

Erläuterung zu den statistischen Angaben

In der vorliegenden Arbeit wurden die statistischen Kennwerte einzelner Analysen in den Fußnoten aufgeführt, um die Lesbarkeit nicht zu beeinträchtigen. Die Bedeutung der Angaben wird im Folgenden erläutert:

- p: Irrtumswahrscheinlichkeit, die Auskunft gibt über die Wahrscheinlichkeit eines Irrtums, wenn davon ausgegangen wird, dass etwa ein auftretender Mittelwertunterschied oder eine Korrelation nicht mit zufälligen Schwankungen zu erklären ist. p kann einen Wert zwischen 0 und 1 annehmen: $0 \leq p \leq 1$.
- Chi-Quadrat: ein statistisches Verfahren, mit dessen Hilfe geprüft werden kann, ob zwischen zwei oder mehr Variablen Zusammenhänge bestehen.
- Korrelation nach Pearson (bei ordinalskalierten oder nicht-normalverteilten intervallskalierten Variablen nach Spearman): statistisches Verfahren, mit dessen Hilfe durch Bildung von Wertepaaren geprüft werden kann, ob Zusammenhänge zwischen zwei Variablen bestehen.
- t-Wert: Kennwert des t-Tests, der zum Vergleich von unabhängigen beziehungsweise abhängigen Stichproben hinsichtlich der Mittelwerte angewendet wird. Ergebnis: t= Prüfgröße, Anzahl der Freiheitsgrade (df), Irrtumswahrscheinlichkeit p.
- U-Test nach Mann und Whitney: Test zum nichtparametrischen Vergleich von zwei unabhängigen Stichproben.
- Wilcoxon-Test: Test zum nichtparametrischen Vergleich von zwei abhängigen Stichproben.
- r: Korrelationskoeffizient, der mit r symbolisiert wird, liegt zwischen -1 und +1. Ein Betrag nahe 1 bedeutet einen starken, nahe 0 einen schwachen Zusammenhang.
- In der vorliegenden Arbeit wurde das Signifikanzniveau auf 5 % ($p \leq .05$) festgelegt.

Im folgenden Text wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit die grammatikalisch männliche Personenform benutzt; sofern nicht eigens erwähnt, sind weibliche Personen darin eingeschlossen.

1. Von der Notwendigkeit, über Suizide von Gefangenen zu schreiben

„Ruft den Pastor. Diese Akte könnt Ihr für immer schließen. Ich werde nie mehr rückfällig.“ So lautet die letzte Mitteilung eines Gefangenen, geschrieben auf ein Blatt Papier, bevor er sich in seinem Haftraum erhängte. Damit haben wir nicht gerechnet, wir – die Justizvollzugsbediensteten, die Gesellschaft – das haben wir auch nicht gewollt. Wir wollen, dass die Straftäter nicht mehr rückfällig werden, aber wir wollen nicht, dass sie sich das Leben nehmen.

Seit vielen Jahren arbeite ich im Justizvollzug und fast ebenso lange beschäftigt mich die Frage, ob das Gefängnis-System etwas Entscheidendes dazu beiträgt, dass Gefangene sich das Leben nehmen, etwas, das außerhalb der Gefängnisse nicht zur Wirkung kommt. In der Bundesrepublik Deutschland haben sich 75 Gefangene im Jahr 2006 das Leben genommen. Niemand nimmt sich gern das Leben¹, aber ist es nicht akzeptabel dies zu tun, bevor es nach langen Jahren in – wenn auch selbst verschuldeter – Haft zu Grunde geht? Hätten sich diese Personen auch in Freiheit getötet, und ist es nicht letztlich jedem Menschen selbst zu überlassen, ob er sein Leben weiterführen oder beenden will? Oder sind es doch haftspezifische Besonderheiten, die den Ausschlag zu einer Selbsttötung geben, ist die Inhaftierung mit den einhergehenden einschneidenden Ereignissen eine „staatliche Maßnahme mit Todesfolge“?

Einstellungen zu Suizid, sowie Lebensereignisse und Bewältigung unter Gefängnisbedingungen sind Aspekte, die trotz umfangreicher Forschung über Suizide von Gefangenen (vgl.: Blaauw, Frühwald, Konrad, Liebling, Missoni et al.) noch nicht ausreichend beschrieben worden sind. Die vorliegende Arbeit ist der Versuch, zumindest einen Teil der Aspekte in ihren Wirkungszusammenhängen zu erfassen. Sie behandelt vier zentrale Themenkomplexe in Bezug auf Suizid – Person, Ereignisse, Umwelt und Bewältigung. Im theoretischen Teil der Arbeit geht es zunächst allgemein um das Phänomen Suizid in der Gesellschaft (Kapitel 3 und 4), dann speziell um Suizid im Gefängnis (Kapitel 5 bis 7). In den Kapiteln acht und neun werden Anliegen und Ergebnisse von vier eigenen Studien zu Suiziden im Gefängnis dargestellt, und im zehnten Kapitel werden sie diskutiert.

Auch Gefangene kommen zu Wort: Gefangene, die sich das Leben genommen haben, und andere, die noch leben. Gleich zu Beginn berichtet ein – noch lebender – Gefangener, wie er die Inhaftierung und die Untersuchungshaft erlebt hat. Dieser Erfahrungsbe-

¹ Titel eines Flyers des Nationalen Suizid-Präventions-Programms

richt bildet den Einstieg in das Phänomen „Suizid im Gefängnis“, der durch Informationen zur Problematik von Gefangenensuiziden ergänzt wird.

