

Aus der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Tübingen

Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie mit Poliklinik

Komm. Leiter: Professor Dr. A. Batra

Sektion Forensische Psychiatrie und Psychotherapie

Leiter: Professor Dr. K. Foerster

**Psychiatrische Konsiliartätigkeit in der
Untersuchungshaft in der Außenstelle Tübingen
der Justizvollzugsanstalt Rottenburg**

**Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin**

**der Medizinischen Fakultät
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen**

vorgelegt von

Julia Maria Eckert

aus

Künzelsau

2010

Dekan: Professor Dr. I. B. Autenrieth

1. Berichterstatter: Professor Dr. K. Foerster

2. Berichterstatter: Professor Dr. M. Günter

*DENKT AN DIE GEFANGENEN, UND NEHMT AN IHREM SCHICKSAL ANTEIL,
ALS WÄRET IHR SELBST MIT IHNEN IM GEFÄNGNIS.
HABT MITGEFÜHL MIT DEN MISSHANDELTEN,
ALS WÄRE ES EUER KÖRPER, DEM DIE SCHMERZEN ZUGEFÜGT WERDEN.*

HEBRÄER 13,3

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Abbildungsverzeichnis..... | 7 |
| Tabellenverzeichnis..... | 8 |
| Abkürzungsverzeichnis..... | 9 |
| | |
| 1 Einleitung..... | 10 |
| 1.1 Fragestellung und Ziele..... | 10 |
| 1.2 Untersuchungshaft..... | 12 |
| 1.3 Psychische Erkrankungen bei Gefangenen..... | 16 |
| 1.4 Psychische Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung..... | 26 |
| 1.5 Versorgungssituation psychisch kranker Inhaftierter..... | 28 |
| 1.6 Außenstelle Tübingen der Justizvollzugsanstalt Rottenburg..... | 39 |
| 1.7 Klassifikation psychischer Erkrankungen..... | 40 |
| | |
| 2 Material und Methodik..... | 44 |
| 2.1 Studiendesign und -durchführung..... | 44 |
| 2.2 Untersuchungsinstrumente..... | 45 |
| 2.3 Statistik..... | 47 |

| | | |
|-------|--|----|
| 3 | Ergebnisse..... | 49 |
| 3.1 | Soziodemographische Daten..... | 49 |
| 3.1.1 | Nationalität..... | 49 |
| 3.1.2 | Alter bei Inhaftierung..... | 52 |
| 3.1.3 | Familienstand..... | 53 |
| 3.1.4 | Religionszugehörigkeit..... | 53 |
| 3.1.5 | Haftalter bei Erstvorstellung..... | 53 |
| 3.2 | ICD-Diagnosen..... | 56 |
| 3.2.1 | Organische einschließlich somatische psychische Störungen – F0..... | 58 |
| 3.2.2 | Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Suchterkrankungen) – F1..... | 59 |
| 3.2.3 | Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen – F2..... | 59 |
| 3.2.4 | Affektive Störungen (Depression, Manie, bipolare Störung) – F3..... | 60 |
| 3.2.5 | Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen – F4..... | 60 |
| 3.2.6 | Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen oder Faktoren – F5..... | 61 |
| 3.2.7 | Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen – F6..... | 61 |
| 3.2.8 | Intelligenzminderung – F7..... | 62 |
| 3.2.9 | Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend – F9..... | 62 |
| 3.3 | Komorbidität..... | 62 |

| | | |
|-------|---|----|
| 3.4 | Suizidalität..... | 63 |
| 3.5 | Behandlung und Compliance..... | 65 |
| 3.6 | Verlauf..... | 68 |
| 3.7 | Behandlungsbedürftigkeit..... | 72 |
| 4 | Diskussion..... | 73 |
| 4.1 | Methodendiskussion..... | 73 |
| 4.2 | Ergebnisdiskussion..... | 74 |
| 4.2.1 | Diskussion der Hypothesen..... | 74 |
| 4.2.2 | Vergleich mit bisherigen Studien an Untersuchungs- häftlingen..... | 75 |
| 4.2.3 | Komorbidität..... | 81 |
| 4.2.4 | Suizidalität..... | 82 |
| 4.2.5 | Verlauf und Behandlungsbedürftigkeit..... | 82 |
| 4.3 | Ausblick..... | 83 |
| 5 | Zusammenfassung..... | 85 |
| 6 | Literaturverzeichnis..... | 87 |
| 7 | Danksagung..... | 96 |
| 8 | Lebenslauf | 97 |

Abbildungsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Abb.1: Grobe Zuordnung der Staatenangehörigkeit der Untersuchungshäftlinge (n=200)..... | 49 |
| Abb.2: Alter der Untersuchungshäftlinge (n=200) bei Haftantritt..... | 52 |
| Abb.3: Haftalter in Tagen bei Erstkontakt zwischen Untersuchungshäftling (n=200) und Konsiliarpsychiater..... | 54 |
| Abb.4: Kategorielles Haftalter (Stufen 1 - 6) der Untersuchungshäftlinge (n=200) bei Erstkontakt mit dem Konsiliarpsychiater..... | 55 |
| Abb.5: Gestellte Hauptdiagnosen (200) nach ICD-10 an 200 Häftlingen..... | 57 |
| Abb.6: Gestellte Nebendiagnosen (67) nach ICD-10 an 64 Häftlingen..... | 58 |
| Abb.7: Kontakthäufigkeit der Untersuchungshäftlinge (n=200) zum Konsiliarpsychiater..... | 66 |
| Abb.8: Häufigkeitsverteilung der Scores (1 - 7) des CGI-Item 1 - Schweregradurteil erhoben an 200 Häftlingen beim Erstkontakt..... | 69 |
| Abb.9: Häufigkeitsverteilung der Scores (1 – 7) des CGI-Item 2 - Zustandsänderung erhoben an 140 Häftlingen bei mehr als einem Kontakt..... | 70 |

