

Die psychiatrische Begutachtung der Hafterstellungsfähigkeit : eine kurze Einführung mit Fallskizzen

Autor(en): **Knecht, Thomas**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Kriminologisches Bulletin = Bulletin de criminologie**

Band (Jahr): **25 (1999)**

Heft 2

PDF erstellt am: **27.06.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-1046823>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern. Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

DIE PSYCHIATRISCHE BEGUTACHTUNG DER HAFTERSTEHUNGSFÄHIGKEIT

Eine kurze Einführung mit Fallskizzen

Thomas KNECHT

Zusammenfassung

Die Entscheidung, ob ein Verurteilter mit gesundheitlichen Problemen eine Freiheitsstrafe antreten muss oder nicht, ist primär eine rechtliche und keine medizinische Aufgabe. Dies gilt sowohl für körperliche als auch für psychische Störungen. In jedem Einzelfall muss die zuständige Behörde eine sorgfältige Rechtsgüterabwägung zwischen den Interessen des Verurteilten und denen der Öffentlichkeit vornehmen. Dabei spielen medizinische Befunde wohl eine wichtige, keineswegs aber die allein entscheidende Rolle. Der Psychiater soll sich also darauf beschränken, die psychische Problematik zu ergründen und dem Entscheidungsträger in verständlicher Sprache zu erläutern. Er soll die daraus resultierenden Gefahren ohne Dramatisierung darlegen und auch die Möglichkeiten und Grenzen der therapeutischen Behandlung aufzeigen. Ein Abbruch der Haft kann nur gewährt werden, wenn die Erfordernisse der Behandlung gänzlich vor den Gesichtspunkt des Vollzuges treten.

Résumé

Le fait de décider si un condamné malade doit se soumettre à une peine privative de liberté relève avant tout de la compétence du juge et non de celle du médecin. Ceci est valable non seulement pour les dommages physiques mais aussi psychiques. Pour chaque cas qui se présente, l'autorité compétente est obligée de bien comparer les intérêts du condamné et ceux de la société. Dans ce processus de décision, la situation médicale joue un rôle important mais n'est jamais le seul facteur déterminant. Le psychiatre devrait en l'occurrence ici se restreindre à scruter l'ensemble

des problèmes psychiques et à les exposer aux autorités juridiques. Le devoir de l'expert inclut d'ailleurs l'explication des risques spécifiques sans dramatisation aussi bien que les soins médicaux possibles. Enfin, une interruption de la détention ne peut entrer en ligne de compte que si les exigences du traitement médical surpassent entièrement les aspects de l'emprisonnement.

1. AUSGANGSLAGE

Die einschneidendste Strafe in unserem Rechtssystem stellt die Freiheitsstrafe dar, welche im Erwachsenenstrafrecht laut schweizerischem StGB in 3 Schärfegraden angedroht wird:

Zuchthaus (Art. 35 StGB) wird für Verbrechen ausgesprochen und dauert von 1 Jahr bis lebenslänglich.

Gefängnis (Art. 36 StGB) wird für Vergehen ausgesprochen und dauert in der Regel zwischen 3 Tagen und 3 Jahren.

Haft (Art. 39 StGB) ist die leichteste Freiheitsstrafe und dauert von 1 Tag bis 3 Monaten.

Daneben ist «Haft» auch ein Sammelbegriff für verschiedene Formen des Freiheitsentzuges (vgl. U-Haft, Sicherheitshaft, Ausschaffungshaft, etc.). So beziehen sich Ausdrücke wie Haftrichter, Haftprüfung und ähnliche auf alle Arten von Freiheitsstrafen; auch die Europäische Menschenrechtskonvention bedient sich dieses Terminus (vgl. Art. 5 EMRK). Von grosser Bedeutung für unser Thema sind die Strafzwecke, über welche sich Art. 37 Ziff. 1 Abs. 1 StGB äussert:

Art. 37 Ziff. 1: Der Vollzug der Zuchthaus- und Gefängnisstrafe soll erziehend auf den Gefangenen einwirken und ihn auf den Wiedereintritt in das bürgerliche Leben vorbereiten. Er soll zudem darauf hinwirken, dass das Unrecht, das dem Geschädigten zugefügt wurde, wiedergutmacht wird.

Hieraus geht deutlich hervor, dass sich Sinn und Zweck einer Freiheitsstrafe keineswegs in blosser Abstrafung straffällig gewordener Menschen

erschöpfen dürfen. Der Gesetzgeber bietet dem Eingeschlossenen vielmehr die Möglichkeit, seine sozialen Kompetenzen zu verbessern und seine Reintegration in der Gemeinschaft mit fachlicher Unterstützung vorzubereiten.

Damit stellt der Rechtsstaat die sozialpädagogische Zielsetzung der Rehabilitation als mindestens gleichwertig neben den Zweck der Sühneleistung und der Repression sozialschädlicher Verhaltensweisen. Dass diese Synthese der Strafzwecke nicht immer konfliktfrei erfolgen kann, versteht sich von selbst; eine treffende Analyse wurde von BONNARD (1976) vorgenommen.