Im dritten Kapitel wird über die Epidemiologie und Prävalenz von Suiziden in der Allgemeinbevölkerung berichtet. Dazu gehören auch Einrichtungen, in denen sich Menschen nicht immer freiwillig aufhalten, ohne dass es sich um Gefängnisse handelt: psychiatrische Krankenhäuser, Wohneinrichtungen für alte Menschen und Kasernen der Bundeswehr. Es wird die Frage erörtert, ob eine nicht selbst gewählte Umgebung geeignet sein kann, Personen zu veranlassen, sich das Leben zu nehmen.

Der zweite Teil dieses Kapitels behandelt einen weiteren Umgebungsfaktor: Einstellungen der Mitmenschen zum Suizid. Was denken die Lebenden über Menschen, die sich töten? Darf man sich das Leben nehmen? Nach ausgewählten Einstellungen der Zeitgeschichte werden auch rechtliche Aspekte, u. a. die Sterbehilfe, behandelt. Zu Einstellungen der heutigen Zeit werden u.a. Ergebnisse aus Befragungen von Personen in einem Krankenhaus und solchen von Angehörigen verschiedener Berufe nach dem Recht auf Suizid berichtet.

Person, Ereignisse, Umwelt, das sind drei Säulen, die den Hintergrund für die Bewältigung situationaler Anforderungen und für die Entscheidung für oder gegen das Leben bilden. Im vierten Kapitel werden die ersten beiden Aspekte behandelt. Welche Rolle spielt eine Neigung zur Suizidalität bei der Einschätzung von Ereignissen, und leisten genetische, neurobiologische Faktoren und frühkindliche Erfahrungen einen Beitrag zur Entwicklung einer suizidalen Persönlichkeit? Dabei werden einzelne psychische Störungen, mit denen ein erhöhtes Suizidrisiko einhergeht, gesondert beschrieben. Bewältigungsformen belastender Lebensereignisse werden vorgestellt und es wird erörtert, ob Suizid als Bewältigungsform besonderer Art bezeichnet werden kann.

Die im fünften Kapitel behandelte Umwelt ist der dritte und entscheidende Aspekt für die Beantwortung der Frage nach dem „entscheidenden Beitrag“ des Gefängnis-Systems an Gefangenensuiziden. Die Umwelt ist das Gefängnis und seine Mauern trennen nicht nur augenfällig die Davor- und Dahinterlebenden. Wie die Welt hinter den hohen Mauern eines Gefängnisses aussieht, wird den meisten Menschen bislang verborgen geblieben sein. Zum besseren Verständnis der Situation eines Gefangenen werden Informationen über Theorien zur Auswirkung der Freiheitsstrafe, über das Ziel von Bestrafung, über gesetzliche Grundlagen für den Justizvollzug und über die Vollzugseinrichtungen als solche gegeben. Der gesetzliche Rahmen und die beabsichtigte Wirkung von Freiheitsentzug ist die eine Seite, eine andere ist das Erleben des Haftalltags. Um einen Eindruck von der Alltäglichkeit in der Besonderheit zu vermitteln, wird über Haftverlauf und Ereignisse berichtet, aber auch über die besondere Situation von Bediensteten. Sie haben eine Fürsorgepflicht zu beachten, die – zum Beispiel in Suizidsituationen – eine besondere Umsicht im Umgang mit Insassen begründet. Nach einem Suizid sind die Reaktionen auf das Ereignis im Gefängnis andere als draußen. Hier wird der Suizid als „besonderes Vorkommnis“ der Aufsichtsbehörde berichtet, die überprüft, ob alles mit rechten Dingen zugegangen ist oder ob Dienstpflichtverletzungen vorgelegen haben könnten.

Die Darstellung der Epidemiologie von Gefangenen-Suiziden und von Risikobedingungen wird deutlich machen, dass einfache Vergleiche der Suizidhäufigkeiten zwischen drinnen (im Gefängnis) und draußen problematisch sind. Darauf wird in einem Unterkapitel zur Aussagekraft der Suizid-Statistik näher eingegangen.

Persönliche Befindlichkeiten von Gefangenen, Ereignisse und ihre Bewältigung im Gefängnis werden mit der ausführlichen Darstellung von zwei Gefangenen, die sich das Leben genommen haben, im sechsten Kapitel unterlegt. Einer von ihnen ist Herr B., der im Vorwort benannte Gefangene. In beiden Fällen handelt es sich um Ereignisse, die die Verwundbarkeit auf Seiten der Gefangenen und der Bediensteten deutlich machen, sie zeigen die Kränkbarkeit und Grenzen von Bewältigungsmöglichkeiten auf Seiten der Suizidenten und die Verletzbarkeit und Grenzen der Fürsorge auf Seiten der Bediensteten. Der dritte Themenkomplex behandelt die Frage der Bewältigung von belastenden Lebensereignissen in einem Gefängnis. Fünf Gefangene, die wegen eines Tötungsdelikts inhaftiert worden waren, haben in einem Gespräch berichtet, wie sie das Ereignis der Inhaftierung bewältigt haben.

Die drei Säulen von Vulnerabilität einer Person, kritischen Ereignissen und der speziellen Gefängnis-Umwelt werden im siebten Kapitel beschrieben und bilden die Grundlage für ein Modell der Besonderheit von Gefangenen-suiziden. Dieses Modell postuliert, dass – neben vielen anderen Faktoren – reduzierte Möglichkeiten von Bewältigungsmechanismen zum Teil für Gefangenen-suizide verantwortlich gemacht werden können. Der Überprüfung dieses Modells sind enge Grenzen gesetzt, weil die Betroffenen tot sind. Allein die theoretische Auseinandersetzung erscheint indes wertvoll, und es soll versucht werden, einzelne Aspekte des Modells auch empirisch zu betrachten. Anhand von vier Studien aus Gefängnissen wird aus verschiedenen Blickwinkeln die Problematik von Gefangenen-suiziden erörtert. Die Anliegen der Studien und die Problematik bei Erhebung und Auswertung der umfangreichen Datenmengen werden im Kapitel acht vorgestellt. Im neunten Kapitel werden dann die Ergebnisse der Studien berichtet.