Tabellenverzeichnis

| | |
|---|----|
| Tabelle 1: Nationalitäten der Untersuchungshäftlinge (n=200)..... | 51 |
| Tabelle 2: Hauptdiagnosen (n=200) der F-Klasse nach ICD-10..... | 56 |
| Tabelle 3: Nebendiagnosen (n=67) der F-Klasse nach ICD-10..... | 56 |
| Tabelle 4: Zusammenhang zwischen Haupt- und Nebendiagnose nach ICD-10..... | 63 |
| Tabelle 5: Gegenüberstellung von kategoriellm Haftalter und Suizidalität.... | 64 |
| Tabelle 6: Zusammenhang zwischen Hauptdiagnose nach ICD-10 und kategoriellm Haftalter..... | 67 |
| Tabelle 7: Zusammenhang zwischen Hauptdiagnose nach ICD-10 und CGI-Item 2..... | 71 |
| Tabelle 8: Prävalenz von psychischen Störungen unter U-Häftlingen in anderen Studien..... | 77 |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|-------------------|---|
| Abb. | Abbildung |
| AD(H)S | Aufmerksamkeitsdefizit-(Hyperaktivitäts)-Störung |
| APA | American Psychological Association |
| CGI | Clinical Global Impressions |
| DSM | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders |
| EU | Europäische Union |
| ICD | International Classification of Diseases and Related Health Problems |
| JGG | Jugendgerichtsgesetz |
| JVA | Justizvollzugsanstalt |
| n | Anzahl (mathematisch) |
| PHS | Psychiatric Health Services |
| SD | Standardabweichung (standard deviance) |
| StGB | Strafgesetzbuch |
| StPO | Strafprozessordnung |
| StVollzG | Strafvollzugsgesetz |
| StVollz-Statistik | Strafvollzugsstatistik |
| StVStat | Strafverfolgungsstatistik |
| U-Haft /-häftling | Untersuchungshaft /-häftling |
| USA | United States of America |
| UVollzG | Untersuchungshaftvollzugsgesetz |
| UVollzO | Untersuchungshaftvollzugsordnung |
| WHO | World Health Organization |

1 Einleitung

1.1 Fragestellung und Ziele

In internationalen Studien wurden übereinstimmend hohe Prävalenzen an psychischen Störungen in Gefängnispopulationen festgestellt (Andersen 2004, Andersen et al. 2000, Blaauw et al. 2000, Fazel et Danesh 2002, Gunn et al. 1991, von Schönfeld et al. 2006).

Die Problematik wird in der Öffentlichkeit jedoch kaum wahrgenommen und diskutiert. Sowohl Psychiatrie als auch Justizvollzug zeigen an psychisch kranken Gefangenen kaum Interesse und stehen sich aus der Verantwortung. Die zuständigen Institutionen sind sich der Ernsthaftigkeit und Dringlichkeit bezüglich der Verbesserung defizitärer psychiatrischer Behandlungsstrukturen im Strafvollzug nicht bewusst (Foerster et Foerster 2008, Salize et Dressing 2008).

Die höchsten Morbiditätsraten an psychischen Störungen unter Gefangenen weisen neben weiblichen Häftlingen insbesondere Untersuchungsgefangene auf (Birmingham 2004).

Menschen mit psychischen Störungen zeigen eine wesentlich höhere Gefährdung für Suizide als seelisch Gesunde. So wird davon ausgegangen, dass in über 90 % aller Suizidfälle in der westlichen Welt eine diagnostizierbare psychische Erkrankung vorgelegen hat (Coester 2006). Als grober Indikator für psychische Erkrankungen von Gefangenen kann daher die

Suizidrate von Häftlingen herangezogen werden, die um ein Vielfaches gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöht ist (Dooley 1999).

In einer Veröffentlichung des Kriminologischen Dienstes des niedersächsischen Justizvollzugs (2005) wurden Daten über erfolgte Suizide bei Gefangenen veröffentlicht. Bei der Erfassung der Gefängnissuizide über fünf Jahre (2000 bis 2004) beteiligten sich alle Bundesländer. In den fünf Jahren haben sich insgesamt 467 Gefangene das Leben genommen. Der Anteil der Untersuchungshäftlinge war mit 57,8 % hoch.

Einzelne deutsche Gefängnisstudien haben sich mit dem Krankheitsverlauf unter psychiatrischer bzw. psychotherapeutischer Betreuung beschäftigt. In einer Untersuchung über psychiatrische Konsiliartätigkeit in der Justizvollzugsanstalt Rottenburg (Baden-Württemberg) zeigte sich ein hoher Bedarf an psychiatrischer Mitbetreuung von Strafgefangenen. Eine sinnvolle psychiatrische Therapie konnte in einem konsiliarischen Rahmen durchgeführt werden (Schäfer et al 2004).

Für Deutschland liegen jedoch keine Untersuchungen zur Notwendigkeit und zum Nutzen einer psychiatrischen Betreuung von Untersuchungshäftlingen vor.

Ziel der vorliegenden Nachfolgestudie war die Art psychischer Erkrankungen unter 200 männlichen Untersuchungshäftlingen der Außenstelle Tübingen (Justizvollzugsanstalt Rottenburg; Baden-Württemberg), die dem psychiatrischen Konsiliardienst vorgestellt wurden, zu ermitteln. Darüber hinaus ergaben sich die Fragen, ob ein Bedarf an psychiatrischer Behandlung

im vorgestellten Patientengut vorlag und welchen Einfluss die psychiatrische Konsiliartätigkeit auf den Krankheitsverlauf nahm.

Folgende Hypothesen wurden überprüft:

1. Es gibt einen echten Bedarf an psychiatrischer Behandlung unter den vorgestellten Untersuchungshäftlingen.
2. Es ist ein positiver Einfluss der psychiatrischen Behandlung auf den Krankheitsverlauf psychiatrischer Störungen feststellbar.

1.2 Untersuchungshaft

Die Untersuchungshaft ist gemäß Nr. 1. Untersuchungshaftvollzugsgesetz (UVollzG) eine verfahrenssichernde Ermittlungsmaßnahme und dient dem Zweck, durch sichere Verwahrung des Beschuldigten die Durchführung eines geordneten Strafverfahrens zu gewährleisten oder der Gefahr weitere Straftaten zu begehen.

Die Strafprozessordnung (StPO) der Bundesrepublik Deutschland sieht in dem § 112(1) vor, dass die Untersuchungshaft gegen den Beschuldigten angeordnet werden darf, wenn er der Tat dringend verdächtig ist und ein Haftgrund besteht. Sie darf nicht angeordnet werden, wenn sie zu der Bedeutung der Sache und der zu erwartenden Strafe oder Maßregel der Besserung und Sicherung außer Verhältnis steht.

