Leistungsbereich der inneren Ambulanz, der auch für die stationären Patienten genutzt wird umfasst Sonographie, Lungenfunktion, Herzkreislaufdiagnostik (Echokardiographie, Langzeitblutdruckmessung, Langzeit-EKG, Ruhe-EKG, Ergometrie), Endoskopie (Broncho-, Gastro-, Colo-, Recto-, Sigmoidoskopie) Beckenkampnpunktion, Leberblindpunktionen, HIV-, Hepatitis-, Tuberculose-Ambulanz und neurologische Diagnostik (Elektroenzephalogramm, Nervenleitgeschwindigkeit, Elektromyelogramm).

Die chirurgische Ambulanz verfügt über die Möglichkeiten kleiner chirurgischer Eingriffe, Gipsverbände, Rectoskopien, Infrarotkoagulation, Enttätowierung, Sonographie.

6.3. Informationsblatt für Gesundheitsämter

Hinweise zur stationären Versorgung im Justizvollzug in Nordrhein-Westfalen

Zur stationären Versorgung kranker Gefangener stehen dem Justizvollzug des Landes Nordrhein-Westfalen derzeit folgende Einrichtungen zur Verfügung:

- (1) Justizvollzugskrankenhaus Nordrhein-Westfalen in Fröndenberg (<http://www.jvk.nrw.de> mit Behördenpräsentation),
- (2) Pflegeabteilungen für männliche Gefangene an den Justizvollzugsanstalten Hövelhof und Bochum

Das **Justizvollzugskrankenhaus Nordrhein-Westfalen in Fröndenberg** entspricht einem Krankenhaus der Grundversorgung. Es umfasst die Hauptabteilungen Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesiologie. Ferner bestehen Belegabteilungen für die Fachgebiete: Hals-Nase-Ohren, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Orthopädie (mit Wirbelsäulenchirurgie), Urologie und Gynäkologie. Das Krankenhaus ist in der Lage, stationär behandlungspflichtige Patienten im Spektrum der Dermatologie, Neurologie, Ophthalmologie aufzunehmen und unter Hinzuziehung konsiliarischer Kompetenz fachgerecht zu behandeln. Die anästhesiologische Fachabteilung führt eine interdisziplinäre Intensivstation. Das Versorgungsangebot wird angereichert durch die Fachabteilung für Physikalische Medizin einschließlich Bewegungsschwimmbad, sowie den Fachdiensten Psychologie und Sozialarbeit.

Nach seiner Zweckbestimmung dient es ausschließlich der Versorgung von Akutfällen. Dauerpatienten können dort nicht untergebracht werden. Es unterscheidet sich von anderen Krankenhäusern der Grundversorgung im Wesentlichen durch eine bewachte Sicherungsumwehrung und fehlende Bewegungsfreizügigkeit im Inneren.

Die Hauptabteilung Innere Medizin verfügt u.a. über eine Endoskopieabteilung sowie eine mehrfach abtrennfähige Station für Infektionskranke. In der Hauptabteilung Chirurgie werden die üblichen operativen Leistungen aus dem Spektrum eines Krankenhauses der Grundversorgung erbracht (einschl. Arthroskopie und MIC). Der leitende Abteilungsarzt ist in die berufsgenossenschaftliche Versorgungsstrukturen der gesetzlichen Unfallversicherung eingebunden. Die Haupt- und Belegabteilungen bieten ambulante Mitbetreuungssprechstunden an; teilweise Spezialsprechstunden z.B. für Schmerzpatienten, HIV-Serokonvertierte, Hepatitisvirusinfektiöse, Diabetiker einschließlich regelmäßig gesondert angebotener Schulungskurse.

In **die Pflegeabteilungen der Justizvollzugsanstalten Hövelhof und Bochum** können männliche Gefangene und Sicherungsverwahrte aufgenommen werden, die infolge ihres körperlichen Zustandes stationärer pflegerischer Betreuung, aber nicht ständiger ärztlicher Behandlung bedürfen. Insbesondere chronisch Kranke,

Versehrte und Alterskranke. Nach ihrer Zweckbestimmung ist die Pflegeabteilung nicht zur Aufnahme von Gefangenen vorgesehen, die einer stationären Krankenhausbehandlung bedürfen. Dort werden vielmehr Gefangene mit chronischen Leiden unterschiedlicher Genese, dauernd Bettlägerige und wegen hohen Alters Gebrechliche und Sieche untergebracht, die wegen des erforderlichen Betreuungs- und Pflegeaufwandes für eine Unterbringung im Normalvollzug nicht geeignet sind.