Mit der Studie I wird geprüft, ob es Hinweise auf besondere Ereignisse oder eingebrachte Merkmale von Gefangenen gab, die sich relativ kurz – bis zu 3 Monaten – nach der Inhaftierung töteten. Dazu wurden Personalakten einer „Parallelgruppe“ von Gefangenen aus niedersächsischen Gefängnissen ausgewertet. Dabei handelt es sich um 33 Gefangene, die in derselben Anstalt zeitnah zu den Gefangenen, die sich getötet hatten, aufgenommen worden waren.

Mittels eines Fragebogens (Studie II), der neben dem Ablauf der Suizide auch persönliche und vollstreckungsrechtliche Informationen erfasst, wurden bundesweit Daten zu 645 Gefangenen (bei 646 Suiziden von Gefangenen insgesamt) aus dem Zeitraum 2000 bis 2006 erfasst. Zu einem Suizid konnten keine Daten geliefert werden, da keine Unterlagen mehr vorhanden waren.

Weitergehende Fakten, insbesondere zu Ereignissen während der Haft, wurden aus der Aktenanalyse von 105 Personalakten von Gefangenen gewonnen, die sich in den Jahren 1992 bis 2004 in niedersächsischen Gefängnissen das Leben genommen hatten (Studie III).

Schließlich ist auch die Einstellung der Umwelt zum Recht auf den selbstbestimmten Tod nicht ohne Belang. Ob die Fürsorgepflicht im Justizvollzug Raum lässt für Akzeptanz von Suiziden Gefangener und welche Erklärungen Bedienstete für Selbsttötungen ihrer „Schützlinge“ haben, war Gegenstand einer Befragung, an der 375 Bedienstete aus dem niedersächsischen Vollzug teilgenommen haben (Studie IV).

Die generelle Diskussion der Ergebnisse im zehnten Kapitel soll den möglichen Stellenwert des Beitrags, den das Gefängnis-System an einer Entscheidung für oder gegen einen Suizid hat, beschreiben. Im Weiteren werden Stärken und Schwächen der vorliegenden Arbeit aufgezeigt und Vorschläge zum Umgang mit Suizidgefahr im Gefängnis vorgestellt. Anregungen für zukünftige Forschung bilden den Abschluss der vorliegenden Arbeit.

2. Eine suizidale Entwicklung im Gefängnis und Gründe zum Leben und zum Sterben

Das folgende Kapitel führt ein in die Thematik der Besonderheit von Gefangenensuiziden. Es zeigt auf, wie es Personen ergehen kann, die inhaftiert werden, und was sie zum Sterben bringen oder am Leben halten kann.

2.1 Bericht eines Gefangenen

Der folgende Bericht wurde von einem Untersuchungsgefangenen geschrieben.

Die Untersuchungshaft, wie ich sie erlebt habe.

Als erstes möchte ich einmal sagen, dass die Untersuchungshaft als illegal zu bezeichnen ist, denn nach hiesiger Gesetzgebung ist ein Beschuldigter solange als unschuldig anzusehen, bis ein Gericht ihn für schuldig befindet und dementsprechend verurteilt. Bis dieses jedoch der Fall ist, muss sich, wie in den meisten Fällen, der Beschuldigte eine monatelange Untersuchungshaft gefallen lassen. Er unterliegt einem ständigen Einschluss und hat eine Stunde Hofgang. Die Zelle, kaum größer als 8 qm. In diesem Raum steht dann noch ein Bett, ein Spind, ein Tisch, ein Stuhl, Waschbecken und Toilette sind an der Wand angebracht, so dass man einen ungefähren Bewegungsraum von 4 qm hat. Bewegungsraum für 23 Stunden? Schlimmer ist es, wenn man – so wie ich – eine Vier-Mann-Zelle erwischt. Diese entspricht der Größe von zwei Einzelzellen, also ca. 16 qm. Auch dort besteht, nach Unterbringung von vier Spinden, zwei Etagenbetten, zwei Tischen, vier Stühlen und abgetrennter Toilette, akuter Platzmangel. Der noch an Freiheit Gewohnte – nun Inhaftierte – bekommt den ersten Schock. Er muss sich innerhalb von Minuten auf die beengenden Räumlichkeiten, auf ständigen Einschluss und fremde Menschen, die ihm viel zu dicht auf die Pelle rücken, einstellen, da will man nur raus und weg. Ist er nun noch ein wenig labil, bedeutet das für ihn den unvermeidbaren Untergang durch Unterdrückung. Dass es dann zu aggressiven Handlungen kommen kann, liegt auf der Hand. Schon hier wird man als Schuldiger angesehen und fühlt sich

verurteilt. Wie kommt es zu solch einem starken Verlust der eigenen Persönlichkeit?

Die ersten Tage schlief ich kaum, lag wach im Bett und machte mir Gedanken über meine Freundin und Eltern. Nach einigen Wochen war ich seelisch dermaßen geschafft, dass ich das erste Mal an Suizid dachte. Hinzu kam das ständige Gefühl, als wenn die Zelle anfängt zu fahren. Erst langsam, doch dann immer schneller, irgendwann hatte ich das Gefühl, als fliege die Schädeldedecke weg.