Ein Haftgrund besteht gemäß § 112(2), wenn auf Grund bestimmter Tatsachen

1. festgestellt wird, dass der Beschuldigte flüchtig ist oder sich verborgen hält,
2. bei Würdigung der Umstände des Einzelfalls die Gefahr besteht, dass der Beschuldigte sich dem Strafverfahren entziehen werde (Fluchtgefahr),
oder
3. das Verhalten des Beschuldigten den dringenden Verdacht begründet, er werde
 - a) Beweismittel vernichten, verändern, beiseite schaffen, unterdrücken
oder fälschen oder
 - b) auf Mitbeschuldigte, Zeugen oder Sachverständige in unlauterer Weise einwirken oder
 - c) andere zu solchem Verhalten veranlassen, und wenn deshalb die Gefahr droht, dass die Ermittlung der Wahrheit erschwert werde
(Verdunklungsgefahr).

Die Untersuchungshaft darf auch angeordnet werden, wenn ein Haftgrund nach Absatz 2 nicht besteht, aber der Beschuldigte dringend verdächtig ist eine Straftat nach § 6 (Völkermord) des Völkerstrafgesetzbuches oder § 129a StGB (Bildung einer terroristischen Vereinigung), auch in Verbindung mit § 129b StGB (kriminelle und terroristische Vereinigung im Ausland), oder nach den §§ 211 (Mord), 212 (Totschlag), 226 (Schwere Körperverletzung), 306b (besonders schwere Brandstiftung) oder 306c (Brandstiftung mit Todesfolge) oder 308 des StGB (Herbeiführen einer Sprengstoffexplosion), soweit durch die Tat Leib und Leben eines anderen gefährdet worden ist, begangen zu haben.

Als mit Abstand häufigster U-Haftgrund wurde im Jahr 2006 in der Strafverfolgungsstatistik Flucht oder Fluchtgefahr angegeben.

Im Jahr 2007 lagen insgesamt 26.793 Straftaten bei Personen mit Untersuchungshaft vor, davon 24.869 bei Männern.

Bei der Art der Straftaten dominierten Straftaten gegen das Vermögen in 13.240 Fällen, insbesondere Diebstahl und Unterschlagung in 6.866 Fällen. Straftaten gegen die Person wurden mit 4.740 Taten verzeichnet, führend war hier die Körperverletzung mit 2.518 Delikten. Straftaten nach dem Betäubungsmittelgesetz lagen mit 5.897 Fällen vor (Statistisches Bundesamt). Abgeurteilte mit Untersuchungshaft werden fast ausnahmslos auch verurteilt. 1998 wurden lediglich 2 % laut dem Ersten Periodischen Sicherheitsbericht des Bundesministeriums des Inneren und der Justiz nicht verurteilt.

Gemäß § 114(1) StPO wird die Untersuchungshaft durch schriftlichen Haftbefehl des Richters angeordnet und der Beschuldigte ist unverzüglich dem zuständigen Richter vorzuführen (§ 115(1)).

Der Untersuchungshäftling ist in gesonderten Untersuchungshaftanstalten oder zumindest in besonderen Abteilungen in Vollzugsanstalten unterzubringen (Nr. 11 UVollzG), getrennt von den Strafhäftlingen (Nr. 22 UVollzG).

Eine vollständige Untersuchungshaftstatistik, die Auskunft geben könnte über Anordnung, Vollzug und Dauer der Untersuchungshaft gibt es in Deutschland nicht. Für die Strafverfolgungsstatistik (StVStat) werden zwar die Abgeurteilten mit Untersuchungshaft erfasst, nicht aber die – mutmaßlich kleine – Zahl von

Untersuchungsgefangenen, die überhaupt nicht angeklagt wurden. Das bedeutet, es fehlen Nachweise über Untersuchungsgefangene bei denen das Verfahren gemäß §§ 170 II, 153 ff. StPO § 45 Jugendgerichtsgesetz (JGG) vor Eröffnung des Hauptverfahrens eingestellt wurde. Nicht erfasst sind ferner Haftandrohungen, die nach Rechtskraft der das Verfahren abschließenden Entscheidung ergehen, also insbesondere Fälle des Sicherungshaftbefehls nach § 453c StPO (Heinz 2003).

Im Jahr 2006 gab es laut der Strafverfolgungsstatistik (StVStat) insgesamt 24.352 Straftaten bei Personen mit Untersuchungshaft im früheren Bundesgebiet einschließlich Gesamt-Berlin, davon waren 22.547 durch Männer begangen. Die Dauer der Untersuchungshaft war bei 25% länger als 6 Monate (Statistisches Bundesamt). Für die neuen Länder liegen keine flächendeckenden Angaben vor.

Zur zeitlichen Begrenzung der Untersuchungshaft gilt gemäß § 121(1) StPO : Solange kein Urteil ergangen ist (...) darf der Vollzug der Untersuchungshaft wegen derselben Tat über sechs Monate hinaus nur aufrecht erhalten werden, wenn die besondere Schwierigkeit oder der besondere Umfang der Ermittlungen oder ein anderer wichtiger Grund das Urteil noch nicht zulassen und die Fortdauer der Haft rechtfertigen.

Nach Ablauf der sechs Monate ist der Haftbefehl aufzuheben, wenn nicht der Haftbefehl nach § 116 StPO ausgesetzt wird oder das Oberlandesgericht die Fortdauer der Untersuchungshaft anordnet.

In der Strafvollzugsstatistik (StVollz-Statistik) wird zwar die Zahl der Untersuchungshäftlinge zu den Stichtagen 31. März, 31. August und 30.

November eines jeden Jahres erfasst, doch ist die - bedingt durch die Erfassung nur zum Stichtag – Anzahl der Untersuchungsgefangenen systematisch untererfasst. Am 30. November 2008 saßen in der Bundesrepublik Deutschland 11.577 Untersuchungshäftlinge ein, davon allein 1.441 in Baden-Württemberg. Darunter waren deutschlandweit die Altersgruppen von 14 bis unter 18 Jahre mit 496 Personen und die 18 bis unter 21jährigen mit 1.166 Personen vertreten.

1.3 Psychische Erkrankungen bei Gefangenen

Schätzungen für amerikanische Gefängnisse gehen davon aus, dass 6 bis 15 % der Gefangenen und der auf Bewährung Freigelassenen ernsthaft psychiatrisch erkrankt sind. Geht man von 8 % psychisch Kranken in der Strafverfolgung aus, so ergibt sich für die Vereinigten Staaten von Amerika insgesamt eine Zahl von 162.822 Personen. Dies ist das Doppelte gegenüber Kranken in staatlichen psychiatrischen Krankenhäusern der USA (Torrey 1995).

