

Suizidprävention im Gefängnis

Suicide Prevention in Prisons

Zwischen dem Suizid eines Häftlings und demjenigen einer Person in Freiheit gibt es viele Parallelen, aber auch Unterschiede. Im folgenden Text wird nach einer summarischen Präsentation von Epidemiologie und Risikofaktoren für Suizide in der Allgemeinbevölkerung vertieft auf die Besonderheiten bei Gefangenen eingegangen. Besonderer Fokus wird auf die Frage der Ursache von Gefangenen-suiziden gerichtet. Insbesondere werden zur Suizidprävention Best-Practice-Empfehlungen für den Umgang des Strafvollzugspersonals mit suizidalen Häftlingen abgegeben. Falls es doch zu einem Todesfall kommen sollte, können damit ausserdem strafrechtliche Konsequenzen für das Personal und Haftpflichtfälle vermieden werden.

Schlüsselwörter: Suizid, Gefängnis, Prävention

There are many similarities between the suicide of a prisoner and a person outside prison – but also several differences. In the following text, we will provide an overview of the epidemiology and risk factors for suicide in the general population, before focussing on the exceptional situation of inmates. We will focus on causal factors of suicide in prison and present best practice recommendations for handling suicidal prisoners – primarily to prevent suicide from happening, but also to avoid malpractice lawsuits in case a suicide does occur.

Keywords: suicide, prison, prevention

Allgemeines

Suizidalität ist eher eine *Kognition*, die in einem bestimmten *Verhalten* (Suizid) gipfelt, als eine Krankheit im eigentlichen Sinn. Definiert wird die Suizidhandlung als selbstschädigende Handlung mit dem Ziel zu sterben. Parasuizidale Handlungen haben demgegenüber nicht den Tod zum Ziel, sondern einen sekundären Profit als Folge des vermeintlichen Todeswunsches der betreffenden Person; etwa vermehrte Zuwendung oder – bei einem Häftling – die Verlegung vom Gefängnis in eine Klinik.

Bis zu 75 % der suizidalen Personen suchen mit den unterschiedlichsten Beschwerden in den sechs bis acht Wochen vor der suizidalen Handlung ihren Arzt auf. Sie drücken ihre Verzweiflung zum Teil mittels somatischer Störungen aus, während die suizidalen Gedanken kaum je vom Patienten selber thematisiert werden (Haynal/Passini 1994: 100). Die renommierte Psychiatrie Professorin *Kay Redfield Jamison*, die seit dem frühen Erwachsenenalter an einer bipolaren Depression leidet und Co-Autorin des Standardwerks für bipolare Depressionen ist, hält fest, „if suicidal patients were able or willing to articu-

late the severity of their suicidal thoughts and plans, little risk would exist“ (Jamison 1999: 82). Gemäss Jamison könnte somit das Suizidrisiko deutlich gesenkt werden, wenn man Patienten dazu bringen könnte, über ihre Suizidgedanken bzw. ihre Suizidpläne zu sprechen. Im Kontakt mit suizidalen Patienten wird aber oft ein Umgang gepflegt, der fatale Auswirkungen haben kann. So sprechen psychiatrische Laien ihr Gegenüber auch bei konkretem Verdacht nur sehr selten auf Suizidalität an. Man befürchtet, dadurch beim Betroffenen eine akute suizidale Krise auszulösen. Das Ansprechen auf die Suizidalität löst aber in der Regel keine unmittelbaren Suizidhandlungen aus, sondern sorgt in erster Linie bei den Betroffenen für Erleichterung. In den allermeisten Fällen ist eine Person mit suizidalen Gedanken froh, darüber sprechen zu können. Dies wird als Entlastung empfunden.

Risikofaktoren für Suizide

Vollendete Suizide korrelieren in Mitteleuropa nicht mit bestimmten Jahreszeiten. Entgegen dem Allgemeinverständnis von Suizid gibt es keine saisonal bedingten Schwankungen von Suiziden und Suizidversuchen. So erhöht sich die Inzidenz der Suizide weder im (trüben und kalten) Dezember noch an (einsamen) Feiertagen (Kaplan/Sadock 1996: 206). Suizidversuche kommen ca. zehnmal häufiger vor als vollendete Suizide. Männer töten sich etwa dreimal häufiger als Frauen, während bei Frauen dreimal mehr Suizidversuche zu verzeichnen sind als bei Männern. Die am meisten vertretene psychiatrische Diagnose bei Suizidversuchen sind Persönlichkeitsstörungen.

Mit 40 % ist die (schwere) depressive Episode die häufigste psychiatrische Diagnose bei Menschen, die sich suizidiert haben (Rundell/Wise 2000: 244). Der zweithäufigste psychiatrische Risikofaktor für Suizide ist die Alkoholabhängigkeit. So litt jede vierte Person, die sich suizidiert hat, an einer Alkoholabhängigkeit. Bezogen auf alle alkoholabhängigen Patienten bedeutet dies, dass sieben Prozent dieser Patientengruppe sich suizidieren wird. Bei schizophrenen Patienten sind es noch 4 % der von der Krankheit betroffenen Personen (Inskip/Harris/Barradough 1998: 35 ff.). Rundell und Wise (2000: 244) beschreiben weitere psychiatrische Risikofaktoren für Suizide wie die Abhängigkeit von psychotropen Substanzen (Drogen), Persönlichkeitsstörungen (v.a. Borderline Persönlichkeitsstörung und zwanghafte Persönlichkeitsstörung), frühere Suizidversuche, Suizidversuche in der Familienanamnese sowie somatische Krankheiten wie Krebs oder chronische Atemwegserkrankungen. Als psychologische Risikofaktoren werden bedeutsame Trennungserlebnisse (Familie, Partnerschaft), Arbeitsplatzverlust und auch explizit der Verlust von Freiheit genannt (Rundell/Wise 2000: 244). Ferner weisen Männer, Adoleszente sowie alte Menschen, konfessionell nicht stark verankerte Personen, Einwohner von Städten und schliesslich Menschen mit einem sehr niedrigen sowie Menschen mit einem sehr hohen sozioökonomischen Statuts ein erhöhtes Suizidrisiko auf (Rundell/Wise 2000: 244).