Schloss ich die Augen, war es vorbei, öffnete ich sie, fing alles von vorne an. Das Duschen hingegen war eine Befreiung vom Gefangensein. Es war, als flössen alle Sorgen vom Körper, und das warme Wasser vermittelte den Eindruck von Geborgenheit. Jedoch hielt dieses Gefühl nicht lange an. Dann wieder zurück in die Zelle, langsam fing ich an, sie zu hassen. Die Besuche, die ich in dieser Zeit bekam, fingen an, nichts mehr zu hinterlassen. Nach einer Stunde konnte ich nicht mehr genau den Tag sagen, wann er war. Meine Bewegungen, mein Tun, alles wurde immer mehr mechanisch, für mein Bewusstsein war kein Platz mehr. Nachts weinte ich still vor mich hin, es durfte ja keiner der Anderen hören, ich lag ja auf einer Vier-Mann-Zelle. Mein Zeitgefühl verschwand immer mehr, bald stellte sich ein Gefühl ein, als wenn Raum und Zeit ineinander verschachtelt wären. Ich nahm mir vor, Suizid zu begehen, der Gedanke daran wurde immer mehr zum dominierenden Punkt. Schließlich wurde ich dann verlegt und hatte ein aufbauendes Gespräch mit der Vollzugsleiterin. Der sogenannte Tapetenwechsel tat meiner Verfassung gut. In dieser, wesentlichen Situation fand ich aus dem Teufelskreis heraus und konnte mein Ich stärken.

Zusammenfassend bin ich der Meinung, dass die Untersuchungshaft als Strafe vor der eigentlichen Strafe zu sehen ist. Denn mal andersrum gefragt, wie kann ein von der Außenwelt isolierter Gefangener den Justizbehörden signalisieren, dass sein Verhalten sich geändert hat? Wie kann er das in einer Situation, in der bereits jede Lebensäußerung unterbunden ist? Er hat doch nur zwei Möglichkeiten, entweder entzieht er sich durch Suizid oder durch ein Geständnis, damit er in Strafhaft kommt.

Max S., wegen Verdacht des Diebstahls in Untersuchungshaft

2.2 Einführung in das Thema

„Der Schauplatz des Selbstmords ist das Leben.“
(unbekannte Quelle)

Nach Schätzung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) geschieht in jeder Minute ein Suizid (WHO, 2007). In Deutschland töten sich jährlich 10 000 – 12 000 Personen und in Gefängnissen Deutschlands durchschnittlich 100 Gefangene.

Damit wird viele hunderttausend Mal das Leben zum „Schauplatz“ für einen Suizidenten. Sein Auftritt – seine Tat – wird betrachtet und bewertet von Menschen seines Umfelds und bedauert und betrauert von Angehörigen, Freunden und Bekannten, von Menschen, die in irgendeiner Art und Weise beteiligt, betroffen und zumeist ratlos sind. Suizid zerstört Leben und nicht nur das der Suizidenten. Wenn jeder Suizid im Durchschnitt Auswirkungen auf mindestens 6 weitere Personen hat (Schmidtke, 2005), so sind allein in Deutschland einschließlich der Suizidenten jährlich 77 000 bis 84 000 Menschen Opfer der Folgen eines Suizids, das entspricht der Größe einer Stadt wie Flensburg. Ein triftiger Grund, in den Bemühungen nicht nachzulassen, Ursachen zu erforschen, Zusammenhänge zu prüfen und Anhaltspunkte für Interventionen zu finden.

Gründe, aus dem Leben zu gehen, sind zahllos, vielschichtig und bleiben oft rätselhaft. Der Suizident nimmt seine individuellen Veranlassungen buchstäblich mit ins Grab und bringt damit die Ursachenforschung in die Nähe der Spekulation. Zwar ist der Suizid im Ergebnis immer gleich: Der Mensch ist tot, gestorben durch eigenes Tun. Die Ursachen der Handlung sind jedoch hochkomplex und in vielen verschiedenen Konstellationen begründet.

Über Gründe, im Leben zu bleiben – sogenannte Haltepunkte – könnten dagegen (noch) Lebende Auskunft geben. Insbesondere angesichts tragischer Ereignisse stellen sich Außenstehende oft die Frage, wie ein von dem Ereignis Betroffener mit einem Erlebnis dieser Art weiterzuleben vermag. Der plötzliche, nicht vorhersehbare Tod eines nahestehenden Menschen kann ein Lebensereignis darstellen, das die Grenzen der psychischen Belastbarkeit überschreitet. 5 458 Personen sind im Jahr 2005 in der Bundesrepublik durch Unfälle und 453 durch tätliche Angriffe um ihr Leben gekommen, davon waren 2019 Betroffene nicht älter als 25 Jahre². Von ihnen allen konnten sich Angehörige und Freunde nicht mehr verabschieden, sie konnten sich auf den Verlust nicht einstellen und sind häufig durch die unmittelbare Wucht, mit der sie dieses Ereignis getroffen hat, traumatisiert. Vielleicht würde es etwas Licht in das Dunkel der – vermutlich den Suizidenten abhanden gekommenen – Haltepunkte bringen, wenn sie nach ihrem individuellen Überlebensgrund befragt werden würden: Aber wer mag schon psychisch stark belastete Menschen fragen, warum sie (noch) nicht aus dem Leben gegangen sind.

² Statistisches Bundesamt Deutschland: Todesursachen in Deutschland – Fachserie 12 Reihe 4 – 2005

Tatsächlich gibt es eine Gruppe, die von dieser Art Rücksichtnahme weitgehend ausgeschlossen ist. Das ist die Gruppe derjenigen, die für tätliche Angriffe auf ihre Mitmenschen verantwortlich sind: Gefangene, die wegen Mordes oder Totschlags in Haft genommen wurden. In der Annahme, für diese Gruppe könnte das Weiterleben durch den Verlust der getöteten Person und ihren Anteil daran – verbunden mit weiteren Folgen der Tat – infrage stehen, wird im Rahmen des Aufnahmeverfahrens nach persönlichen Lebensperspektiven, nach subjektiven Haltepunkten gefragt.