Zieht man die Entwicklung vom Mittelalter bis in unsere Tage in Betracht, stellt man unschwer einen Haupttrend hin zur Humanisierung und Liberalisierung des Strafvollzuges fest. Dies als Resultante sozialer Auseinandersetzungen und eines sich wandelnden Menschenbildes. Dennoch werden auch immer wieder gegenläufige Tendenzen erkennbar, beispielsweise wenn durch schwere Rückfallsdelikte die Grenzen der Resozialisierungsmöglichkeiten von Triebverbrechern deutlich werden.

Die Verbesserung der Haftbedingungen in den Strafvollzugsanstalten mit Ausbau der medizinischen, psychotherapeutischen und arbeitspädagogischen Angebote ging aber auch mit einer Reduktion des Anforderungsniveaus an die psychophysische Robustheit, mithin Gesundheit der Internierten einher. Um bestehenden und/oder neuen Gesundheitsstörungen wirksam entgegenzutreten, fordert Art. 46 Ziff. 2 StGB unmissverständlich eine adäquate und umfassende Gefangenenbetreuung:

Art. 46 Ziff. 2 StGB: In der Anstalt sind die dem seelischen, geistigen und körperlichen Wohl der Eingewiesenen dienenden geeigneten Massnahmen zu treffen und die entsprechenden Einrichtungen bereitzustellen.

Aufgrund dieser Gesetzgebung sollten die Chancen eines Menschen im Strafvollzug, im Krankheitsfalle die erforderliche therapeutische Hilfe zu erhalten, nicht schlechter sein als in seinem Zivilleben.

2. DIE SITUATION DES GUTACHTERS

Wird ein Psychiater mit der Begutachtung einer Hafterstehungsfähigkeit¹ beauftragt, so steht er vor 3 Problemen:

- 1) Er kennt keine klare Definition von «Hafterstehungsfähigkeit» oder «Haftfähigkeit», sucht im Schlagwortverzeichnis des StGB auch vergeblich danach.
- 2) Er kennt keinen verbindlichen Katalog von spezifischen Störungen oder Diagnosen, geschweige denn exakte Kriterien, welche zu einer Hafterstehungsunfähigkeit führen.
- 3) Seine Rolle in diesem Entscheidungsprozess ist nirgendwo verbindlich festgelegt. Ist er Entscheidungsträger wie im Falle der Arbeitsfähigkeit oder lediglich Berater des Richters wie bei der Zurechnungsfähigkeit? Daneben ist ihm oft auch die Erwartungshaltung der Juristen unklar: Soll er lediglich die Befunde in medizinischer Terminologie auflisten oder bereits über die Haftfähigkeit befinden? Sind allenfalls graduelle Abstufungen möglich («vermindert haftfähig», «50% haftfähig») oder erwartet man Ja/Nein-Entscheidungen wie etwa bei der Urteilsfähigkeit?

Anders als bei den üblichen Straftäter-Begutachtungen ist hier die Fragestellung weit weniger vereinheitlicht. Die Kernfrage «Ist der Explorand hafterstehungsfähig?» wird selten isoliert gestellt, sondern stellt vielmehr den springenden Punkt eines nuancierten Fragekataloges der folgenden Art dar: «Gesundheitszustand des Verurteilten? Auswirkungen desselben? Prognose? Therapiemöglichkeiten? Ernsthaftigkeit der Suiziddrohungen?».

Wie bereits weiter oben gesagt, sind «Hafterstehungsfähigkeit» und «Hafterstehungsunfähigkeit» keine Rechtsbegriffe. Als medizinische Fachbegriffe können sie jedoch ebensowenig aufgefasst werden. Vielmehr handelt es sich um einen hypothetischen Schwellenwert im Schweregrad einer gesundheitlichen Beeinträchtigung, von dem an aufwärts das Leben unter Haftbedingungen nicht mehr verantwortet werden kann. Damit bewegen wir uns aber definitiv auf dem Gebiet der Rechtsgüterabwägung:

Wir haben auf der einen Seite Gesundheit und geistig-körperliche Integrität eines verurteilten Menschen, auf der anderen Seite aber den staatlichen Zwang, eine ausgesprochene Strafe aus den genannten Gründen (also nicht nur zur Massregelung, sondern auch zur Besserung der Person!) zu vollziehen (Art. 374 StGB). Der besagte Schwellenwert, der den Beginn der Haftunfähigkeit markiert, scheint aber keine feste Grösse zu sein und kann unmöglich mit wissenschaftlichen Methoden eruiert werden, um so mehr als bei einer solchen Rechtsgüterabwägung auch die konkreten, in Aussicht stehenden Belastungsmomente in einer konkreten Haftanstalt sowie die Behandlungsmöglichkeiten in die Betrachtung einbezogen werden müssen. Darüber hinaus spielen verschiedene Subjek-

tivitäten eine massgebliche Rolle: Nicht selten sieht sich der Psychiater einem ganzen Spektrum von Meinungen gegenüber, welche von sofortiger Inhaftierung ohne wenn und aber (Strafverfolger) bis hin zum Straferlass aufgrund absoluter Haftunfähigkeit (Verteidigung) reichen. Oft schon liegen den Akten eine Reihe von Zeugnissen verschiedener Fachärzte bei. Der psychiatrische Experte, der sich in diesem Spannungsfeld meist eher unbehaglich fühlt, muss sich bewusst sein, dass der letztendliche Entscheid Ergebnis einer sozialen Auseinandersetzung ist und mit Sicherheit nicht nur nach medizinischen Gesichtspunkten getroffen wird (KELLER, 1980).