Intramurale Suizidalität

Ein Gefängnis ist eine klassische „totale Institution“ – ein Begriff, der oft mit dem Soziologen Erving Goffman in Verbindung gebracht wird, ursprünglich aber nicht von ihm stammt (Burns 1992: 142). Der Begriff der totalen Institution bezieht sich meistens ausschliesslich auf die Bereiche der stationären Psychiatrie oder des Strafvollzugs (Bammann 2010: 10). „Eine totale Institution lässt sich als Wohn- und Arbeitsstätte einer Vielzahl ähnlich gestellter Individuen definieren, die für längere Zeit von der übrigen Gesellschaft abgeschnitten sind und miteinander ein abgeschlossenes, formal reglementiertes Leben führen“ (Goffman 1973: 11).

Bei der Durchsicht der oben aufgeführten Risikofaktoren für Suizid fällt auf, dass verschiedene dieser Prädiktoren bei Insassen aufgrund ihres Aufenthalts in einer totalen Institution und noch spezifischer aufgrund ihres Gefangenenstatus¹ zwingend vorliegen, wie z.B. der kürzliche Verlust (etwa der Bewegungsfreiheit, des Kontakts zu Frau und Familie, der Arbeitsstelle, etc.), oder im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung doch deutlich überrepräsentiert sind, wie etwa Persönlichkeitsstörungen (diagnostiziert bei über 50 % der Gefangenen), männliches Geschlecht, tiefer sozioökonomischer Status und chronische somatische Störungen (überproportionale Prävalenz somatischer Störungen im Gefängnis). Es handelt sich dabei also um Persönlichkeitsmerkmale oder Lebensumstände, die in einer totalen Institution besonders häufig anzutreffen sind oder sogar zwingend zu den negativen Folgen solcher Einrichtungen zählen. Es gibt daher – bedingt durch die konkrete Lebenssituation in der Haft und/oder durch bestimmte Persönlichkeitsmerkmale, die bei Gefangenen gehäuft auftreten – eine höhere Suizidneigung, die ganz direkt auf das Lebensumfeld der totalen Institution zurückzuführen ist (Bammann 2010: 108). Somit liegt die Annahme nahe, dass Suizide im Gefängnis häufiger vorkommen als in Freiheit. In der Schweiz lässt sich dies statistisch belegen: Ein Vergleich der durchschnittlichen Suizidraten bei den Inhaftierten mit denjenigen in der männlichen Allgemeinbevölkerung im Alter von 15 – 44 Jahren ergibt fast vierfach erhöhte Suizidraten bei den Gefangenen (Konrad 2002: 134). Mitte der 70er-Jahre war die Suizidrate bei Inhaftierten sogar um ein 14faches höher als die Suizidrate in der Allgemeinbevölkerung (Bernheim 1987). Da sich aber die extramuralen Risikofaktoren nicht ohne weiteres auf die Verhältnisse hinter Gittern übertragen lassen, gibt es zahlreiche internationale Studien, welche spezifisch die Risikofaktoren für Suizide *intra muros* untersuchten. Neben den Risikofaktoren, die auch in der Allgemeinbevölkerung gelten (oder im Gegensatz zu ihnen, z.B. das Verheiratetsein, das bei Gefangenen ein Risikofaktor ist), sind im Gefängnis folgende Risikofaktoren bekannt: weisse Hautfarbe, repetitive Bedrohung durch Mitgefangene, die Unterbringung in Einzelzellen,¹ Untersuchungshaft, die ersten Wochen nach der Inhaftierung, eine Freiheitsstrafe von

1 Zwar wirkt die Unterbringung in Doppelzellen bezüglich Suizidalität protektiv, dafür sind dort gewalttätige Handlungen zwischen Insassen deutlich häufiger.

mehr als 1,5 Jahren sowie eine Gewaltstraftat als Anlassdelikt (Fazel et al. 2008: 1721 ff.; Kovasznay et al. 2004: 61 ff.; Leese/Thomas/Snow 2006: 355 ff.; Patterson/Hughes 2008: 676 ff.; Konrad et al. 2007: 113 ff.).