Der Bericht des Untersuchungsgefangenen Max S. macht eindringlich deutlich, dass auch dann, wenn der Anlass der Gefangennahme kein Tötungsdelikt war, die Inhaftierung ein Ereignis mit schwerwiegender Beeinträchtigung und weitreichender Bedeutung sein kann, das in der Regel dem Selbstwertgefühl eher abträglich ist. Mit anderen Menschen auf engem Raum zur Langeweile verurteilt, der subjektiv erlebten Willkür der Verfahrensbeteiligten ausgeliefert zu sein, Angst und Sorgen um die Angehörigen und die eigene Zukunft und keine Schwäche zeigen dürfen, das scheint Max S. an die Grenze des Erträglichen zu bringen. Er überlebt, weil er einer sich zuspitzenden Situation entkommen konnte und soziale Unterstützung angenommen hat: „Der sogenannte Tapetenwechsel tat meiner Verfassung gut. In dieser, wesentlichen Situation fand ich aus dem Teufelskreis heraus und konnte mein Ich stärken.“ (Bericht von Max S., Kapitel 2.1)

Viele Gefangene in ähnlichen Situationen werden aus der Bahn geworfen, sie haben – oft mehrere – kritische Lebensereignisse (Filipp, 2005) gleichzeitig zu bewältigen, die ein hohes Maß an Bewältigungskapazitäten erfordern. Die oben beschriebene spezielle Problemerkultur hinter den Mauern, einschließlich des speziellen sozialen Umfeldes, ist für eine nicht unbeträchtliche Anzahl von Gefangenen Anlass, nicht nur ihre Situation, sondern auch ihre Lebensnotwendigkeit zu überdenken. Ein Prozess, der einerseits geeignet sein kann, Gefangene wieder „in die Bahn“ zu bringen, der es ihnen – meist mit sozialer Hilfestellung – ermöglicht, sich den Anforderungen soweit anzupassen, dass sie ihr psychisches Gleichgewicht wieder hinreichend in der Balance haben. Ein Prozess, der jedoch, was seltener der Fall ist, für einige Gefangene tödlich ausgeht.

Suizid hat vor und hinter den Mauern – dort scheinbar mit schärferen Konturen – viele Gesichter: Anklage und Racheakt an Andere gerichtet, Verzweiflung und Trauer über sich selbst und sein Tun, Angst, Hilflosigkeit und Flucht vor aktuellen Lebenssituationen und auch eine Art Lebenssättigung. Paulsen geht davon aus, dass Suizid oft Endstation einer gescheiterten Existenz „...das unschöne Ende eines unschönen Lebens“ ist (Paulsen, 1894, zitiert nach Baumann, 2001, S. 285), während Kettner und Gerisch Suizid als beständige Anklage in der Hinterlassenschaft ausmachen:

Der Suizid, aus welcher Seelenverfassung heraus auch immer geschehen, ist aber auch – wie kein anderer Tod – immer eine Anklage, nicht nur an die Welt, sondern an die Angehörigen...Die analytische Betrachtung belegt, dass sich in solchen Schuldgefühlen [der Angehörigen, K. B-K.] oft eine Art Abwehrschuld meldet, im Nachhinein und zu spät zu bemerken, dass man

nicht bemerkt hat, was man hätte wahrhaben können, aber nicht hatte wahrhaben wollen.

(Kettner & Gerisch, 2004, S. 64)

Es ist sicher zutreffend, dass der Suizid eines Gefangenen häufig eine Anklage und das Ende einer gescheiterten Existenz ist. Es ist ebenso zutreffend, dass die im Leben Verbliebenen oft nicht bemerkt haben, was sie hätten bemerken können. Aber vorausgesetzt, sie hätten es bemerkt, hätten sie dann das Recht gehabt, einem Gefangenen die Entscheidung über den selbstbestimmten Tod abzusprechen? Kann unter den Umständen einer Gefangenschaft eine solche Entscheidung die eines freien Geistes sein? Ist Suizid das Ergebnis einer Art Bewältigung in einer ungunstigen Lebenssituation oder Symptom einer psychischen Störung?

Die Konstellationen für eine „freie“ Entscheidung zum Suizid sind für nichtinhaftierte Bürger schon vielschichtig. Bei Suiziden von Gefangenen drängt sich die Frage nach der freien Entscheidung in Unfreiheit unausweichlich auf. Gefangene sind in ihren Grundrechten zum Teil massiv beschnitten, und ihre Erlebniswelt ist in hohem Maß durch Fremdbestimmung und Passivität geprägt. Vor diesem Hintergrund können Entscheidungsprozesse eine tragische Wendung zum Suizid nehmen, wenn sich die Betroffenen mit dem Suizid dem „Zugriff“ Anderer entziehen wollen. Die jeweilige Disposition der Personen, ob im Gefängnis oder nicht, bietet den Boden für Entscheidungsprozesse, wobei Vulnerabilität die Entscheidungsfähigkeit erheblich beeinträchtigen kann. Psychische Störungen zeigen an, dass eine Disposition zur Vulnerabilität vorliegen könnte, und tatsächlich haben verschiedene Studien zu Suiziden einen hohen Anteil psychisch beeinträchtigter Menschen in den Gefängnissen nachgewiesen (vgl.: Fazel & Danesh, 2002; Konrad & Missoni, 2001; Schmidtke, 2005). Auch die von Max S. berichtete Beeinträchtigung des Zeit- und Raumgefühls (vgl. Kap. 2.1) spricht für eine psychische Irritation und nicht nur für ihn hatte eine Art sozialer Unterstützung großen Einfluss auf die Entscheidungsfähigkeit und effektive Bewältigung problematischer Situationen. „Suizid ist die Abwesenheit der anderen“ (Valery, zitiert nach Haenel, 2001, S. 53), das ist möglich und nachvollziehbar, obwohl man den Anderen in einem Gefängnis gar nicht entgehen kann. Mag sein, dass sie nicht immer die *richtigen Anderen* sind.