Als Psychiater sehen wir uns einmal mehr in der Rolle des Erkenntnisgehilfen, allenfalls des Beraters der juristischen Gremien, sollten uns aber bewusst bleiben, welche Arten von Rechtsgütern hier abgewogen werden:

- Rechtsfrieden vs. ungesühnter Rechtsbruch
- Gleichbehandlung vs. Sonderbehandlung
- Sühnegedanken vs. Schadenabwendung
- Kollektive Gefährdung vs. individuelle Gefährdung
- Freiheit der Lebensgestaltung vs. Belastungsmomente in der Haft
- Behandlungsmöglichkeiten: draussen vs. drinnen
- u. a. m.

Letztlich werden auch Aspekte wie Deliktschwere, Straflänge sowie die Chance für den Täter, seine Persönlichkeit weiterzuentwickeln, um mit der Welt und dem Leben besser zurecht zu kommen, bei der abschliessenden Beurteilung nicht ausser Betracht bleiben können. Gerade der letztgenannte Punkt wird in der Diskussion um den konkreten Fall jedoch meist vernachlässigt; die Haft wird in diesem Kontext oft nur unter dem Aspekt des Übels, der Zumutung, der Stressbelastung und der Lebensgefahr betrachtet.

Leider ist festzustellen, dass sich auch das forensisch-psychiatrische Schrifttum nur sehr spärlich zur Problematik der Haftfähigkeit äussert. In der Vorkriegsliteratur weist MICHEL (1931) darauf hin, dass sowohl nach deutschem wie auch nach österreichischem Recht ein Strafvollzug so lange zu unterbleiben habe, wie eine Geisteskrankheit, eine vergleichbar schwere Körperkrankheit oder – in Österreich – eine Schwangerschaft andauert. Bei Krankheitsausbruch in der Haft sei der Erkrankte in eine besondere Krankenanstalt zu verbringen, wobei die Aufenthaltszeit dort voll anzurechnen sei, soweit die Krankheit nicht vom Verurteilten selbst absichtlich herbeigeführt worden sei. Dabei liegt die Vorstellung zugrunde, dass der Gefangene durch die Haft niemals unfähig zur Rückkehr ins

bürgerliche Leben gemacht werden darf. Bei dauernd Geisteskranken fehle zudem die «absolute Haftfähigkeit», worunter das Vermögen verstanden wird, die Bedeutung von Schuld und Strafe zu erfassen.

WITTER (1972) behandelt das Thema der Haftfähigkeit ausschliesslich unter dem Aspekt der reaktiven Ausnahmezustände, welche unter Haftbedingungen auftreten. Dabei seien explosive Primitivreaktionen im Sinne des «Zuchthausknalls», welcher vor allem der innerpsychischen Spannungsabfuhr dient, von psychogenen Zweckreaktionen, zu denen auch die sog. «Haftpsychose» gehöre, zu unterscheiden. Die zweite Form könne verschiedene Ziele anvisieren, so eine nachträgliche Exkulpation bezüglich der Anlasstat oder aber auch eine Verlegung in ein psychiatrisches Krankenhaus, was wiederum Fluchtmöglichkeiten oder zumindest Hafterleichterungen implizieren könne. Begnadigungsverfahren und Schadenersatzforderungen seien eher seltener Anlass und Motiv solcher psychopathologischer Erscheinungen.

SCHLEUSS (1986) befasst sich eingehender mit den besonderen Belastungen der Haftsituation, den kritischen Phasen im Verlauf des Strafvollzugs und den typischen psychischen Störungen, wobei er neben psychogenen auch endogene, endokrine und organisch-toxische Zustände (wie Delirium, Echorausgang, Opiat-Entzug etc.) berücksichtigt. Die Frage, bei welchem Schweregrad die Haft zu unterbrechen sei, lässt er offen; für Suizidale empfiehlt er in erster Linie die Unterbringung in einer Gemeinschaftszelle und in zweiter Linie einen speziell gesicherten, monitorüberwachten Haftraum. Wesentlich knapper nimmt NEDOPIL (1996) in seinem aktuellen Lehrbuch zu dieser Problematik Stellung: Die Frage der Haftfähigkeit werde häufiger bei alten Inhaftierten gestellt, würde meist aufgrund internistischer Krankheitsbilder aufgeworfen und läge dann ausserhalb der Zuständigkeit des forensischen Psychiaters. Am ehesten noch könne die akute Suizidalität die Haftfähigkeit in psychischer Hinsicht beeinträchtigen. Dabei ist jedoch im Auge zu behalten, dass psychisch Auffällige in Deutschland auch unabhängig von einer günstigen Behandlungsprognose viel schneller den Weg in eine der grossen forensisch-psychiatrischen Krankenanstalten finden und von daher viel seltener im Normalvollzug auftauchen als bei uns.