Sinnvoll ist die Unterscheidung zwischen personenbezogenen Risikofaktoren einerseits und Faktoren andererseits, die spezifisch mit der Haftsituation zusammenhängen (Rabe/Konrad 2010: 188; Sattar/Killias 2005: 318; Wolfersdorf 2008: 1319). Suizidales Verhalten wäre somit entweder Ausdruck einer akuten, haftsituativ bedingten Krise oder gewissermassen phänotypischer Ausdruck einer suizidalen Disposition. Die tatsächlichen Lebensumstände eines Gefangenen – mit Verlust der gewohnten Umgebung, Verlust der Autonomie, Schamgefühlen, etc. – lassen den ursächlichen Schwerpunkt beim situativen Modell vermuten. Demgegenüber haben *Sattar* und *Killias* 2005 festgestellt, dass in der Schweiz Gefangene ein Risiko aufweisen, durch Suizid zu sterben, das gegenüber der Allgemeinbevölkerung zwar stark erhöht ist, aber etwa vergleichbar mit demjenigen von Straftätern in Freiheit. Die Tatsache des Freiheitsentzugs alleine erhöht somit nicht die Wahrscheinlichkeit eines Gefangenessuizids – ebensoviel tragen die spezifischen Merkmale und Lebensgeschichten der Straftäter zur erhöhten Mortalitätsrate in den Gefängnissen bei. Gestützt wird diese These durch den Befund, dass Gefangene mit besonders gewalttätigem Anlassdelikt ein höheres Suizidrisiko aufweisen als der Durchschnitt aller Insassen (Webb et al. 2012: 3406; Rabe 2012: 223). Da gerade diese Gefangenen auffällige Persönlichkeitsanteile aufweisen (Fazel/Danesh 2002: 545 ff.) ist somit davon auszugehen, dass zumindest ein Teil dieser Anlassdelikte durch die Persönlichkeit der betreffenden Täter (mit)bedingt waren. Wie bei der Erforschung der Ursachen intramuraler Gewalt erscheint also auch im Zusammenhang mit der Gefangenessuizidalität das sogenannte Importationsmodell plausibler zu sein als das Deprivationsmodell. Letzteres besagt, dass die situativen Umstände und insbesondere die Entbehrungen im Gefängnis Ursache bestimmter Verhaltensweisen der Gefangenen (Gewalt, Suizidalität, etc.) seien. Plausibler und durch die Evidenz besser abgestützt scheint das Importationsmodell. Demnach sind bestimmte problematische Persönlichkeitsanteile gleichzeitig mitverantwortlich für die Begehung von Gewaltstraftaten (und somit für die Verurteilung zu einer Freiheitsstrafe) wie auch für einen Hang zu suizidalem Verhalten. Gleiches gilt für Sexualstraftäter, die gemäss einer umfassenden Studie aus Dänemark ebenfalls ein deutlich höheres Suizidrisiko aufweisen als die Durchschnittsbevölkerung (Webb et al. 2012: 3416).

Dass aber das Suizidrisiko nicht nur von aussen in die Gefängnisse importiert wird, sondern auch situative Faktoren eine Rolle spielen, zeigt sich daran, dass verschiedene Suizid-Risikofaktoren, die auch bei Häftlingen ihre Gültigkeit haben, in Gefängnissen naturgemäss häufiger vorkommen. Wie so oft in der Ursachenforschung ist also auch beim Gefangenessuizid ätiologisch nicht von einem dichotom taxonomischen Modell auszugehen, bei dem entweder das Importations- oder das Deprivationsmodell gilt. Vielmehr wird hier ein dimensionales Verständnis propagiert, bei dem aber personenspezifische Risikofaktoren im Vordergrund stehen. Das heisst, dass Suizide im Gefängnis häufiger als in der Allgemeinbevöl-

kerung vorkommen, weil Straftäter – unabhängig zum Aufenthaltsort – eher zur Suizidalität neigen als Personen, die nicht straffällig in Erscheinung treten. Diese „importieren“ die Suizide in die Anstalt. Zusätzlich und in individuellem Ausmass gefördert wird das suizidale Verhalten des Einzelnen aber durch situative Faktoren, die unter dem Überbegriff „Deprivation“ subsumiert werden können.

Neben der Suizidalität sind Mitarbeitende von Justizvollzugseinrichtungen mit anderen Formen der Selbstschädigung konfrontiert. Von Suizidalität grundsätzlich zu unterscheiden – da bezüglich Motiv und Ziel fundamental anders – ist selbstverletzendes Verhalten (Fulwiler et al. 2010: 69 ff.; Rabe/Konrad 2010: 188). Suizidversuche und Suizide korrelierten in einer Gefangenen-Studie positiv mit Depression und Hoffnungslosigkeit, negativ (aber statistisch nicht signifikant) mit der Ausprägung psychopathischer Züge (Hare 1991) und mit Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen², bei denen selbstverletzendes Verhalten besonders häufig ist. Deshalb werden selbstverletzendes Verhalten und Suizidversuche nicht als Kontinuum, sondern als verschiedene pathologische Entitäten betrachtet (Lohner/Konrad 2006: 370 ff.).

Statistik

In der Schweiz machen seit Jahren Suizide ca. die Hälfte aller Todesfälle im Gefängnis aus. Die Mehrzahl der Suizide ereignen sich in Untersuchungshaft (s. Abbildung).

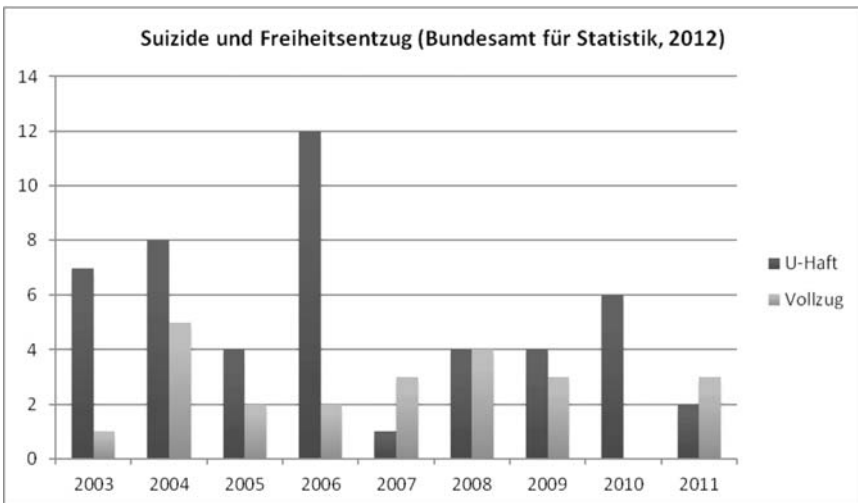


Abbildung 1

2 Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen sind die sog. „wilden“ Persönlichkeitsstörungen: die dissoziale Persönlichkeitsstörung, die emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus und vom impulsiven Typus, die histrionische Persönlichkeitsstörung und die narzisstische Persönlichkeitsstörung.

In US-amerikanischen Gefängnissen kommen Suizide mit Abstand am häufigsten im „Todestrakt“ (d. h. in den Abteilungen, die für die Insassen verantwortlich sind, die zum Tode verurteilt worden sind) vor (Lester/Danto 1993: 18 ff.).