Für Gefangene – insbesondere für Untersuchungsgefangene – gibt es keine Nähe zu vertrauten Anderen, zu Angehörigen und Freunden, diese Kontakte sind nur über Anträge und Genehmigungen und nur unter Aufsicht möglich. Die weniger vertrauten Anderen sind Mitgefangene und Bedienstete. Sie bilden das unmittelbare soziale Umfeld, bestimmen das soziale Klima und sind an persönlichen Entscheidungen beteiligt. Die Entscheidung, das eigene Leben vorzeitig zu beenden, gedeiht im Rahmen von Wertschätzung, Einstellungen und Bewertungen im jeweiligen sozialen Umfeld und entwickelt sich nicht isoliert in der Abgeschiedenheit einer Gefängniszelle im Kopf eines Gefangenen. Es ist jedoch keine Studie bekannt, die sich mit der Einstellung von Justizvollzugsbediensteten zum *Recht auf Suizid* beschäftigt hätte. Dabei ist die persönliche und dienstliche Situation der Beschäftigten eine besondere. Während – wie Mitmenschen draußen auch –

Mitgefangene, je nach Nähe zu dem Betroffenen, mehr oder weniger von einem Suizid beeinträchtigt sind und – möglicherweise mehr als draußen – angeregt werden, über einen eigenen Suizid nachzudenken, haben Bedienstete des Justizvollzugs noch andere Folgen des Suizids abzuarbeiten. Hat sich ein Gefangener das Leben genommen, wird auch geprüft, ob Bedienstete ihrer Fürsorgepflicht verantwortlich nachgekommen sind. Für sie gesellt sich somit zur mitmenschlichen Betroffenheit möglicherweise noch eine dienstrechtliche.

Abgesehen von Dispositionen der Suizidenten und Einstellungen der Menschen aus der unmittelbaren Umgebung stellen sich noch Fragen zur praktischen Durchführbarkeit des Sich-Tötens in einer solchen Einrichtung. Gefangene unterliegen einem nicht unerheblichen Maß an Überwachung, ihr Besitz von Gegenständen – ihre Habe – ist arg reduziert und sie können sich nicht aussuchen, wann sie sich wo aufhalten. Damit sind auch ihre Möglichkeiten zur Umsetzung einer Suizidentscheidung reduziert, das zeigen die angewandten Suizidmethoden.

Die vorliegende Arbeit soll dazu beitragen, das Problem suizidaler Entwicklungen in einer sehr speziellen, der Außenwelt meist verschlossenen Welt aufzuhellen. Dazu wurden Daten über Suizide von Gefangenen aus allen Bundesländern erhoben und ausgewertet, Akten von Suizidgefangenen aus Niedersachsen analysiert und Vollzugsbedienstete nach ihrer Einstellung zu Suizid befragt. Das Hauptinteresse gilt der Art persönlicher Bewältigung belastender Ereignisse unter Haftbedingungen.

Der Schauplatz des Selbstmords ist das Leben und die Bühne des Schauplatzes von Gefangenensuiziden steht im Gefängnis. Wenn die vorliegende Arbeit auch nur einen kleinen Teil dazu beitragen kann, dass es zukünftig weniger Vorstellungen gibt, wäre das schon ein großer Erfolg.

3. Vorkommen und moralische Bewertungen von Suiziden

Im folgenden Kapitel wird der Suizid in seiner Verbreitung und Bewertung vorgestellt. Neben der Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung wird über die Suizidproblematik in (totalen) Institutionen berichtet, und zwar in der Psychiatrie, in Pflegeheimen und bei der Bundeswehr. Der zweite Teil des Kapitels behandelt Einstellungen zum Suizid zeitgeschichtlicher, rechtlicher und aktueller Natur.

3.1 Vorkommen von Suiziden

„Wenn wir also zu diesem Zweck das Individuum als Individuum beiseite lassen, seine Motive und seine Vorstellungen, dann müssen wir uns sofort fragen, welcher Art die verschiedenen sozialen Milieus (Konfessionen, Familie, politische und berufliche Gruppen) sind, die die Selbstmordrate schwanken lassen.“

(Durkheim, [1897] 1983, S. 161)

Suizid ist ein seltenes, aber regelmäßig auftretendes Ereignis und findet als solches oft nur kurzfristig Beachtung. Möglicherweise ist das geringe öffentliche Bewusstsein für die Dramatik von Suiziden ein Zeichen der Gewohnheit: Suizide gehören zum Leben (und zum Sterben). Angesichts der Bedeutung eines Suizids für Betroffene jedoch erhält seine Verbreitung in ihrem Ausmaß ein anderes Gewicht.

3.1.1 Epidemiologie

Suizidstatistiken sind wertvoll, um Angaben zum Vorkommen eines Problems zu erhalten. Die erste statistische Erfassung liegt noch nicht lange zurück und bis zum heutigen Tag krankt sie an Unzulänglichkeiten. Dennoch, unter Beachtung der Einschränkung durch Unzulänglichkeiten und Tabuisierung, muss über Prävalenzraten und Risikogruppen berichtet werden, um einen Eindruck von der Größenordnung zu erhalten.

Allgemeines zur Suizidstatistik

Die ersten Selbstmordstatistiken datieren von Anfang des 19. Jahrhunderts (Møller, 1997). Baumann berichtet, dass der Gerichtsmediziner Johann Ludwig Caspar zum ersten Mal Zahlen von Suiziden und Unglücksfällen in Berlin für einen Zeitraum von 30 Jahren zusammenstellte und 1825 veröffentlichte (Baumann, 2001, S. 205). Durkheim war der Erste, der ein derartig umfassendes, erstmals 1897 erschienenes Werk, auf statistische Daten stützte. Er stellte fest, dass im Zusammenhang mit Suizid Vieles bekannt ist. Man kenne Suizid begünstigende Faktoren, bestimmte Konstellationen und Ereignisse, man kenne besonders gefährdete Gruppen und man wisse um die Methoden, Mittel und Orte, die für die Begehung bevorzugt ausgewählt würden. Nur, *warum* der Suizid begangen wurde, das wisse man nicht (Durkheim, [1897] 1983). In den westeuropäischen Ländern und Staaten werden Suizide heute anhand des ICD-10³, der Richtlinien der Internationalen Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen erfasst.