Damit ist nun bereits deutlicher geworden, in welchen Bereichen sich der psychiatrische Experte auskennen sollte, um in der jeweiligen spezifischen Einzelsituation ein sachgerechtes Gutachten abzugeben und so eine brauchbare Entscheidungsgrundlage zu liefern: Neben guten Kenntnissen in klinischer Psychopathologie sind ausreichende Kenntnisse in der somatischen Medizin erforderlich, insbesondere auch über psychoso-

matische Zusammenhänge (nicht selten wird von Seiten des Verurteilten geltend gemacht, ein vorliegendes somatisches Gebrechen werde sich unter dem Psychostress der Haft verschlechtern und den Inhaftierten in Gefahr bringen). Von grossem Nutzen sind Grundkenntnisse aus der Suizidologie, insbesondere hinsichtlich der Risikoeinschätzung (KNECHT, 1998). Bei Inhaftierten, welche diesbezüglich als besonders gefährdet gelten, sind 3 Risikophasen bekannt:

- 1) Untersuchungshaft: maximale Suizidgefahr in den ersten 4 Tagen.
- 2) Urteilsverkündung: eine geringere Häufung mit Anstieg bis zum 2. Vierteljahr.
- 3) Strafvollzug: Später ergeben sich individuelle Suizidrisiken beim Auftreten von akuten Belastungsmomenten.

3. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Wie bereits erwähnt, äussert sich das StGB in keiner Weise zur Frage der Hafterstehungsfähigkeit. Vage Anhaltspunkte für den Willen des Gesetzgebers finden wir nur bei Art. 40 StGB:

Art. 40 StGB: Der Vollzug einer Freiheitsstrafe darf nur aus wichtigen Gründen unterbrochen werden.
Muss der Verurteilte während des Strafvollzuges in eine Heil- oder Pflegeanstalt eingewiesen werden, so wird ihm der Aufenthalt in dieser Anstalt auf die Strafe angerechnet.
Die zuständige Behörde kann die Anrechnung ganz oder teilweise ausschliessen, wenn die Verbringung in die Heil- oder Pflegeanstalt wegen Krankheiten oder anderer Ursachen erforderlich wurde, die offenkundig schon vor dem Strafantritt bestanden haben. Die Anrechnung unterbleibt, wenn der Verurteilte die Verbringung arglistig veranlasst oder soweit er die Verlängerung in der Anstalt arglistig herbeigeführt hat.

Wie wichtig die «wichtigen Gründe» sein müssen, um einen Haftunterbruch gemäss Art. 40 StGB zu rechtfertigen, bleibt zunächst im Dunkeln. Mangels eindeutiger gesetzlicher Bestimmungen kam das Bundesgericht schon mehrmals in die Lage, wegweisende Urteile zu fällen, wobei sich die

höchsten Richter recht restriktiv zeigten. So wurde klargestellt, dass die blossе Gefahr, dass eine bestehende schwere Krankheit sich in der Haft verschlimmern könnte, nicht genügt. Vielmehr gelangte das Bundesgericht zur Ansicht, dass eine Erkrankung aktuell so schwer sein müsse, dass der Gesichtspunkt der Behandlung gänzlich vor den der Haft tritt. Dies bedeutet: Wann immer eine Behandlung neben dem Vollzug möglich ist, ist ein Unterbruch nicht gerechtfertigt.

Im BGE 106 IV 324 hiess es sogar, dass auch das Risiko einer Selbsttötung keinen zwingenden Grund für einen Haftunterbruch darstelle.

Im BGE 103 Ib 184 verlautete von höchstrichterlicher Seite, dass auch ein Gutachten, in dem Haftunfähigkeit bescheinigt wird, noch keinen zwingenden Grund für einen Vollzugsabbruch liefere. «Straferstehungsfähig» (neugeprägter Begriff!) könne jemand immer noch sein, wenn auch in modifizierter Form. Konkret bedeutet dies, dass der Freiheitsentzug unter therapeutischen Bedingungen in einer anderen (geschlossenen) Anstalt vollzogen wird, z. B. in einer psychiatrischen Klinik oder bei eindeutig somatischen Leiden beispielsweise in der Gefängnisabteilung U1 des In-selospitals Bern.

Der begutachtende Klinikpsychiater wird sich deshalb immer vor Augen halten, dass ihm der Verurteilte postwendend überwiesen werden kann und es ihm dann obliegt, die Gründe der Haftunfähigkeit therapeutisch zu beseitigen. Dieses Problem ist insbesondere dann kaum zu bewältigen, wenn die Aussicht auf den Gefängnisaufenthalt die entscheidende Ursache für die psychische Störung ist.

4. FALLVIGNETTE

Eine Frau mittleren Alters, die sich in den Drogenhandel involvieren liess, sollte eine mehrjährige Freiheitsstrafe antreten. Ihr behandelnder Therapeut stellte depressive und psychosomatische Störungen fest und warnte vor suizidalen Krisen. Durch ihren Anwalt wurde sodann eine Begutachtung hinsichtlich Haftfähigkeit angeregt. Der Katalog der Experten-Fragen lautete wie folgt:

- 1) Kann die Hafterstehungsfähigkeit von X.Y. unter Berücksichtigung ihres derzeitigen gesundheitlichen und psychischen Zustandes, der medizinischen und psychiatrischen Betreuung innerhalb der Vollzugsanstalt sowie der Möglichkeit einer vorläufigen Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik bei akuter Krisenlage bejaht werden?