Die im Gefängnis am häufigsten angewendete Suizidmethode ist mit 80 % – 90 % das Erhängen (Daniel 2006: 166; Bennefeld-Kersten 2012; Hayes 1989: 7 ff.). Weitere Suizidmethoden im Gefängnis sind die Intoxikation mit Psychopharmaka (v.a. trizyklische Antidepressiva sowie Blutdrucksenker), sich selbst in Brand setzen (O’Donoghue 1998: 144 ff.),³ Nahrungsverweigerung und das Verschlucken scharfer oder spitzer Gegenstände (Daniel 2006: 166). Das Verschlucken von Rasierklingen ist eine Praxis, die gemäss informellen Aussagen von Gefängnispersonal mit der Zunahme des Anteils nordafrikanischer Gefangener seit dem „arabischen Frühling“ im Vollzugsalltag bei den Insassen an Popularität gewonnen hat. Eine chirurgische Intervention ist in den seltensten Fällen notwendig und übermässige Zuwendung aufgrund der mit diesem Verhalten einhergehenden pathologischen Persönlichkeitszüge der betreffenden Insassen in der Regel kontraindiziert.

Suizid in der Arrestzelle

Ein hohes Suizidrisiko besteht statistisch gesehen in den Arrestzellen (Weinstein et al. 2000: 1 ff.; Patterson/Hughes 2008: 676 ff.; Sanchez 2013: 93). Entsprechend der Praxis im deutschsprachigen Raum werden in Arrest- oder Isolationszellen Insassen vorübergehend untergebracht, wenn sie für ein schweres Disziplinarvergehen sanktioniert oder aufgrund fremdgefährdenden Verhaltens von den anderen Insassen isoliert werden müssen. Daneben kommt es auch vor, dass suizidale Insassen in eine Arrestzelle verlegt werden, weil sie dort besser überwacht werden können. In der Arrestzelle ist der Arrestant in der Regel 23 Stunden pro Tag alleine eingeschlossen. Ausser einem im Boden eingelassenen WC und einem Betonsockel mit einer Matratze hat es keine Möbel. Fernseher, Zeitungen, Schreibutensilien etc. sind in der Regel nicht gestattet, bis auf ein Buch (Roman oder Sachbuch aus der eigenen Zelle oder Anstaltsbibliothek, Bibel, Koran, etc.).

Prima vista scheint es widersinnig, einen suizidalen Gefangenen an einen Ort zu verlegen, an dem statistisch Suizide häufiger sind als anderswo in der Anstalt. Dass Suizide im Arrest überrepräsentiert sind, liegt aber weniger am reizarmen und eher deprimierenden Setting des Arresttrakts, sondern vielmehr an der negativen Selektion der Insassen, die sich im Arrest befinden. Bezüglich Suizid handelt es sich hierbei um eine Hochrisiko-Population. Dazu kommt, dass das Gefühl der Einsamkeit in der Arrestzelle suizidale Gedanken tatsächlich fördern kann (Sanchez 2013: 94). Um die Suizidalität eines sowieso schon gefährdeten Insassen nicht zu erhöhen, werden suizidgefährdete Insassen in bestimmten Gefäng-

3 Diese Methode hat eine hohe Mortalitätsrate von 33 %. Die Opfer sind in der Regel Frauen mit schweren psychischen Störungen.

nissen nicht in die Arrestzelle verlegt, sondern zu einem anderen Insassen in die Zelle. Diese Praxis wird aber auch oft als zu belastend für den Zellengenossen angesehen. Eine weitere Möglichkeit sind die „engmaschige Überwachung“ und die „durchgehende Überwachung“ (Hayes 2005: 79). Engmaschige Überwachung bedeutet eine Kontrolle durch die Betreuung mindestens alle 15 Minuten. Sie ist indiziert bei einem Insassen, der nicht akut suizidgefährdet ist, aber suizidale Gedanken beschreibt (hat z. B. den Wunsch zu sterben, jedoch ohne konkreten Plan) oder bei einem Insassen, der suizidale Gedanken negiert, aber durch sein nonverbales Verhalten Suizidalität suggeriert. Eine durchgehende Überwachung sollte hingegen stattfinden bei einem Insassen, der als akut suizidal zu beurteilen ist – sei es wegen Suiziddrohungen oder wegen konkretem suizidalem Verhalten (Hayes 2005: 80). Aufgrund des intensiven personellen Aufwands wird kaum ein Gefängnis in der Lage sein, diese Überwachung sicherzustellen. Im Übrigen besteht bei Bekanntwerden eines solchen Vorgehens die Gefahr, dass Insassen die engmaschige oder durchgehende Überwachung als Bühne für parasuizidale Handlungen missbrauchen würden – ein Verhalten, das durch bestimmte, in Gefängnissen gehäuft vorkommende Persönlichkeitsvarianten mit histrionischen oder manipulativ-dissozialen Anteilen akzentuiert werden könnte. Wenn die Suizidalität als so ernst eingestuft wird, dass eine engmaschige oder durchgehende Überwachung indiziert erscheint, müssen sich die Verantwortlichen vielmehr überlegen, ob nicht ein vorübergehender Transfer in eine psychiatrische Klinik angezeigt wäre. Erfahrungsgemäss gibt es auch Gefangene, die Suizidalität fingieren, um von möglicherweise angenehmeren Bedingungen oder grösseren Fluchtmöglichkeiten in einer Klinik zu profitieren. Aus diesem Grund kommt es den Strafvollzugsverantwortlichen sehr entgegen, wenn Kliniken⁴ diese Problematik berücksichtigen und entsprechende Vorkehrungen treffen.