Inzwischen befinden sich in verschiedenen Justizvollzugsanstalten behindertengerechte Hafträume einschl. Nasszellen mit barrierefreien Zugängen für Rollstuhlfahrer.

Justizvollzugsanstalten werden ausnahmslos anstaltsärztlich im allgemeinmedizinischen Behandlungsspektrum versorgt. Grundsätzlich besteht die Kompetenz zur Suchtmedizinischen Grundversorgung und die Anstaltsärzteschaft ist ebenso vertraut mit Drogenentzugsbehandlungen wie mit der Opiatsubstitution (Methadon, Buprenorphin) oder der Antagonistenbehandlung mit Naltrexon. Arbeitende Gefangene oder Sicherungsverwahrte werden arbeitsmedizinisch betreut. Die anstaltsärztliche Versorgung erfolgt entweder hauptamtlich oder durch Vertragsbeziehung und unterscheidet sich in Häufigkeit und Präsenzdauer. Diese wiederum hängt von den Gefangenenanzahlen der Einrichtungen ab. Die Anstaltsärzteschaft (hauptamtlich und vertragsärztlich) ist darüber hinaus grundsätzlich in Not- und Eilfällen auch außerhalb der Sprechstunden oder Präsenzzeiten erreichbar.

Dieses Informationsblatt wurde erstellt im Medizinaldezernat des Präsidenten des Landesjustizvollzugsamtes Nordrhein-Westfalen, Wuppertal, Tel. (0202) 9 46 20 – 0, (<http://www.ljvamt.nrw.de>), Stand: 30. November 2005

6.4. Staatsanwaltschaftliche Anfragen, die in die vorliegende Untersuchung nicht einbezogen wurden

Nicht einbezogen in die vorliegende Untersuchung wurden 39 Fälle. Diese Anzahl ergibt sich, da in der fortlaufenden Nummerierung folgende Vorgänge fehlten und somit nicht bearbeitet bzw. mit einbezogen werden konnten (1, 3, 8, 12, 13, 71).

Diese reduzierten sich um weitere 5 Fälle, da sie in den Akten doppelt bzw. dreifach geführt wurden (32/115/152, 38/52,179/186, 223/337).

Letztendlich verblieben 403 Fälle, die als staatsanwaltschaftliche Akten mit unterschiedlicher Vollständigkeit vorlagen.

Folgende Akten/ Fälle wurden ausgeschlossen, da sie sich nicht unmittelbar mit der Prüfung der Haftfähigkeit zum Antritt der Haft beschäftigen:

- 7 Verfahren wurden von der Staatsanwaltschaft wieder zurückgezogen (6, 42, 230, 241, 316, 340, 386).
- 2 Anfragen erfolgten staatsanwaltschaftlich nicht zur Prüfung der Haftfähigkeit, sondern um nicht absehbare Akut-Operationen (wegen Unfall) durchzuführen, die dann extern vor Haftantritt erfolgten. Die Verurteilten traten danach direkt in der JVA an (23, 169).
- 5 Patienten befanden sich schon länger in Haft (z. T. seit mehreren Jahren). Innerhalb dieser Zeit kam es zur Gesundheitsverschlechterung und damit zur Anfrage zur Prüfung der weiteren Haftfähigkeit (82, 110, 215, 249, 272).
- Wegen 11 Patienten kamen Anfragen aus anderen Bundesländern im Sinne der Amtshilfe. In diesen Fällen befanden sich die Verurteilten schon längere Zeit in Haft in JVAen außerhalb NRWs und bedurften innerhalb dieser Zeit einer (verschiedener) Operation. Auch hier stand nicht die Frage der Haftfähigkeit im Raum, sondern der Aspekt der Sicherheit und Ordnung (106, 159, 182, 204, 250, 257, 276, 288, 321, 342, 381).
- Bei drei Verurteilten wurde die Haftfähigkeit erst bei Antritt in der JVA durch den Anstaltsarzt in Frage gestellt. Vor-Gutachten durch Amtsärzte oder frühere staatsanwaltschaftliche Anfragen im JVK lagen nicht vor. Auch diese Fälle fallen nicht im engeren Rahmen unter die Fragestellung der Arbeit (213, 231, 266).

Es handelt sich also insgesamt um 28 Fälle, die erneut abgezogen werden können von den 403 Fällen, womit 375 Fälle als eigentlich das Thema betreffend bleiben.