Ein Gesundheitsbeamter einer kalifornischen Gefängnisses meinte dazu: “The bad and the mad don’t mix.“

Obwohl Zahlen aus den USA sicher nicht eins zu eins auf europäische Justizsysteme zu übertragen sind, stimmen obige Berechnungen nachdenklich.

Auch international wird ein Anstieg psychisch kranker Haftinsassen verzeichnet. Eine Folge der Zunahme an psychischen Erkrankungen in

Haftanstalten scheint der ebenfalls länderübergreifende Anstieg von Suizidraten in Hafteinrichtungen zu sein (Matschnig 2006).

Denkbar ist, dass eine Straftat im Rahmen einer psychischen Erkrankung begangen wird.

Bisher sind jedoch keine klaren Evidenzen vorhanden, die die Hypothese unterstützen, dass psychische Störungen (ohne komorbide Suchterkrankung) generell zu einem signifikanten Risikozuwachs für Gewalttaten und Kriminalität führen (Arboleda-Flórez et al. 1996).

Die Gesamtheit psychisch Kranker ist gemäß Böker et Häfner (1973) nicht gefährlicher als die Allgemeinbevölkerung. Ausnahmen sind Patienten mit imperativen Stimmen und paranoiden Symptomen. Schizophrene haben ein stark erhöhtes Risiko, ein Tötungsdelikt zu begehen (Hodgins 2006). Bei schizophrenen Patienten mit zusätzlichem Substanzmissbrauch, komorbider Persönlichkeitsstörung, fehlende Behandlung und sozialer Desintegration erhöht sich das Gewaltisiko entscheidend (Haller et al. 2004).

Auch vorstellbar ist ein Zusammenhang zwischen Täter und seiner Tat aufgrund von einer Persönlichkeitsstörung (Rauchfleisch 1999). Insbesondere ist hier die dissoziale Persönlichkeitsstörung zu nennen, deren Diagnosekriterium gemäß ICD-10 u.a. die Missachtung von Normen und Regeln und die Unfähigkeit aus Bestrafung zu lernen ist. Für die dissoziale Persönlichkeitsstörung soll eine deutlich erhöhte Wahrscheinlichkeit für gewalttätiges Verhalten vorliegen (Angermeyer et Schulze 1998).

Psychiatrische Erkrankungen könne aber auch erst als Reaktion auf die Lebensumstände vor Inhaftierung, auf die Straftat oder die Inhaftierung selbst

entstehen. Etwa 15 % der Untersuchungsgefangenen entwickeln unter Haft eine neue psychische Störung (Andersen 2004).

Die Bandbreite der psychiatrischen Diagnosen reicht also von akuten Störungen (Deprivation) bis zu schweren überdauernden Erkrankungen, die schon geraume Zeit vor Straftat und Inhaftierung bestanden (Importation).

Psychisch Kranke in Gefängnissen sollen von Mithäftlingen häufig misshandelt und missbraucht werden. Als ein weiteres Problem gilt, dass psychisch kranke Häftlinge häufig nicht fähig sind, sich an die Gefängnisregeln und Anweisungen zu halten (Torrey et al. 1992).

Mehrere Studien haben sich mit der Prävalenz psychischer Störungen unter Gefangenen beschäftigt:

Zur Häufigkeit psychischer Erkrankungen liefert Fazel et Danesh (2002) eine sehr aktuelle Übersicht. In einer systematischen Meta-Analyse werteten die Autoren 62 Studien aus 12 westlichen Ländern aus, die 22.790 Gefangene zum Gegenstand hatten. Die Studien kamen aus folgenden Ländern: Australien, Dänemark, Finnland, Großbritannien, Irland, Kanada, Neuseeland, Niederlande, Norwegen, Schweden, Spanien und den USA. Sämtliche Studien hatten mit unausgewählten Gefängnispopulationen gearbeitet, wobei Frauen und Männer separat erfasst wurden. Es wurden 3 Diagnosegruppen gebildet: psychotische Störungen, schwere depressive Störungen und Persönlichkeitsstörungen.

Die Ergebnisse nun kurz zusammengefasst: 3,7 % der Männer und 4 % der Frauen litten an psychotischen Störungen, 10 % der Männer und 12 % der Frauen hatten eine schwere depressive Störung und 65 % bzw. 42 % wiesen eine Persönlichkeitsstörung auf. 47 % der männlichen und 21 % der weiblichen Gefangenen litten an einer dissozialen Persönlichkeitsstörung. Leider wurden Abhängigkeitserkrankungen nicht miterfasst.

In einer anderen Erhebung wurden über 20 Monate hinweg 60 Krankenakten der Justizvollzugsanstalt Rottenburg (Baden-Württemberg) ausgewertet. Alle untersuchten 60 Insassen, die in diesem Zeitraum dem Konsiliarpsychiater vorgestellt worden sind, hatten zumindest eine psychiatrische Diagnose. 33 Häftlinge hatten eine positive Suchtanamnese, bei 19 wurde als Hauptdiagnose eine psychotische Erkrankung gefunden, eine rein affektive Störung wurde nicht diagnostiziert. In 13 Fällen wurde als Hauptdiagnose eine Störung aus dem neurotischen Formenkreis gestellt. Persönlichkeits- oder Verhaltensstörungen bestanden in 7 Fällen. Ein Häftling zeigte als Nebendiagnose eine Entwicklungsstörung (persistierende Störung aller schulischen Fertigkeiten). Häufig bestanden zeitgleich mehrere psychische Störungen. Süchtige Häftlinge zeigten häufiger depressive Syndrome als Nichtsüchtige. Psychotische Häftlinge hatten dagegen seltener depressive, ängstliche oder somatoforme Kognitionen. Insassen mit Persönlichkeitsstörung als Hauptdiagnose zeigten seltener ängstliche Kognitionen und häufiger neurotische Symptome als Nichtpersönlichkeitsgestörte (Schäfer et al. 2004). In einer deutschen Studie mit 63 Frauen und 76 Männern wurde bezüglich der Prävalenz psychischer Störungen von Schönfeld et al. (2006) für den

geschlossenen Vollzug festgestellt, dass fachspezifischer Behandlungsbedarf bei 83,4 % der Untersuchten bestand. Die Stichtagserhebung zum 01.05.2002 zeigte, dass 88,2 % der Untersuchten mindestens eine aktuelle Achse-I-Störung und/oder Achse-II-Störung aufwiesen. Die Komorbidität war mit 3,5 \pm 2,7 Diagnosen pro Fall hoch.