Bilanz vs. Affektsuizid

Von zentraler Bedeutung ist die Unterscheidung zwischen Affektsuizid und Bilanzsuizid, denn nur beim Bilanzsuizid wird ungetrübte Willensfreiheit (sofern es diese überhaupt gibt) angenommen (Colt 1991: 351 ff.). Beim Bilanzsuizid, der maximal 10 % aller Suizide ausmacht (GBE 1998), wägt der Betroffene die positiven und negativen Aspekte seines Lebens gegen einander ab und zieht nüchtern Bilanz. Wenn diese für ihn nicht stimmt, suizidiert er sich. Bei der überwiegenden Mehrheit der Suizide läuft der Prozess weitaus weniger pragmatisch und utilitaristisch ab. Kausal im Vordergrund stehen bei der Suizidalität meist psychische Erkrankungen. Neben der Depression sind oft auch Suchterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen an der Willensbildung zum Suizid beteiligt, sodass in vielen Fällen von Affektsuiziden nicht von uneingeschränkter Urteilsfähigkeit gesprochen werden kann.

Bei reiner Bilanzsuizidalität darf, der Hypothese der Willensfreiheit folgend, das Gefängnispersonal im Prinzip nicht intervenieren. Die Unterscheidung zwi-

4 die gerne betonen, sie seien „keine Gefängnisse“

schen Affekt- und Bilanzsuizid wird aber gerade in akuten Situationen nicht immer ohne weiteres möglich sein: Man stelle sich etwa die Situation vor, dass ein Aufseher beim Öffnen einer Zellentüre den Gefangenen an einem Strick hängen sieht. Angesichts des hohen Stellenwerts des menschlichen Lebens wird er den Gefangenen auf jeden Fall abhängen, Alarm schlagen und mit Wiederbelebungsversuchen beginnen müssen (so auch Mausbach 2012: 161). Man wird dem Bilanz-Suizidalen auch zumuten können, in seiner voll erhaltenen Urteilsfähigkeit den Suizid so zu planen und durchzuführen, dass er nicht vom Gefängnispersonal gestört wird.

Es stellt sich weiter die Frage, ob der Staat – in diesem Fall die Vollzugsbehörden respektive der Gefängnisarzt – verpflichtet ist, einem Suizidwilligen bei seiner Selbsttötung Beihilfe zu leisten. Dies ist aber abzulehnen, und zwar sowohl bei Affekt- als auch bei Bilanzsuiziden. Dass die Beihilfe bei den Affekt-suiziden – bei denen die Urteilsfähigkeit der Betroffenen bezüglich Suizidhandlung ja grundsätzlich nicht vorliegt – von vornherein wegfällt, dürfte auf der Hand liegen. In Frage käme sie höchstens bei den (seltenen) Bilanzsuiziden. Doch auch hier muss ein Anspruch des einzelnen Gefangenen auf entsprechendes aktives Handeln der Gefängnisbehörde respektive des Gefängnisarztes negiert werden. Wenn ein solcher Anspruch schon bei Suizidwilligen in der Freiheit vom Bundesgericht⁵ verneint wird, ist dies erst recht der Fall bei Gefangenen, für die der Staat ja einen besonderen Schutzauftrag hat. Im Übrigen ist nicht ersichtlich, weshalb der Staat bei etwas helfen soll, zu dem der Einzelne ohne weiteres selber fähig ist. Es gibt verschiedene sichere Suizidmethoden, zu denen der Insasse auch im Gefängnis problemlos Zugang hat und auch haben sollte, solange er urteilsfähig ist.

Anders sollte unseres Erachtens allerdings entschieden werden im Fall eines urteilsfähigen Gefangenen, dem es nicht möglich ist, sich ohne aktive fremde Hilfe zu töten; dem also *keine* Alternativen im Sinne des Bundesgerichts zur Verfügung stehen. Da aber ein solcher Fall konkret kaum vorstellbar ist respektive nicht denkbar ist, dass ein Gefangener, der körperlich nicht mehr in der Lage ist, sich ohne fremde Hilfe zu suizidieren, sich noch in einem Gefängnis und nicht in einem Krankenhaus befindet, wird sich diese Frage in der Strafvollzugspraxis kaum je stellen.

5-Punkte-Programm zur Suizidprävention

In den 90er Jahren begann man sich in der forensischen Psychiatrie zunehmend auf die Rückfallverhinderung der Straftäter zu fokussieren. In der Therapie der Gefangenen war nicht mehr ihre Befindlichkeit, sondern ihre Gefährlichkeit zentrales Thema. Diese grundsätzlich positive Entwicklung dürfte jedoch in verschiedenen Institutionen dazu geführt haben, dass der psychiatrischen Grundversorgung der Insassen weniger Beachtung geschenkt worden ist. Diese unterscheidet sich eben dadurch von der deliktorientierten The-

5 BGE 133 I 58 E. 6.2.2

rapie, dass es bei ihr um die aktuelle Befindlichkeit des Insassen geht und darum, diese zu verbessern. Die tendenzielle Verschiebung des Fokus von der Grundversorgung auf die deliktorientierte Therapie war möglicherweise daran mitbeteiligt, dass die Suizidalität in den Schweizer Gefängnissen ab den frühen 90er Jahren zahlenmässig deutlich anstieg. Es ist also wichtig, nicht nur in die (natürlich sehr wichtige) Rückfallverhinderung im Sinne von deliktpräventiven Behandlungen zu investieren, sondern auch in die Grundversorgung. Dabei sollte man die Befunde von Sattar und Killias (2005: 335) berücksichtigen, die besagen, dass die Suizidalität einzelner Insassen weniger auf die Haftbedingungen zurückzuführen ist als auf ihre persönlichen Dispositionen (Importationstheorie). In den entsprechenden Richtlinien der American Psychiatric Association (Weinstein et al. 2000: 1 ff.) werden folgende Schritte zur Suizidprävention in Gefängnissen empfohlen:

Schulung des Personals

Durch Schulungen wird der Umgang des Personals mit suizidalen Gefangenen professioneller und effizienter, was zu einem Rückgang der Inzidenzrate führt (Pannell/Howells/Day 2003: 108; Cutler/Bailey/Dexter 1997: 65 ff.). Ideal wäre ein achttündiger Einführungskurs mit regelmässigen Auffrischkursen (ca. zwei Stunden pro Jahr). Inhaltlich sollten Themen vermittelt werden wie Risikofaktoren, Warnsignale, Verhalten bei Verdacht auf Suizidalität, Verhalten bei versuchtem oder vollendetem Suizid und rechtliche Aspekte (z. B. Haftungsklagen). Ohne Schulung kann das Gefängnispersonal keine Suizidalität identifizieren, einschätzen oder verhindern. Etwas pathetisch formuliert, werden unnötigerweise Menschen sterben und Haftpflichtfälle entstehen, wenn das Gefängnispersonal nicht korrekt geschult ist (Hayes 1989: 7 ff.).

Eintrittsevaluation

In den USA werden nicht zuletzt wegen Schmerzensgeld-Klagen von Angehörigen der durch Suizid verstorbenen Gefangenen zunehmend psychiatrisch-psychologische Dienste innerhalb der Gefängnismauern geschaffen (Daniel 2006: 169). Diese sind u. a. zuständig für das initiale Assessment der Insassen. Der Fachmann kann neben einem vertieften Gespräch auch psychometrische Testverfahren beiziehen. Im Vordergrund stehen dabei v.a. Skalen wie das Suicide Concerns for Offenders in Prison Environment – SCOPE (Perry/Olason 2009: 385 ff.), die Depression, Hopelessness, and Suicide Screening Form – DHS (Mills/Kroner 2005: 1 ff.) und das Viennese Instrument for Suicidality in Correctional Institutions – VISCI (Frottier et al. 2008: 21 ff.) aus dem deutschsprachigen Raum (Fries/Vettiger 2012: 434 f.). Wichtig ist dabei, dass auch durch die Aufseher ein Eintrittsgespräch mit dem neuen Insassen geführt und im Gespräch auf Frühwarnzeichen und Risikofaktoren in der Anamnese des Gefangenen geachtet wird, wie dies in den Schulungen vermittelt worden ist.

Kommunikation

Wichtig ist weiter, dass zwischen den einzelnen Bereichen wie Aufseher/Betreuer, Ärzten, Psychologen und Sozialarbeitern offen und engmaschig kommuniziert wird, z. B. im Rahmen einer regelmässig stattfindenden Sitzung. Nur wenn die Beobachtungsfragmente der einzelnen Bereiche zusammengefügt werden, ergeben sie ein ganzes Bild. Sehr wichtig ist dabei, dass die Aufseher/Betreuer ihrem eigenen Urteil auch dann vertrauen, wenn z. B. akademisch geschulte Ärzte von gegenteiligen Beobachtungen berichten. Es ist eine Tatsache, dass sämtliche Spezialisten jeweils nur ein isoliertes Beobachtungsintervall des Insassen direkt erleben, während die Betreuer die Gefangenen im Längsschnitt observieren können. Suizidales Verhalten mit seinen ganzen Tageschwankungen kann so viel zuverlässiger eingeschätzt werden als in einer kurzen Sitzung (so auch Hayes 1989: 7 ff.).

Sehr wichtig ist es ausserdem, sich bewusst zu sein, dass eine rigide und dogmatische Handhabung des Datenschutzes und Berufsgeheimnisses zwischen den einzelnen beteiligten Berufsgattungen keinem dient – am allerwenigsten dem Häftling selber.

Monitoring

Bei Verdacht auf Suizidalität muss das Personal den zuständigen Psychiater verständigen, der nach Rücksprache mit dem Betreuungsteam das Ausmass des Suizidrisikos einschätzt. Ist die Suizidalität eher als gering einzustufen, kann versucht werden, die Krise medikamentös abzufangen. Für eine rasche und kurzfristige Wirkung werden in solchen Situationen oft Beruhigungsmittel aus der Klasse der Benzodiazepine eingesetzt. Parallel dazu beginnt man für die längerfristige Wirkung nötigenfalls mit antidepressiven Psychopharmaka. Die klinische Evidenz, dass Antidepressiva tatsächlich das Suizidrisiko senken, bleibt jedoch dürftig. Verschiedene Studien deuten darauf hin, dass bestimmte Antidepressiva nicht zu einer Verringerung der Suizidalität führen, sondern im Gegenteil sogar die Ausführungsgefahr bei einem Insassen mit suizidalen Gedanken erhöhen können, indem sie vorhandene (Auto-) Aggressivität enthemmen und selbstschädigendes Verhalten fördern (Bregin 2004: 31 ff.).

Auf Weisung des Psychiaters wird der Insasse gegebenenfalls zur genaueren Kontrolle in eine Arrestzelle verlegt oder, falls die Suizidalität noch stärker ausgeprägt ist, in eine gesicherte Klinik transferiert. So lange sich der Insasse in der JVA befindet und Suizidalität durch den Psychiater nicht ausgeschlossen werden kann, muss der Insasse regelmässig kontrolliert werden. Sollte eine „engmaschige“ oder „durchgehende“ Kontrolle (s. oben) nötig werden, wird in der Regel die Verlegung in eine Klinik indiziert sein. Auch müssen Insasse und Zelle auf gefährliche Objekte wie z. B. Rasierklingen, Schnüre, Plastiktüten, etc. hin untersucht und diese entfernt werden. Für das Gefängnispersonal ist es aus juristischen Gründen sehr wichtig, dass sie sämtliche Beobachtungen in einem Tagesjournal oder im Gefangenendossier schriftlich festhalten.