Je nach Betrachtungsweise bekommt Suizid als seltenes Ereignis andere Konturen. Jamison (2002) hat in den Vereinigten Staaten Suizidraten junger Männer mit zwei Todesursachen verglichen, denen viele Menschen dieser Altersgruppe zum Opfer gefallen waren: den im Vietnamkrieg Getöteten und an Aids Verstorbenen. Nach einem Vergleich der Suizidraten aus den Jahren 1961 bis 1973 von Männern bis zum Alter von 35 Jahren mit Männern derselben Altersgruppe, die im Vietnamkrieg gestorben waren, war die Gruppe der Suizidenten mit 101 732 Männern fast doppelt so hoch wie die der Kriegsoffer (54 708). Ein weiterer Vergleich von Suizidenten derselben Altersgruppe aus den Jahren 1987 bis 1996 mit an Aids Gestorbenen ergab, dass fast 15 000 mehr junge Männer durch Suizid gestorben waren (Jamison, 2002, 28 ff.).

1985 diskutierte eine kleine Gruppe internationaler Experten⁴ Möglichkeiten der Suizidprävention in Europa durch gemeinsame Forschung und Strategien. Der Kreis vergrößerte sich und man entschied sich, ein „Multicentre“ und eine „multinational European Study“ zu starten, um ein reales Bild von der Größenordnung des Problems in Europa zu erhalten. Darüber hinaus wollte man epidemiologische Informationen über Suizidversuche und Risikogruppen zusammentragen. Die Studie begann im Januar 1989 in 15 Zentren von 12 Ländern und wurde in Europa schnell sehr bekannt. Im Laufe der Jahre sind einige Zentren ausgestiegen, andere hinzugekommen und in Zusammenarbeit mit der WHO wurde die Studie ausgeweitet. Im Dezember 2001 wurde sie Bestandteil des „EURO network on Suicide Prevention and Research“. „At that point, the Monitoring Study comprised 27 centres from 24 countries, and it had been one of the most comprehensive and longest-running continuous monitoring studies of suicidal behaviour in Europe“ (Schmidtke, Bille-Brahe, DeLeo & Kerkhof, 2004 a, S. 9). Dank dieser Aktivitäten gibt es heute umfassende Informationen über das europäische Suizidvorkommen.

³ ICD, Abkürzung für International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (WHO, 1993; 1994)

⁴ Dr. J. Henderson, Prof. Dr. H. Häfner, Dr. A. Schmidtke, Prof. Dr. R. Diekstra, Dr. P. Kennedy

Prävalenzraten

Die höchste Suizidrate eines Industrielandes hatte Japan (2002) mit 35,2 Suiziden pro 100 000 männlicher Personen (WHO, 2006). In fast allen Ländern begehen Männer häufiger Suizid als Frauen, dabei gibt es auch keinen Hinweis darauf, dass das Verhältnis in früheren Zeiten einmal anders war. Durkheim ([1897]; 1973, S. 179) erklärt das Phänomen damit, dass die Frauen weniger gebildet waren als Männer, keine großen intellektuellen Bedürfnisse hatten und ihr Verhalten mehr nach etablierten Grundsätzen ausrichteten. Felber berichtet eine „erstaunliche Stabilität der Suizidbefunde bei Frauen gegenüber äußeren Einflüssen“ (Felber, 2007, S. 205), ohne dass es dafür eine wissenschaftliche Erklärung gibt. China ist das einzige Land, das in ausgewählten ländlichen und städtischen Regionen eine höhere Suizidrate von Frauen hat (WHO, 2006).

Im internationalen Vergleich lag Deutschland im Jahr 2001 von 92 Ländern an 28. Stelle, Platz 92 hatte die Syrisch-arabische Republik inne und Platz 1 Litauen (Felber, 2007, S. 204). Wie in den meisten westlichen Industriestaaten folgt die Suizidrate auch in Deutschland dem „ungarischen Muster“⁵ (Wächtler, 2003, S. 449), eine Bezeichnung für eine signifikante Zunahme der Suizidgefährdung mit dem Alter. Allerdings stellte Wächtler fest, dass in den letzten Jahren die Suizide junger Menschen weltweit derart zugenommen haben, dass jetzt in einem Drittel der Länder (Entwicklungsländer und entwickelte Länder) die Jüngeren die höchste Risikogruppe darstellen (ebd., S. 450).

Die Tabelle 1 gibt eine Übersicht der WHO über Suizidraten europäischer Länder je nach Geschlecht, erfasst in Jahrgängen von 1997 bis 2003. Sie zeigt deutliche Unterschiede in der Höhe der Suizidraten einzelner Länder und der Verteilung zwischen den Geschlechtern. Generell ist die Suizidrate von Männern circa dreimal so hoch wie die Suizidrate von Frauen. In Schweden, den Niederlanden und der Schweiz ist die Differenz der Suizidraten zwischen den Geschlechtern geringer. Litauen, die Russische Föderation und Ungarn haben mit Abstand die höchsten Suizidraten, die vor allem auf eine hohe Suizidrate der männlichen Bevölkerung zurückgehen.