Anhand 928 Untersuchungshäftlingen, Strafhäftlingen und Sicherheitsverwahrten aus sechs mittleren und großen Gefängnissen Norwegens wurde eine repräsentative Erhebung durchgeführt. Beschrieben wurden nicht-pharmakologische Interventionen des psychiatrischen Gesundheitsservice (PHS) bei psychischen Störungen.

Der psychiatrische Gesundheitsservice in norwegischen Gefängnissen führt in der ersten Haftwoche an allen neuen Gefangenen ein Screening auf somatische oder psychische Erkrankungen durch. Insgesamt wurde bei 25 % der Insassen eine Art der psychologischen oder psychiatrischen Intervention eingeleitet, vornehmlich individuelle Psychotherapie. Zusätzliche pharmakologische Therapie erhielten 52 % der psychisch Erkrankten. Die Inanspruchnahme von Sitzungen waren bei Strafhäftlingen und Sicherungsverwahrten beinahe gleich, nämlich 22 und 25 Sitzungen pro Woche auf 100 Häftlinge. Untersuchungshäftlinge nutzen das PHS weniger (14 Sitzungen wöchentlich auf 100 U-Häftlinge).

Diese Studie zeigt deutlich auf, wie häufig Behandlungsindikationen für psychische Störungen von zuständigen Gesundheitsdiensten gestellt werden können (Kjelsberg et al. 2006).

Die höchsten Morbiditätsraten an psychischen Erkrankungen weisen Untersuchungshäftlinge und weibliche Gefangene auf. Auch die Rate von multiplen Störungen war unter Untersuchungshäftlingen am höchsten (Birmingham 2004).

Einige Studien haben sich speziell mit der Prävalenz psychischer Störungen unter Untersuchungshäftlingen beschäftigt:

Von Brooke et al. (1996) wurden unter 750 männlichen, unverurteilten Häftlingen in England und Wales eine psychiatrische Diagnoserate von 63 % gestellt. Angeführt von Substanzmissbrauch unter 38 %, folgten Neurosen unter 26 %, Persönlichkeitsstörungen unter 11 % und Psychosen unter 5 % der Gefangenen. Bei 55 % der Häftlinge wurde eine sofortige Behandlung als erforderlich angesehen.

In einer britischen Studie bestand bei 26 % der männlichen Untersuchungshäftlinge eine oder mehrere psychische Störungen (Substanzmissbrauch ausgeklammert). Davon war ein erheblicher Teil psychotisch, nämlich 24 von 148 Häftlingen (Birmingham 1996). Jedoch wurden von den Psychotikern beim Aufnahmescreening des Gefängnisses nur 6 Männer als erkrankt erkannt.

Davidson et al. (1995) zeigte an Hand von Untersuchungsgefangenen in Schottland, dass nicht so sehr die schweren psychischen Störungen im Vordergrund stehen, als vielmehr die mittelgradig bis leichten psychischen Erkrankungen in der Mehrzahl vorliegen. Ein hoher Anteil der Häftlinge berichtete über einen Drogenmissbrauch.

In einer dänischen Studie zeigte Andersen et al. (1996), dass 64 % der Untersuchungshäftlinge bei der Eingangsuntersuchung an einer psychiatrischen Erkrankung nach ICD-10 (inklusive Abhängigkeits-erkrankungen) litten. Die Lebenszeit-Prävalenz wurde auf 71 % geschätzt. In einer aktuelleren Untersuchung fand Andersen (2004) heraus, dass 15 % der Untersuchungshäftlinge unter gewöhnlichen Haftbedingungen eine neue diagnostizierbare Störung entwickeln, unter Einzelhaftbedingungen sogar 28 %. Die Erkrankungen entwickelten sich überwiegend zu einem frühen Haftzeitpunkt. Andersen erklärte dies damit, dass nach einer gewissen Haftdauer Coping-Strategien erlernt werden, die dem Stress der Inhaftierung entgegenwirken.

In einer Dissertation von Utting (2002) wurden 108 deutsche Untersuchungshäftlinge mit einem DIA-X-Interview (standardisiertes Interview) untersucht. Die ermittelte Lebenszeitprävalenz für eine psychische Erkrankung lag bei 73,8 %. Am häufigsten wurden affektive Störungen mit 55,5 %, Alkoholabhängigkeit mit 43 %, Angststörungen mit 28 %, Drogenabhängigkeit mit 24,3 % und die rezidivierende Major Depression mit 24,3 % gefunden. Die Prävalenzzahlen für die Major Depression (einzelne Episoden) beliefen sich auf 15,9 %, dysthyme Störungen auf 5,6 %, posttraumatische Belastungsstörungen auf 3,7 % und psychotische Störungen aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors auf 5,6 %.

Die Studienlage spricht deutlich dafür, dass insbesondere die Untersuchungshaft eine starke psychische Belastungssituation für den Einzelnen darstellt. In dem Belastungsmodell der Lebenskrisen von Holmes

und Rahe (1967) werden die *critical life events* aufgelistet. Nach dem Tod des Partners, der Scheidung bzw. ehelichen Trennung steht auf der Stressleiter die Gefängnisstrafe auf einer Stufe mit dem Tod eines nahen Familienmitglieds.

Die formalen Bedingungen des Vollzugs sind Bewegungs- und Reizarmut, Fremdbestimmung, Monotonie und Unterforderung. Als erschwerender Faktor lässt sich die Isolation anführen. Der Gefangenen wird durch die Inhaftierung schlagartig aus seinem bisherigen Alltag und sozialem Umfeld herausgerissen. Besuch darf der Inhaftierte nur mit richterlicher Zustimmung empfangen und die Besuche werden in der Regel überwacht. In der U-Haftvollzugsordnung (UVollzO) wird zur Besuchserlaubnis (Nr. 24) und Häufigkeit der Besuche (Nr. 25) gesagt, dass in der Regel mindestens alle zwei Wochen ein Besuch zugelassen wird von gewöhnlich 30 Minuten Dauer.

Die totale Institution Gefängnis muss als überwiegend ressourcenverringern begriffen werden und kann zu Symptomen wie Interessenverlust, Mutlosigkeit, Lethargie und Depression führen (Stöver et al. 2002).