6.5. Fragebogen zum Haftverlauf in den Haftanstalten

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Aus JVA verlegt

am: _____

Waren beim oben Genannten besondere medizinische Maßnahmen erforderlich? z.B.

- Pflegebedürftigkeit, behindertengerechte Unterbringung,
- gemeinschaftliche Unterbringung,
wenn ja ,warum_____
- Einzelunterbringung,
wenn ja, warum_____
- Einschränkungen bei möglichem Arbeitseinsatz
- sonstiges_____

Führende Erkrankungen:

Besondere Ereignisse während des Aufenthaltes in Ihrer JVA? z.B.

- Herzinfarkt, Schlaganfall, maligne Erkrankungen,
- schwere Verschlechterung der Grundkrankheit,
- Unfallereignis, psychiatrische Erkrankungen,
- sonstiges_____

Weitere stationäre Aufenthalte/Rehahmaßnahmen?

- im JVK externes Krankenhaus
- mit/ohne Haftunterbrechung sonstiges_____
- Mitbetreuung durch Psychologischen / psychiatrischen Dienst?

Diagnose_____

Physiotherapeutische / Ergotherapeutische /

Logopädische Maßnahmen?

Diagnose _____

Haftentlassung am _____

Grund: _____

Strafunterbrechung.

Grund: _____

(Dauer-)Medikation:

War der Patient Ihrer Meinung nach haftfähig für Ihre JVA?

ja

nein,

Grund:-

War die Frage der Haftfähigkeit für Ihren Patienten nach Verlegung von hier bei Ihnen noch ein Thema?

ja,

Grund:

nein

Lebenslauf

Vera Hupe Hirschberg 9
58730 Fröndenberg
Tel:02373-758-0
vera.hupe@jvk.nrw.de

persönliche Angaben: geboren am 8.12.1973
Geburtsort: Münster
Familienstand: ledig, 1 Kind
Staatsangehörigkeit: deutsch

Ausbildung: 1980-1984 Grundschule Winterberg

1984-1993 Geschwister Scholl Gymnasium Winterberg

08/1993- 08/1995 Ausbildung zur Schreinerin
Tischlerei Klauke, Wiemeringhausen
Abschluss mit Gesellenbrief

10/1995- 08/1996 Flüchtlingshelferin in Kroatien und Bosnien
bei "Pax Christi international"

12/1996- 02/1997 Krankenpflegepraktikum im Fachkrankenhaus für
Psychiatrie und Psychotherapie Schloss Werneck, Kreis Schweinfurt

SoSe1997- SoSe 2004 Studium der Humanmedizin an der
Heinrich Heine Universität Düsseldorf
Abschluss mit dem dritten Staatsexamen

02/2004- 01/2005 Assistenzärztin in der Abteilung Kinder- und
Jugendpsychiatrie der Wedau Kliniken in Duisburg

seit 02/2005 Assistenzärztin in der inneren Abteilung des
Justizvollzugskrankenhauses NRW in Fröndenberg
Mutterschutz mit anschließender Elternzeit seit 12/2006
wieder arbeitstätig im Rahmen der Elternzeit seit 04/2008

Die Untersuchung der Haftfähigkeit: Eine retrospektive Untersuchung anhand der Unterlagen des Justizvollzugskrankenhauses NRW

Abstract

Einleitung: In der vorliegenden Arbeit wurden erstmals in großem Umfang retrospektiv Daten zur Haftfähigkeitsbewertung innerhalb und außerhalb des Strafvollzugs in Nordrhein-Westfalen erhoben.

§ 455 der Strafprozessordnung ist zu entnehmen, unter welchen Umständen Haftunfähigkeit vorliegt. Die medizinische Versorgung des Gefangenen ist in den § 56 ff. des Strafvollzugsgesetzes (StVollzG) geregelt. Der Gesundheitsfürsorge zugrunde gelegt ist das Äquivalenzprinzip (§ 3 Abs. 1 StVollzG). Es besagt, dass die medizinische Versorgung und Krankenpflege in Haft qualitativ der gesellschaftsüblichen Versorgung in Freiheit entsprechen muss. Die Entscheidung, ob Haftfähigkeit vorliegt trifft in letzter Instanz die Staatsanwaltschaft, nicht der begutachtende Arzt.