In Deutschland unterscheiden sich die einzelnen Bundesländer deutlich: Ohne Berücksichtigung der Stadtstaaten liegen Sachsen, Thüringen und Sachsen-Anhalt in der Rangfolge vorn (Felber, 2007, S. 203). Generell ist zwar die Anzahl der Suizide höher als die Summe der Morde und Verkehrsunfallopfer (Statistisches Bundesamt), insgesamt sind jedoch die Suizidziffern – trotz höherer Lebenserwartung – seit 1950 kleiner geworden. Nach Schmidtke et al. (2005, S. 92) sind diese Veränderungen vorsichtig zu bewerten. So sei zu vermuten, dass unter den an Drogen Verstorbenen ein nicht unerheblicher Anteil Suizid begangen hatte.

Risikofaktoren und Risikogruppen

Neben nationalen Unterschieden, wie sie in Tabelle 1 deutlich werden, gibt es noch andere Faktoren, die ein erhöhtes Risiko anzeigen können. Dabei lässt sich die Frage, ob ein

⁵ Die Benennung geht auf eine beständig hohe Suizidrate in Ungarn zurück

Tab. 1: Suizidraten pro 100 000 pro Land, Jahr und Geschlecht

World Health Organization 2006			
Land	Jahr	Männer	Frauen
Austria	2003	27,1	9,3
Belgium	1997	31,2	11,4
Denmark	2000	20,2	7,2
Finland	2003	31,9	9,8
France	2001	26,6	9,1
Germany	2001	20,4	7,0
Greece	2002	4,7	1,2
Hungary	2003	44,9	12,0
Italy	2001	11,1	3,3
Lithuania	2003	74,3	13,9
Netherlands	2003	12,7	5,9
Norway	2002	16,1	5,8
Russian Federation	2002	69,3	11,9
Sweden	2001	18,9	8,1
Switzerland	2001	26,5	10,6
Turkmenistan	1998	13,8	3,5
United Kingdom	2002	10,8	3,1

Suizidrisiko vorliegt und wie ausgeprägt es ist, nicht nur an der Anzahl der Faktoren, die auf eine Person zutreffen können, ablesen. Diese geben nur einen Hinweis darauf, dass eine Suizidgefahr gegeben sein könnte. Ausschlaggebend ist vielmehr die spezielle Wirksamkeit einer *Kombination* aus persönlicher Disposition zur Vulnerabilität, die für die Art der Bewertung und Bewältigung von Ereignissen verantwortlich ist, belastenden Lebensereignissen und dem Umfeld. Ein geschiedener, alkoholabhängiger, vereinsamer und arbeitsloser Mann nimmt sich nach einem Streit mit dem Nachbarn das Leben. Der geschiedene, alkoholabhängige, vereinsamte und ebenfalls arbeitslose Nachbar nicht. Vielleicht war er psychisch stabiler, vielleicht hat er den Streit als Herausforderung und nicht als Belastung erlebt oder er hatte andere Bewältigungsmuster zur Verfügung. Letztlich scheint die ganze Bandbreite der Unterschiedlichkeit von Personen in ihrer Ausstattung, ihren Erfahrungen, ihren Lebensbedingungen und ihrer Bewertung von Ereignissen den Versuch, sui-

zidales Verhalten erklären zu wollen, zu einem ziemlich hoffnungslosen Unterfangen zu machen.

Andererseits erklärt Rutz (2004), dass die Entdeckung der Unterschiedlichkeit von Ursachen suizidaler Entwicklungen über ganz Europa eine der wichtigsten Erkenntnisse der WHO/EURO Netzwerkgruppe Multicentre Study on Suicidal Behaviour ist. Es seien Beweise für gemeinsame Faktoren gefunden worden, die den Prozess von Suizidalität und häufiger präsuizidaler Depression untermauern:

- A loss of identity, dignity and self respect due to transition and social changes;
- A loss of social connectedness and sense of coherence, to be seen by and to see others, to be involved in a network of social communication and reinforcement;
- A loss of feeling of being integrated in a meaningful social context;
- A loss of having control of what is happening in one's own life and how to react to this
- A loss of feeling of not being helpless (a feeling of hopelessness).

(Rutz, 2004, S. 4)

Depressivität und Suizidalität müssten vor dem Hintergrund biologisch angelegter Vulnerabilität gesehen werden, die sogar genetisch und erblich bedingt in der Familiengeschichte und der individuellen Lebensgeschichte erscheinen könne.

Wächtler beschreibt Risikofaktoren als Störungen in Verbindung mit moderierenden Faktoren. Die wichtigsten Risikofaktoren seien psychische Erkrankungen, körperliche Gesundheitsstörungen und schwerwiegende Lebensereignisse. Dabei würden weitere Faktoren wie Persönlichkeit, soziales Netzwerk sowie zeitliche Abfolge und Grad der Vorhersehbarkeit von Ereignissen, moderierend – im Sinne von abschwächend oder intensivierend – wirken (Wächtler, 2004, S. 450).

Eine aktuelle Übersicht über Risikogruppen für suizidales Verhalten findet sich bei Schmidtke:

- Affektive Psychosen (4 % – 15 % einer Kohorte sterben durch Suizid, bei etwa 70 % der Suizide sollen affektive Erkrankungen vorliegen)
- Alte und Vereinsamte („ungarisches Muster“⁶)
- Chronisch Kranke (mit Schmerzen und fehlender Heilungsaussicht)
- Alkoholabhängige (bis 14 %, besonderes Risiko nach 8 – 10 Jahren)
- Drogenabhängige (bis 30 % der „Drogentoten“ sind sicher Suizide)
- Patienten mit Anorexie
- Personen mit Suiziddrohungen
- Personen nach Suizidversuch (10 % Wiederholungen in den ersten 12 Monaten)
- Schizophrene (14 % einer Kohorte; besonders gefährdet junge Männer, besonders aus Akademikerfamilien)

⁶ Ungarisches Muster ist eine Bezeichnung für anhaltend hohe Suizidraten