Die psychische Belastung wird ersichtlich an der hohen Suizidrate von Gefangenen. Internationale Studien belegen, dass Suizide eine häufige Todesursache in Gefängnissen darstellen, die um ein vielfaches die Suizidrate der Allgemeinbevölkerung übersteigt (Dooley 1990). O`Driscoll et al. (2007) fanden für Gefängnisse in Wales heraus, dass von 1995-2005 Suizid der häufigste Todesgrund hinter Gefängnismauern darstellte.

In einer Arbeit für den deutschsprachigen Raum wiesen Untersuchungshäftlinge die höchste Suizidrate (231/100.000) von allen Gefangenen auf. Dies entsprach dem 8fachen der Rate der

Gesamtbevölkerung Österreichs. Aber auch in der Gruppe der Strafgefangenen war die Selbstmordrate auf 80,3/100.000 erhöht, was dem Doppelten der Rate der männlichen Bevölkerung Österreichs entsprach (Frühwald et al. 2000).

Ebenfalls wurde in einer britischen Studie eine Suizidrate bei männlichen Strafgefangenen nachgewiesen, die das 5fache der männlichen Allgemeinbevölkerung betrug (Fazel et al. 2005). Für Finnland betrug die Suizidrate unter männlichen Gefangenen für 1969-1992 das 3fache gegenüber der männlichen Allgemeinbevölkerung (Joukamaa 1997).

In verschiedenen Studien wurden Suizide während der Anfangszeit der Haft näher beleuchtet. Der Anteil von Suiziden, die sich innerhalb der ersten 3 Monaten nach Haftbeginn ereignen, divergieren stark in den unterschiedlichen Erhebung: von 34,3 % (Frühwald 2000) über 51,2 % (Dooley 1990), 83,8 % (DuRand et al. 1995) bis 100 % (Marcus et. Alcabes 1993). Doch es wird durchweg ersichtlich, dass die ersten Monate nach Inhaftierung mit erhöhtem Suizidrisiko behaftet sind. In einer aktuellen Studie, die in der JVA Berlin-Moabit durchgeführt worden ist, ging man der Frage der Suizidgefährdung in Untersuchungshaft nach. Dabei zeigte sich, dass es zweckmäßig ist eine akute von einer langfristigen potenziellen Suizidalität zu unterscheiden. Für die Beurteilung der Letzteren zeigten sich Screeningverfahren zur objektiven Begründung geeignet, insbesondere um Risikoprofile herauszuarbeiten. Dagegen lässt sich eine akute Suizidalität besser intuitiv-klinisch erfassen (Missoni et Konrad 2008).

In einer anderen britischen Gefängnis-Studie von Shaw et al. (2004) waren 49 % der Suizidenten Untersuchungshäftlinge. Sloane (1973) geht bezüglich

selbstschädigendem Verhalten und Suizidversuchen von einer Rate von 3,2 % unter Untersuchungshäftlingen gegenüber nur 1,4 % unter Strafhäftlingen aus. Er unterscheidet ferner 3 verschiedene Typen der Suizidversuche: depressiv motivierte, manipulativ motivierte, die zu jedem Zeitpunkt der Haft, aber besonders zu Beginn stattfinden würden und zum Dritten anomische Suizide bedingt durch fehlende Orientierung an gesellschaftlichen Normen und Werten, die nach Monaten oder Jahren auftreten würden.

Für die U-Haft insbesondere gilt, dass das Suizidrisiko ansteigt, wenn die Dauer der U-Haft überdurchschnittlich lange dauert (Frühwald et al. 2000).

Als weitere Risikofaktoren für Suizide werden Alkohol- oder Drogenkonsum, Selbstmordversuche, psychiatrische Erkrankungen in der Vorgeschichte aber auch akute oder chronische Stressoren angegeben (Kovaszny et al. 2004; He et al. 2001).

Lekka et al. (2006) fand heraus, dass Suizidgedanken bei Inhaftierten signifikant häufiger auftreten, wenn über einen psychiatrischen Krankenhausaufenthalt oder über selbstverletzendes Verhalten in der Vorgeschichte berichtet werden kann. Bei He et al. (2001) stellten 60 % der Selbstmörder Personen dar, die eine psychiatrische Vorgeschichte hatten. In der finnischen Studie hatten mehr als 50 % der Suizidenten psychiatrische Krankheitsbilder, von denen die Hälfte in der Woche vor ihrem Selbstmord den psychiatrischen Gefängnisdienst konsultiert hatte (Joukamaa 1997).

In einer amerikanischen Gefängnisstudie hatten 52 % der Suizidenten eine psychiatrische Diagnose und 46 % in ihrer Vorgeschichte psychiatrische Behandlung (Marcus et Alcibes 1993). Shaw et al. (2004) fanden in einer britischen Erhebung heraus, dass 72 % der Selbstmörder eine psychiatrische

Vorgeschichte hatten, wobei die häufigste Primärdiagnose Drogenabhängigkeit lautete.

Die hohe Häufigkeit von Abhängigkeitserkrankungen wird in zahlreichen Studien belegt. Lukasiewics et al. (2007) zeigte in einer französischen Studie, dass mehr als ein Drittel der Gefangenen entweder an Alkohol- oder Drogenmissbrauch/-abhängigkeit litten. In einer Studie von Krausz et al. (1998) wurde mindestens eine zusätzliche psychiatrische Störung gemäß ICD-10 bei Opioid-Abhängigen gestellt. In einer Meta-Analyse von 16 Studien belief sich die Lebenszeitprävalenz einer komorbiden psychiatrischen Erkrankung bei Opiodabhängigkeit auf mindestens 78% (Frei et Rehm 2002). Andersen et al. (1996) fand heraus, dass abhängige Häftlinge häufiger an affektiven oder Angststörungen erkranken. Hinsichtlich dieser Datenlage erhärtet sich die Annahme, dass in Haft psychiatrische Erkrankungen gegenüber der Allgemeinbevölkerung deutlich erhöht sind.