Material und Methode: Im Justizvollzugskrankenhaus (JVK) NRW erfolgen regelmäßig auf staatsanwaltschaftliche Anfrage hin stationäre Begutachtungen zur Prüfung der Haftfähigkeit von Verurteilten, die geltend machen, dass sie aus gesundheitlichen Gründen ihre Haftstrafe nicht antreten könnten. Es wurden 375 Fälle staatsanwaltschaftlicher Anfragen an die Leitung des JVKs zur Prüfung der Haftfähigkeit untersucht. Es sollte festgestellt werden, nach welchen Kriterien die Beurteilungen erfolgen und zu welchen Ergebnissen die verschiedenen Gutachter - „extern“ vor Haftantritt häufig Ärzte der Gesundheitsämter, „intern“ Ärzte des JVKs - kommen. Soziodemographische und juristisch-vollzugliche Daten wurden ebenfalls erhoben. Vergleichsdaten aus dem normalen Belegungskollektiv der Haftanstalten in Nordrhein-Westfalen lagen zu soziodemographischen und juristisch-vollzuglichen Gegebenheiten vor. Medizinische Vergleichsdaten lagen nur zu psychiatrischen Erkrankungen vor.

Es erfolgte die Einteilung in zwei Untersuchungskollektive: Die Gruppe der extern Begutachteten und die Gruppe der im JVK unter „vollzuglichen“ Bedingungen Begutachteten, zusätzlich eine geschlechtsspezifische Unterteilung.

Ergebnisse und Diskussion: 1. Externe Gutachter stellten deutlich seltener als die Ärzte des JVKs (volle) Haftfähigkeit fest. Dies ist am wahrscheinlichsten auf mangelnde Kenntnis der medizinisch-vollzuglichen Gegebenheiten und der gesetzlichen Standards zur Beurteilung der Haftfähigkeit zurückzuführen. Die stationäre Begutachtung im JVK erfolgt anhand der engen gesetzlichen Kriterien. Im JVK angetretene Patienten beiderlei Geschlechts sind zu 95% haftfähig. Ablehnungen des JVKs zur stationären Begutachtung erfolgten häufig aufgrund fehlender vollzugsinterner psychiatrischer Begutachtungs- und Betreuungsmöglichkeiten. Fast 20% der Frauen wurden wegen fehlender Pflegeeinheiten, wie sie für Männer in Haft bestehen, abgelehnt.

2. Erkrankungen der internistischen und psychiatrischen Fachbereiche waren führend. Schwerpunkterkrankungen waren koronare Herzkrankheit, (arterieller) Hypertonus und Diabetes mellitus, im psychiatrischen Bereich Abhängigkeitserkrankungen und Depression, bei den Frauen zusätzlich Angst- und Panikstörungen. Bezogen auf alle Erkrankungen zeigten sich unterschiedliche Gewichtungen in der Bewertung für die Haftfähigkeit. In den externen Gutachten wurde die Haft häufig als krankheitsverschlechternder Stress gewertet, das JVK orientierte sich an den medizinisch-vollzuglichen Versorgungs- und Sicherheitsaspekten.

3. Das Untersuchungskollektiv hatte einen deutlich höheren Altersdurchschnitt, war häufiger verheiratet, hatte einen geringeren Ausländeranteil und eine andere Deliktverteilung als das Vergleichskollektiv. Diese Ergebnisse mögen als sekundäre Faktoren in die Motivation zur Prüfung der eigenen Haftfähigkeit mit eingeflossen sein.

4. Eine Definition der Haftfähigkeit, die bereits eine „Negativdefinition“ im § 455 StPO hat, ist im Sinne einer „Positivliste“ nicht möglich. Die Haftfähigkeit ist abhängig von den vollzuglichen Gegebenheiten, der Schwere der Erkrankung und des Einflusses der Haftsituation auf den Verlauf der Erkrankung sowie von der Länge der geplanten Haftdauer. Die Haftfähigkeit differiert somit von Anstalt zu Anstalt. Krankheiten, die „per se“ haftunfähig machen, gibt es kaum; wenige psychiatrische und neurologische Erkrankungen, die zu mangelnder Einsichtsfähigkeit in den Zweck der Haft führen fallen darunter. Es gibt keine „somatischen“ Erkrankungen, die als alleiniger Faktor für Haftunfähigkeit sprechen.

5. Als Konsequenz für die Praxis empfiehlt sich, externen Gutachtern ausreichende Informationen über die medizinischen Möglichkeiten im Strafvollzug zur Verfügung zu stellen, ebenso eine dem juristischen Laien verständliche Erläuterung der entsprechenden Gesetzestexte. Erfolgt keine Anpassung der medizinischen Versorgungsmöglichkeiten für Frauen an die der Männer, werden weiterhin zahlreiche Frauen haftunfähig sein.