- 2) Wenn ja, welche besonderen Vorkehrungen müssen im Vollzug getroffen werden?
- 3) Wenn nein, vom Eintritt welcher Bedingungen hängt die Hafterstellungsfähigkeit ab?

Bei der ambulanten Untersuchung wirkte die Explorandin bedrückt und weinerlich, nicht ohne appellative Note. Sie klagte über diverse körperliche Beschwerden in Bauch, Brust und Beinen sowie anfallsartiges Zittern.

Bald empörte sie sich über die viel zu hohe Freiheitsstrafe, die sie keineswegs verdiene, zumal sie aus reiner Naivität in die Sache hineingeraten sei. Eine Gefängnisstrafe werde sie wohl nicht überleben, seien ihr die schlimmen Zustände in den Haftanstalten doch von Fernsehreportagen her bekannt. Im Gutachten wurde festgehalten, dass Hafterstellungsfähigkeit aus ärztlicher Sicht in dem Sinne gegeben sei, als dass z. Z. keine diagnostischen oder therapeutischen Massnahmen zwingend notwendig seien, welche mit Haft nicht vereinbar wären. Es wurde jedoch gewarnt, dass es im Vorfeld des Strafantrittes zu einer Verschärfung der psychosomatischen Problematik kommen könnte. Auch wurde eine Reihe von Vorschlägen gemacht, wie man die Schwellensituation bei Gefängniseintritt unter Einbezug von Angehörigen, des psychologischen Dienstes und allenfalls Psychopharmaka schonend gestalten könnte. Als dann das offizielle Eintrittsdatum bekannt gegeben wurde, erlitt die Explorandin in der Öffentlichkeit einen Zusammenbruch und wurde notfallmässig in ein Regionalspital eingewiesen, wo ihr eine junge Ärztin prompt Haftunfähigkeit attestierte. Die zuständige Behörde reagierte ebenso prompt und verfügte den Strafantritt in der psychiatrischen Klinik. Obwohl sich die Explorandin auf der geschlossenen Psychogeriatric-Station sehr unbehaglich fühlte, dauerte es mehrere Monate, bis sie schliesslich widerstrebend einer Verlegung in den Normalvollzug zustimmte.

5. HAFT ALS BELASTUNG

Auf diesem Gebiet können beim klinisch ausgebildeten Psychiater kaum vertiefte Kenntnisse vorausgesetzt werden. Es wäre deshalb mehr als wünschenswert, wenn sich forensisch tätige Psychiater ein Bild von den Lebensbedingungen in der Haft mit ihren spezifischen Belastungsmomenten, den Anpassungsmöglichkeiten an den Einzelfall und dem therapeutischen Angebot vor Ort verschaffen würden. Viele Fachkollegen könnten von den Möglichkeiten der Gefangenenbetreuung und der individuellen Arrangements überrascht sein. Dies sei exemplarisch am Beispiel der offen geführten Strafanstalt Saxerriet erläutert (MAEDER u.

BROSZIEWSKI, 1997): Diese offene Anstalt verfügt seit 1992 über ein spezielles Angebot für Behinderte und Leistungsschwache, genannt das «Zusatzprogramm für Individualförderung».

Dessen Ziel ist es, Insassen mit erheblichen gesundheitlichen Handicaps durch entsprechende Anpassungen und Vollzugserleichterungen auf ihrer reduzierten Leistungsstufe zu fördern, ihre allgemeine Fitness und Lebensqualität zu verbessern und sie so optimal im Anstaltsbetrieb zu integrieren. Die Zielgruppe umfasst sowohl Insassen, die eine Beeinträchtigung bereits mitbringen oder sie beispielsweise durch Unfall in der Haft erst erwerben. Dieses Spezialprogramm umfasst 6 bis 8 Plätze und wird von einer Sozialpädagogin geleitet. Nach den bisherigen Erfahrungen eignet es sich v. a. für die folgenden diagnostischen Gruppen:

- «Langstrafige» Insassen mit Haftreaktionen und Anpassungsproblemen, worunter auffallend viele Pädophile sind.
- AIDS-Kranke, die von den Komplikationen ihres Leidens bereits gezeichnet sind und in enger Zusammenarbeit mit der Infektionssprechstunde des zuständigen Kantonsspitals betreut werden.
- Krebskranke in fortgeschrittenen Stadien.
- Sehbehinderte, leichtere Fälle von geistiger Behinderung u. a. m.

Konkret umfasst das Programm folgende Punkte:

- Morgens leichte Industrie-Arbeiten (Verpacken von Schrauben u. ä.).
- Nachmittags kreatives Gestalten: Töpfern, Korbflechten, Steinhauen, Papier- und Holzverarbeitung.
- Übungen in Kochen und Haushaltsführung.