Intervention

Schliesslich muss das Personal durch den vorne erwähnten Unterricht geschult sein im korrekten Umgang mit Situationen akuter suizidaler Krisen. So sollte ein Betreuer, der einen (in suizidaler Absicht) verletzten Insassen entdeckt, sofort die Situation einschätzen können und Hilfe herbeirufen. Dann muss mit erster Hilfe oder Wiederbelebungsmaßnahmen begonnen werden, da in solchen Situationen nie 100 % klar ist, ob es sich um einen Affekt- oder Bilanzsuizid(-versuch) handelt. Das Personal sollte auch bei vermutetem Tod des Häftlings Wiederbelebungsmaßnahmen einleiten und diese frühestens bei Ankunft von medizinischem Personal abbrechen.

Schlussbetrachtungen

Der Suizid eines Gefangenen ist ein tragisches Ereignis, das natürlich in erster Linie für die Familie des Verstorbenen verheerend ist. Es kann aber auch für das beteiligte Personal zu einem sehr belastenden Erlebnis werden. Schliesslich kann der Todesfall auch für die Institution zum finanziellen Problem werden – nämlich dann, wenn auf Schmerzensgeld geklagt wird und dem Personal ein schuldhaftes Verhalten (auch durch Unterlassung) nachgewiesen werden kann, das als Glied der Kausalkette, die schliesslich zum Tod des Insassen führte, identifiziert werden kann. In der europäischen Strafvollzugspraxis ist diese Problematik (noch) nicht akut, aber auch den hiesigen Institutionen wird empfohlen, sich angelsächsischen Anforderungen entsprechend zu verhalten – zumal dadurch Suizide verhindert werden können. Bei nachgewiesener Verletzung der Sorgfaltspflicht eines JVA-Mitarbeiters kann der Suizid eines Insassen aufgrund der Garantenstellung des Angestellten auch strafrechtlich gravierende Konsequenzen haben. Die Einhaltung sämtlicher Regeln der Kunst bei suizidalen Gefangenen ist also im Interesse aller. In einem 2010 erschienenen Artikel (Knoll 2010: 188 ff.) werden Empfehlungen zur Verhinderung von Zivilklagen im Zusammenhang mit Suiziden im Strafvollzug aufgeführt. Obwohl im Text eigentlich nur die klinisch tätigen Mitarbeitenden der Institutionen Adressaten der formulierten Standards sind, können sich die Standards ohne weiteres analog auch auf das Aufsichtspersonal beziehen. Der Kliniker muss keinen Suizid „vorhersagen“ können – von ihm erwartet werden darf aber ein „angemessenes professionelles Urteil“. Er kann wegen Verletzung der Sorgfaltspflicht zivilrechtlich belangt werden, wenn er es unterlässt, eine adäquate Eintrittsevaluation vorzunehmen oder auf die in der Eintrittsevaluation erhobenen Befunde angemessen zu reagieren; ebenso wird schuldhaftes Verhalten vermutet bei mangelhaftem Monitoring einer als suizidal identifizierten Person, bei fehlerhafter Medizinerung oder bei unterlassenem Entfernen gefährlicher Gegenstände aus der Zelle eines suizidalen Insassen. Bis auf den Vorwurf der falschen Medizinerung gelten sämtliche genannten Punkte auch für Aufsichts- und Betreuungspersonal. Das beschriebene 5-Punkte-Programm dient somit nicht nur der Suizidprävention. Es schützt das Personal auch vor zivil- und strafrechtlichen Klagen im Fall

der Beschuldigung, die Sorgfaltspflicht verletzt zu haben. Das Einhalten der genannten Regeln wird also dringend empfohlen.

Literatur

- Bammann, K. (2010): Kreativität und künstlerisches Gestalten als Durchbrechung der „Totalen Institution“, Diss., Zeven/Bremen.
- Bennefeld-Kersten, K. (2012): Suizide von Gefangenen in Deutschland von 2000 bis 2010, www.igf.or.at/downloads/Bennefeld-Kersten_SuizidberichtDeutschland.pdf.
- Bernheim, J. C. (1987): Les suicides en prison, Montréal.
- Bregin, P. R. (2004): Suicidality, violence and mania caused by selective serotonine reuptake inhibitors (SSRIs): A review and analysis, in: *International Journal of Risk and Safety in Medicine* 16, 31-49.
- Burns, T. (1992): Erving Goffman, London.
- Colt, G. H. (1991): The enigma of suicide, New York.
- Cutler, J./Bailey, J./Dexter, P. (1997): Suicide awareness training for prison staff: An evaluation, in: *Issues in Criminological & Legal Psychology* 28, 65-69.
- Daniel, A. E. (2006): Preventing suicide in prison: A collaborative responsibility of administrative, custodial and clinical staff, in: *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* 34, 165-175.
- Fazel, S./Cartwright, J./Normann-Nott, A./Hawton, K. (2008): Suicide in prison: A systematic review of risk factors, in: *Journal of Clinical Psychiatry* 69, 1721-1731.
- Fazel S./Danesh J. (2002): Serious mental disorder in 23000 prisoners: A systematic review of 62 surveys, in: *The Lancet* 359, 545-550.
- Fries, D./Vettiger, R. (2012): Management von Suizidalität in forensischen Settings, in: Endrass, J./Rossegger, A./Urbanik, F./Borchard, B. (Hg.): *Interventionen bei Gewalt- und Sexualstraftätern*, Berlin, 427-438.
- Frottier, P./König, F./Matschnig, T./Seyringer, M.-E./Frühwald, S. (2008): Das Wiener Instrument für Suizidgefahr in Haft, in: *Psychiatrische Praxis* 35, 21-27.
- Fulwiler, C./Forbes, C./Santangelo, S. L./Folstein, M. (1997): Self-mutilation and suicide attempt: Distinguishing features in prisoners, in: *Journal of the American Academy of Psychiatry and Law* 25, 69-77.
- GBE (1998): Suizid, Kap. 5.16., in: Statistisches Bundesamt (Hg.): *Gesundheitsbericht für Deutschland*, Stuttgart.
- Goffman, E. (1973): *Asyle*, Frankfurt aM.
- Hare, R. D. (1991): *The Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R)*, Toronto.
- Hayes, L. (2005): Suicide prevention in correctional facilities, in: Scott, L. C./Gerbas, J. B. (Hg.): *Handbook of correctional mental health*, Washington DC, London, 69-88.
- Hayes, L. (1989): National study of jail suicides: seven years later, in: *The Psychiatric Quarterly* 60, 7-29.
- Haynal, A./Pasini, W. (1984): *Médecine psychosomatique*, Paris.
- Inskip, H. M./Harris, E. C./Barradough, B. (1998): Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia, in: *British Journal of Psychiatry* 172, 35-37.
- Jamison, K. (1999): *Night falls fast: Understanding suicide*, New York, zitiert in: Hayes, L., 2005.
- Kaplan, H. I./Sadock, B. J. (1996): *Pocket handbook of clinical psychiatry*, Baltimore.
- Konrad, N. (2002): Suizid in Haft – europäische Entwicklungen unter Berücksichtigung der Situation in der Schweiz, in: *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* 153, 131-136.
- Konrad, N./Daigle, M. S./Daniel, A. E./Dear, G. E./Frottier, P./Hayes, L. M./Kerkhof, A./Liebling, A./Sarchiapone, M. (2007): Preventing suicide in prisons, part I. Recommendations from the International Association for Suicide Prevention Task Force on Suicide in Prisons, in: *Crisis* 28, 113-121.