1.4 Psychische Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung

Der Bundesgesundheits surveys 1998 – Zusatzsurvey „Psychische Störungen“ ergab eine 12-Monats-Prävalenz einer oder mehrerer psychischer Störungen von 32,1 % der erwachsenen Wohnbevölkerung im Alter von 18 bis 65 Jahren. Die Behandlungsquote belief sich in der Gesamtstichprobe auf 36,4 %. Dies bedeutet, dass nur etwa jeder dritte Erkrankte Kontakt zu ärztlichen oder psychotherapeutischen Diensten hatte. Wobei die tatsächliche Behandlungsquote mit adäquater Art, Dauer und Häufigkeit noch deutlich

niedriger sein dürfte. Trotz dem uneingeschränkten Zugang zu ärztlichen und psychotherapeutischen Einrichtungen, weisen die Befunde des Bundesgesundheits surveys auf eine erhebliche Unterversorgung im Bereich der psychischen Störungen hin (Wittchen et Jacobi 2001).

Es zeigte sich, dass Frauen mit Ausnahme der Suchterkrankungen bei den meisten psychischen Erkrankungen deutlich häufiger betroffen sind als Männer. Die Gesamtprävalenz psychischer Störungen war trotz diagnosenspezifischer Prävalenzunterschiede hinsichtlich des Alters in allen Altersgruppen gleich hoch.

Im Querschnittsbefund zeigte sich, dass somatoforme Störungen (11 %), unter den Angststörungen die phobischen Störungen (7,6 %), unter den affektiven Störungen die einzelne oder rezidivierende „Major-Depression“ (8,3 %) sowie unter den Substanzstörungen die alkoholbedingte Störung (6,2 %) die häufigsten Störungen darstellen. Psychotische Störungen wurden bei 2,6 %, drogenbedingte Störungen bei 1 % diagnostiziert.

48 % der Betroffenen gaben an, an zwei oder mehr psychischen Störungen zu leiden, so dass die Komorbiditätsrate beträchtlich ausfiel.

Daten zur Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung lieferte auch die TACOS-Studie anhand von 4.075 Personen im Alter von 18 bis 64 Jahren (Meyer et al. 2000). Hier wurden Prävalenzen im persönlichen Interview anhand einer Einwohnermeldeamtstichprobe einer norddeutschen Region ermittelt. Störungen durch Konsum psychotroper Substanzen stellten mit einer Lebenszeitprävalenz von 25,8 % die häufigste Diagnosegruppe dar, gefolgt

von Angststörungen (15,1 %), somatoformen Störungen (12,9 %), affektiven Störungen (12,3 %) und Essstörungen (0,7 %). Männer waren häufiger von Substanzmissbrauch und -abhängigkeit betroffen, Frauen eher von nicht-substanzbezogenen Störungen. 42 % der Probanden mit einer Lebenszeitdiagnose erfüllten Kriterien mindestens einer weiteren Störung.

Die Daten einer deutschen, 5jährigen Follow-up-Studie zeigten, dass 55 % der Opiatabhängigen mindestens eine weitere nach ICD-10 diagnostizierbare psychische Störung aufgewiesen hatten (Krausz et al. 1998). Die Lebenszeitprävalenz-Rate für eine psychische Störung war um das Doppelte bis 3fache gegenüber der deutschen Allgemeinbevölkerung erhöht.

1.5 Versorgungssituation psychisch kranker Inhaftierter

Es muss hier die stationäre von der ambulanten Behandlung psychisch kranker Gefangener unterschieden werden. Die Versorgung ist in den verschiedenen Bundesländern und regional sehr verschieden, beispielsweise durch Zusammenarbeit mit der Allgemeinpsychiatrie oder dem Maßregelvollzug (Missoni et Konrad 1998).

Nur fünf deutsche Bundesländer, nämlich Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Sachsen und Nordrhein-Westfalen besitzen psychiatrische Kliniken innerhalb des Justizvollzugs (Konrad 2002, Schöch 2008). Grundsätzlich lässt sich sagen, dass die Allgemeinpsychiatrie gegenüber der Justizvollzugspsychiatrie über ein adäquateres Therapieangebot, eine bessere personelle Ausstattung

und einen höheren Ausbildungsstandard des Personals verfügt (Konrad et Missoni 2001).

In zahlreichen Justizvollzugsanstalten, insbesondere in Ländern ohne vollzugseigene psychiatrische Abteilungen, werden externe Psychiater einbezogen. Rechtlich ist ärztliche Versorgung nach § 158 (1) Strafvollzugsgesetz (StVollzG) aus besonderen Gründen auch an nebenamtliche oder vertraglich verpflichteten Ärzte übertragbar (Schöch 2008).

Auf europäischer Ebene liegen keine ausreichenden epidemiologischen Zahlen bezüglich Diagnosen und Behandlungen von psychischen Störungen unter Gefangenen vor (Salize et Dressing 2008). Es existieren keine aktuellen Daten, die eine angemessene Versorgungsplanung im Hinblick auf die Bedürfnisse psychisch kranker Inhaftierter ermöglichen würden (Konrad 2003). Über die gesundheitliche Lage von Häftlingen in Deutschland liegen keine zusammenfassenden Erkenntnisse, allenfalls Informationen über Teilbereiche vor. Im Strafvollzug mangelt es an systematischer Forschung und Dokumentation zur gesundheitlichen Lage der Gefangenen mit der eine Planungssicherheit von Gesundheitsversorgung möglich wäre (Stöver 2002).

Für die körperliche und geistige Gesundheit des Gefangenen ist zu sorgen, auch hat der Gefangene Anspruch auf Krankenbehandlung (§§ 56, 58 StVollzG). Grundsätzlich verantwortlich für die medizinische Versorgung des Gefangenen ist somit der Justizvollzug. Für die Gesundheit und medizinische Versorgung im Justizvollzug ist der Anstaltsarzt verantwortlich, der Anstaltsleiter ist ihm fachlich nicht weisungsbefugt (Keppler 2005). Da die

meisten Anstaltsärzte Allgemeinmediziner oder Internisten sind, kann laut Schöch (2008) angenommen werden, dass sich die Behandlung psychischer Erkrankungen vornehmlich auf Psychopharmaka-Gabe beschränkt.

Der § 65 StVollzG führt aus, dass ein kranker Gefangener für eine bessere Behandlung in eine andere Vollzugsanstalt, ein Anstaltskrankenhaus oder sogar ein Krankenhaus außerhalb des Vollzugs zu bringen ist.