Das Wochenprogramm umfasst darüber hinaus Gruppengespräche, bei spezieller Indikation auch Einzelgespräche, diese u. U. beim Psychiater. Die individuelle Tagesstruktur kann bei gesundheitlich schwer reduzierten Insassen auch stufenweise aufgebaut werden. Für extrem unstete Insassen und Beziehungsgestörte besteht eine Kleintierhaltung mit Enten, Kaninchen und Schafen, deren Versorgung quasi das niederschwelligste Beschäftigungsangebot darstellt. Daneben werden immer auch kleine sozialpädagogische Zusatzeffekte angestrebt, z. B. die selbständige Medikamentenverwaltung bei mental reduzierten AIDS-Kranken. Dieses Programm hat die Strafanstalt Saxerriet auch für ausgesprochene Problemfälle – bis hin zu geistig Behinderten – tragfähig gemacht.

Heute haben sich auch in geschlossenen Strafanstalten therapeutische Strukturen fest etabliert. Exemplarisch wäre der «Service de médecine et

de psychiatrie pénitentiaires (SMPP)» des Kantons Waadt hervorzuheben. Nachdem früher hier nur fliegende Equipen eine gewisse psychiatrische Betreuung gewährleisteten, besteht heute unter der Leitung des verantwortlichen Arztes Dr. Bruno GRAVIER von der psychiatrischen Universitätspoliklinik Lausanne eine Spezialabteilung für psychisch abnorme U-Häftlinge im Gefängnis «La Tuilière» in Lonay. Dabei wird darauf geachtet, dass von den 14 Insassen höchstens ein Drittel aus Sexualdelinquenten besteht, um einer kontraproduktiven Gruppendynamik vorzubeugen. Somit besteht die Möglichkeit zur frühen Abklärung bezüglich Problemeinsicht und Therapiemotivation, so dass bereits im Fall einer einstweiligen Haftentlassung bis zur Gerichtsverhandlung therapeutisch interveniert werden kann. Ausserdem behandelt der SMPP Drogenabhängige unter Haftbedingungen, wobei Methadon bei guter Indikation durchaus Anwendung finden kann. Eine dritte Problemgruppe sind gefährliche Geisteskranke, deren Psychose durch die gewalttätige Grundpersönlichkeit entscheidend geprägt wird. Das Therapieangebot ist für Gefängnisverhältnisse erfreulich vielseitig: Neben Psychopharmaka, Einzelgesprächen, Gruppenpsychotherapie, Ergotherapie und Werkstattaktivitäten (Töpfern etc.) werden auch Familieneinbezug und sozialarbeiterische Betreuung gross geschrieben. Ausserdem stehen diverse Allgemeinärzte und Internisten mit Teilpensen, ein Tai-Chi-Instruktor und ein Sportlehrer zur Verfügung (GRAVIER, 1997 und 1998).

Angesichts solcher Spezialangebote besteht die Möglichkeit, dass zwischen den Haftanstalten ein gewisser Austausch von Insassen erfolgt, damit den gesundheitlich Beeinträchtigten optimale Vollzugsbedingungen geboten werden können. Mittlerweile verfügen eine Reihe von grossen Strafanstalten über eine eigene Integrationsabteilung für psychisch auffällige Problemfälle, z. B. Pöschwies, Thorberg, Bostadel, Hindelbank, Bochuz.

6. EIN FALL AUS DER PRAXIS

Trotz durchgehender Humanisierung des Strafvollzuges besteht bei vielen Verurteilten nach wie vor ein vitales Interesse daran, den Strafvollzug in der Anstalt zu vermeiden. Dabei können neben gesundheitlichen Bedenken auch Fragen des Beziehungslebens, der Lebensqualität und wirtschaftliche Gründe eine Rolle spielen. Die Kasuistik eines 42-jährigen betrügerischen Brandstifters, der zu einer mehrjährigen Zuchthausstrafe verurteilt worden war, kann dies illustrieren. Da der Strafantritt unmittelbar bevorstand, liess er durch seinen Rechtsanwalt Hafterstehungsunfähigkeit geltend machen, hatte er doch in den Jahren zuvor einige Schmerz-

sensationen in der Brustgegend verzeichnet, wobei in einem Fall ein kleiner Herzinfarkt durch die Ärzte nicht ausgeschlossen werden konnte. Da er im Hinblick auf den Haftantritt Angstgefühle mit thorakalen Missempfindungen verspürte, glaubte er, den Belastungen des Vollzuges nicht gewachsen zu sein. Die forensische Untersuchung des Exploranden verlief recht typisch: Kaum in der Klinik angelangt, legte er unaufgefordert eine Anzahl Briefe und Berichte seines Rechtsanwaltes, seines Hausarztes, verschiedener Spitäler sowie zwei psychiatrische Zeugnisse vor, welche die Bedrohlichkeit seines Zustandes unterstrichen. Er präsentierte einen grossen Waschbeutel voller Medikamentenpackungen, worunter sich verschiedene gefässerweiternde Mittel, Blutdrucksenker, Blutfettsenker, Blutverdünner und Beruhigungsmittel befanden. Er klagte über Druck in der Herzgegend mit Herzklopfen und Angstgefühlen, dies v. a. bei nächtlicher Schlaflosigkeit. Kapseln und Sprays würden da nichts nützen, hingegen Ablenkung und Entspannung. Dazu kamen Rückenschmerzen, zeitweise ins Bein ausstrahlend, Vergesslichkeit, Konzentrationsschwierigkeiten und Reizbarkeit. Schlaf und Appetit erwiesen sich während der Kurzhospitalisation jedoch als vorzüglich. Seine Klagen richteten sich aber auch gegen die Justizbehörden, welche ihn unverhältnismässig hart anpacken würden.