- Knoll, J. L. (2010): Suicide in correctional settings: Assessment, prevention, and professional liability, in: *Journal of Correctional Mental Health Care* 16, 188-204, zitiert in: Sanchez, H. G., 2013.
- Kovaszny, B./Miraglia, R./Beer, R./Way, B. (2004): Reducing suicides in New York correctional facilities, in: *The Psychiatric Quarterly* 75, 61-70.
- Leese, M./Thomas, S./Snow, L. (2006): An ecological study of factors associated with rates of self-inflicted death in prisons in England and Wales, in: *International Journal of Law and Psychiatry* 29, 355-360.
- Lester, D./Danto, B. L. (1993): Suicide behind bars: Prediction and prevention, Philadelphia, 18-21, zitiert in: Daniel, A. E., 2006.
- Lohner, J./Konrad, N. (2006): Deliberate self-harm and suicide attempt in custody: Distinguishing features in male inmates' self-injurious behavior, in: *International Journal of Law and Psychiatry* 29, 370-385, zitiert in: Rabe, K./Konrad, N., 2010.
- Mausbach, J. (2012): Suizid im Gefängnis, in: Tag, B./Gross, D. (Hg.): *Tod im Gefängnis*, Frankfurt, 151-172.
- Mills, J. F./Kroner, D. G. (2005): Screening for suicide risk factors in prison inmates: Evaluating the efficiency of the Depression, Hopelessness and Suicide Screening Form (DHS), in: *Legal and Criminological Psychology* 10, 1-12.
- O'Donoghue, J. M./Panchal, J. L./O'Sullivan, S. T./O'Shaughnessy, M./O'Connor, P. T./Keely, H./Kelleher, M. J. (1998): A study of suicide and attempted suicide by self-immolation in an Irish psychiatric population: An increasing problem, in: *Burns* 24, 144-146.
- Pannell, J./Howells, K./Day, A. (2003): Prison officers' beliefs regarding self-harm in prisoners: An empirical investigation, in: *International Journal of Forensic Psychology* 1, 103-110.
- Patterson, R. F./Hughes, K. (2008): Review of completed suicides in the California Department of Corrections and Rehabilitation, 1999 to 2004, in: *Psychiatric Services* 59, 676-682.
- Perry, A. E./Olason, D. T. (2009): A new psychometric instrument assessing vulnerability to risk of suicide and self-harm behaviour in offenders, in: *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 53, 385-400.
- Rabe, K. (2012): Prison structure, inmate mortality and suicide risk in Europe, in: *International Journal of Law and Psychiatry* 35, 222-230.
- Rabe, K./Konrad, N. (2010): Aktuelle Aspekte des Gefängnis-suizids, in: *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie* 4, 182-192.
- Rundell, J. R./Wise, M. G. (2000): *Consultation psychiatry*, Washington DC.
- Sanchez, H. G. (2013): Suicide prevention in administrative segregation units: What is missing? in: *Journal of Correctional Health Care* 19, 93-100.
- Sattar, G./Killias, M. (2005): The death of offenders in Switzerland, in: *European Journal of Criminology* 2, 317-340.
- Webb, R. T./Shaw, J./Stevens, H./Mortensen, P. B./Appleby, L./Qin, P. (2012): Suicide risk among violent and sexual criminal offenders, in: *Journal of Interpersonal Violence* 27, 3405-3424.
- Weinstein, H. C./Burns, K. A./Newkirk, C. F./Zil, J. S./Dvoskin, J. A./Steadman, H. J. (2000): *Psychiatric services in jails and prisons*, Washington DC.
- Wolferdsdorf, M. (2008): Suizidalität, in: *Nervenarzt* 79, 1319-1336.

Dr. iur. Dr. med. Thomas Noll

Schweizerisches Ausbildungszentrum für das Strafvollzugspersonal, Avenue Beauregard 11, 1700 Freiburg, Schweiz

E-Mail: noll@prison.ch

Prof. Dr. phil. Jérôme Endrass

Psychiatrisch-Psychologischer Dienst, Amt für Justizvollzug Kanton Zürich, Feldstrasse 42, 8090 Zürich/Universität Konstanz, AG Forensische Psychologie, Postfach 47, D-78457 Konstanz

E-Mail: jerome.endrass@ji.zh.ch