Wie mit ihm allenfalls erforderliche Betreuungsmassnahmen diskutiert wurden, gab er an, weder von Psychotherapie noch von Entspannungsmethoden profitieren zu können. Auch von chirurgischen oder internmedizinischen Massnahmen versprach er sich keine heilsamen Effekte. Die einzige Möglichkeit, seiner gesundheitlichen Situation Rechnung zu tragen, sei, von einer Zuchthausstrafe gänzlich abzusehen. Nur so könne er den zurückgezogenen Lebenswandel mit grösstmöglicher Schonung seiner Kräfte pflegen. Die näheren Abklärungen ergaben, dass der Explorand im Zivilleben mit dem Management eines mittelgrossen Hotels inkl. Speiselokal beschäftigt war. Eine psychiatrische Diagnose mit Krankheitswert konnte nicht gestellt werden. Als auch noch der Kardiologe nach Belastungs-EKG und Echokardiographie Entwarnung gab, trat der Explorand seine Haft an und erlitt keinerlei gesundheitliche Nachteile.

7. GRENZSITUATIONEN

Angesichts der Tatsache, dass die gefängnisärztlichen Dienste und auch die psychiatrisch-psychologische Versorgung in den letzten Jahren und Jahrzehnten stark ausgebaut worden sind, haben mithin auch ernsthaft Kranke unter Vollzugsbedingungen zuweilen bessere Überlebenschancen als wenn sie draussen auf sich gestellt wären:

- Betrachten wir die Situation eines kardiologischen Patienten mit diversen Risikofaktoren wie Nikotinabhängigkeit und Fettsucht, welcher bereits mehrere Herzinfarkte und Bypass-Operationen hinter sich hat. Wie konkrete Fälle gezeigt haben, erhalten solche Risikofälle in Strafanstalten eine optimale Überwachung und Betreuung, zumal sie hier rund um die Uhr auf die Präsenz von geschultem Personal zählen können, welches erste Hilfe leistet und prompt ärztliche Notfallbehandlung organisieren kann. Ausserdem werden vor Ort regelmässig Arztvisiten abgehalten; in gut organisierten Anstalten wie in Lenzburg wird sogar Diätberatung und Hilfe bei der Nikotinentwöhnung angeboten.
- Eine adäquate Betreuung erfahren auch AIDS-Kranke in stabilen Phasen ihrer Krankheit. Dank 3-er oder 4-er Kombinationstherapie kann hier der Krankheitsprozess nahezu zum Stillstand gebracht werden, so dass die medizinische Situation dieser Patienten derjenigen eines Diabetikers oder Epileptikers gar nicht mehr unähnlich ist. Somit drängt sich ein Haftabbruch lange Zeit nicht auf; erst wenn sich das Ende abzeichnet, wird aus prinzipiellen Gründen eine Verlegung in ein Sterbeheim («Lighthouse») vorgenommen, da vielenorts nach der Regel gearbeitet wird, dass ein Sterben im Gefängnis möglichst vermieden werden soll.
- Psychische Krisen mit Suizidalität stellen Anstaltsleitung wie auch beurteilende Psychiater regelmässig vor ein grosses Dilemma. Das Prinzip der Schadensabwendung verlangt eine raschestmögliche Verlegung zur Krisenintervention in die regional zuständige psychiatrische Klinik. Auf der anderen Seite besteht die Erfahrung, dass ein wesentlicher Teil der Inhaftierten, welche sich als suizidal präsentieren, in Tat und Wahrheit Fluchtpläne hegen, welche im Rahmen einer psychiatrischen Klinik oft leichter zu realisieren sind. Nicht selten fordern die Betroffenen postwendend ihre Rückverlegung ins Gefängnis, wenn sie in der Klinik fluchtsicher und isoliert im Einzelzimmer untergebracht werden.
- Ähnlich verhält es sich mit denjenigen Insassen, welche scharfe, spitze Gegenstände schlucken («Acuphagie»); deren Motivation entspringt oft zwei Quellen gleichzeitig: Dem Drang in die Freiheit via Spital wie auch der parasuizidalen Autoaggression.
- Erstaunlich für die Fachleute des Strafvollzuges wie auch der Psychiatrie ist die Tatsache, dass Paranoiker und chronisch Schizophrene in Strafanstalten nicht selten anzutreffen sind und dabei oft eine ungeahnte psychische Stabilität zeigen. Sogar Problempatienten, die vor-

mals als nicht-massnahmefähig beurteilt wurden, können unter Haftbedingungen ein beachtliches Funktionsniveau erreichen, zuweilen sogar ohne Medikamente. Dies könnte mit den verbindlichen Strukturen und der klaren Kommunikation in diesen Anstalten zusammenhängen, zumal hier jede Doppeldeutigkeit, jede «Double-bind»-Fälle konsequent vermieden wird. Leider hält eine solche Stabilisierung nach Haftentlassung gewöhnlich nicht sehr lange an.

- Wo psychisch Kranke untergebracht sind, stellt sich aber auch die Frage der psychiatrischen Krisenintervention, namentlich auch der Isolation, der Fixation und der Medikation gegen den Willen des Insassen. Solche Massnahmen, die klar therapeutisch und nicht mehr disziplinarisch sind, machen aber eine entsprechende Personalschulung und passende Strukturen erforderlich, was bis heute nicht realisiert ist, so dass auf notfallmässige Klinikverlegungen vorderhand nicht verzichtet werden kann.
- Eine letzte Problemkategorie bilden die diagnostisch meist unklaren, schwerst verhaltensgestörten Insassen, die oftmals sprach- und kulturfremd sind: Deren durchweg dramatische Zustandsbilder reichen von psychogenen Haftpsychosen über Simulation und Aggravation bis hin zur gezielten Selbstschädigung mit Fremdkörperschlucken, Hautschnitt, Hungerstreik sowie zur unberechenbaren Fremdaggression. Da hier zur Frage des praktischen Handlings auch noch Sprach- und Mentalitätsbarrieren hinzukommen, sind und bleiben diese Menschen Grenzgänger zwischen Haftanstalt, psychiatrischer Klinik und somatischem Spital. Sie erfordern eine Behandlung von Fall zu Fall; oft kommt es über Monate oder gar Jahre hin zu keiner wirklich stabilen Situation. Im Extremfall muss wohl auch aus Rücksicht auf den Anstaltsbetrieb ein Haftabbruch diskutiert werden.

8. SCHLUSSFOLGERUNG

Um dem Anfänger in Sachen Haftfähigkeitsbegutachtung einige Merkpunkte zu sachgemäsem Vorgehen an die Hand zu geben, sei abschliessend noch das Fazit meiner Ausführungen kurz gezogen:

- Die Haftbedingungen in unseren fortschrittlich eingerichteten Strafanstalten stellen heute bescheidene Anforderungen an den Gesundheitszustand eines Verurteilten.
- «Hafterstehungsfähigkeit» ist keine medizinische Diagnose sondern das Resultat einer Rechtsgüterabwägung, bei der medizinische Be-

funde nur einen Faktor darstellen.

- Ein Mangel an adäquaten Therapiemöglichkeiten kann durchaus eine Kontraindikation für die Einweisung in eine bestimmte Anstalt sein. Der Gutachter hat sich also ein Bild vom realen Behandlungsangebot zu machen.
- Der Arzt soll sich darauf beschränken, die medizinischen Befunde zu erheben und in einer für den medizinischen Laien verständlichen Sprache darzulegen. Nicht zu vergessen sind auch die praktischen Auswirkungen einer notwendigen Behandlung.
- Er soll auf die möglichen Gefahren angesichts der gegebenen Belastbarkeit und der zu erwartenden konkreten Belastungsmomente hinweisen (ein Vergleich mit den Belastungen vor der Haft ist meist erhellend).
- Er soll Angaben machen, ob und allenfalls wie die gesundheitliche Situation des Verurteilten durch organisatorische und therapeutische Massnahmen verbessert werden kann.

Anmerkungen

¹ Daneben existiert der Begriff der Haftfähigkeit, der v. a. in Deutschland Anwendung findet.

Literatur

Bonnard C., «Politische Konzeption der sozialmedizinischen Aufgabe der Strafanstalten», *Der Strafvollzug in der Schweiz*, 4/96, 1976, 1-11.

Gravier B., «Le service de médecine et de psychiatrie pénitentiaires du canton de Vaud», *Présentation et projet de service SMPP, Projet de Service*, avril 1997, 1-13.

Gravier B., «L'évolution des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire: vers une clinique de la dignité», in: Louzoun C., Salas D. (Eds.), *Justice et Psychiatrie, responsabilités, normes et éthique*, Erès ed., 1998, 283-298.

Keller M.O., «Haftfähigkeit und Verhandlungsfähigkeit aus der Sicht eines Psychiaters», *Schweizerische Zeitschrift für Strafrecht*, 97, 1980, 188-218.

Knecht T., «Suizid und Suizidversuch», *Hospitalis*, 68/4, 1998, 138-141.

Maeder C., Brosziewski A., «Bericht über die Evaluationsforschung in Zusatzprogrammen», *Bausteine – Informationsblatt über Strafvollzugsfragen*, 5, 1997, 9-11.

Michel R., «Lehrbuch der forensischen Psychiatrie», *Urban und Schwarzenberg*, Berlin, 1931, 52-53.

Nedopil N., «Forensische Psychiatrie – Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht», *Thieme*, Stuttgart, 1996, 184.

Schleuss G., «Psychiatrische Manifestationen im Strafvollzug», in: Venzlaff U. (Hrsg.), *Psychiatrische Begutachtung – Ein praktisches Handbuch für Aerzte und Juristen*, Fischer, Stuttgart, 1986, 441-460.

Witter H., «Die Beurteilung Erwachsener im Strafrecht», in: Göppinger H., Witter H. (Hrsg.), *Handbuch der forensischen Psychiatrie*, Band II, Springer, Berlin, 967-1094.