In der Mehrzahl der europäischen Staaten wird in der Regel die Versorgung durch medizinische Gefängnisdienste und allgemeinspsychiatrische Einrichtungen geleistet. Jedoch ist deren Versorgungsanteil nirgendwo beziffert (Salize et Dressing 2008).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) formuliert das Äquivalenzprinzip, nachdem die medizinische Versorgung intra- und extramural miteinander vergleichbar sein muss: „Alle Gefangenen haben ein Recht auf Gesundheitsfürsorge, einschließlich vorbeugender Maßnahmen, das derjenigen in der Allgemeinbevölkerung entspricht (...).“ (WHO 1993). Auch im § 61 StVollzG wird im Hinblick auf die Art und den Umfang der Leistungen in der Gesundheitsfürsorge auf die entsprechenden Vorschriften des Sozialgesetzbuches verwiesen. Obwohl im § 63 (Ärztliche Behandlung zur sozialen Eingliederung) nur körperliche Mängel genannt werden, können hierunter durchaus auch psychische Einschränkungen subsummiert werden, die ggf. psychotherapeutisch oder pharmakologisch beeinflussbar sind.

Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation psychisch Kranker im Justizvollzugskrankenhaus Hohenasperg in Baden-Württemberg zeigten für

das erste Halbjahr 2004, dass die meisten Patienten aus der JVA Stuttgart, der größten Untersuchungshaftanstalt des Landes kommen. Der hohe Anteil an U-Häftlingen unterstreicht die Pathogenität der U-Haft (Bisson 2005). Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen waren mit 29,5 % führende Diagnose, gefolgt von psychischen Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen mit 15,2 % und Schizophrenien mit ebenfalls 15,2 %.

Konrad et Missoni (2001) erhoben Daten zur Häufigkeit und Rahmenbedingungen der stationären und ambulanten Versorgung psychisch gestörter Gefangener in allgemeinspsychiatrischen Einrichtungen. Eine Befragung der Chefärzte psychiatrischer Kliniken und Abteilungen sowie der leitenden Anstaltsärzte der Justizvollzugsanstalten der Länder Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz ergab eine auffallend geringe Inanspruchnahme der stationären Behandlung von Gefangenen in allgemeinspsychiatrischen Einrichtungen. Im Jahr 1997 war bezogen auf die Gesamtzahl der Häftlinge eine stationär-psychiatrische Behandlung bei 0,1 bis maximal 2,3 % erfolgt. Von 106 psychiatrischen Einrichtungen führten 6 regelmäßig, 23 gelegentlich und 70 Kliniken gar keine stationäre Behandlung an Gefangenen durch. Ambulante Behandlung wurde von 5 Einrichtungen regelmäßig, von 20 gelegentlich, selten oder im Notfall und von 70 Kliniken gar nicht angeboten. Als Hintergrund für die geringe stationäre und ambulante Versorgung an allgemeinspsychiatrischen Kliniken werden von den Autoren Hindernisse, die mit dem Gefangenenstatus verbunden sind wie organisatorische Schwierigkeiten und Sicherheitsbedenken sowie Vorbehalte gegenüber diesen „Problempatienten“ diskutiert.

Eine Arbeit von Priebe et al. (2005) beschäftigte sich mit der Reinstitutionalisierung psychiatrischer Gesundheitsdienste von sechs europäischen Ländern. Verglichen wurden Daten aus England, Deutschland, Italien, den Niederlanden, Spanien und Schweden. Deutschlands Gefängnispopulation wuchs von 71/100.000 im Jahre 1992 auf 98/100.000 Einwohner im Jahr 2003. Dies war ein Zuwachs von 38 % in 11 Jahren. Auch in den anderen Staaten war eine Zunahme der Gefangenen verzeichnet worden, in den Niederlanden von 1992 bis 2002 sogar um 104 %.

Die Anzahl psychiatrischer Betten wurde in Deutschland zwischen 1990 und 2000 zwar um 10 % abgebaut, jedoch wurde das Wohnplatzangebot von betreuten Wohneinrichtungen zwischen 1990 und 1996 um mehr als 100 % aufgestockt. Die forensische Bettenzahl wurde in Deutschland zwischen 1990 und 2002 um 70 % erhöht, was dem Trend der anderen europäischen Länder entsprach. In Deutschland hielt sich der Abbau an konventionellen, psychiatrischen Betten und der Anstieg an betreuten Wohnplätzen und forensischen Betten etwa die Waage. Das bedeutet es hat eine Umverteilung der psychiatrischen, institutionalisierten Angebote in Deutschland stattgefunden.

Witzel et al. (2004) publizierte eine jahresdurchschnittliche ambulante psychiatrische Behandlungsbedürftigkeit von 9,2 % der untergebrachten Häftlinge. Etwa 17.500 ambulante psychiatrische Behandlungen halten die Autoren pro Jahr allein in Nordrhein-Westfalen für erforderlich. Jährlich werden in Nordrhein-Westfalen allerdings weniger als 5.000 ambulante psychiatrische

Behandlungen vorgenommen, so dass die Autoren von einer dramatischen Unterversorgung sprechen.

Positive Behandlungsergebnisse ließen sich durch eine Studie über stationäre Akutbehandlung psychisch kranker Straftäter in einer als Modellprojekt speziell eingerichteten psychiatrischen Behandlungsabteilung in der JVA Werl (Nordrhein-Westfalen) finden. Die Studie zeigte einen hohen Bedarf stationärer fachpsychiatrischer Behandlung von Häftlingen zur Vermeidung protrahierter Krankheitsverläufe (Witzel et Gubka 2002). Die Autoren fordern, dass Anstaltsärzte zur Sicherstellung einer adäquaten psychiatrischen Versorgung von Häftlingen in dafür speziell eingerichteten Behandlungsstationen kurzfristig um Aufnahme und Therapie nachfragen können.

Schäfer et al. (2004) untersuchten den Bedarf von 60 Insassen an psychiatrischer Mitbetreuung in einer baden-württembergischen Justizvollzugsanstalt. Der Beobachtungszeitraum über die psychiatrische Konsiliartätigkeit in der Justizvollzugsanstalt Rottenburg war von Mai 2000 bis Januar 2002. Die Ergebnisse belegen einen hohen Bedarf an psychiatrischer Behandlung von Gefangenen. Von den Häftlingen waren bereits 20 Insassen im Justizvollzugskrankenhaus Hohenasperg vorbehandelt worden. Auf Veranlassung des Konsiliararztes wurden 5 Gefangene ins Vollzugskrankenhaus verlegt. Bei 13 Häftlingen war keine Psychopharmakagabe erforderlich. In 41 Fällen wurde eine Medikation angesetzt oder fortgeführt, wobei in 6 Fällen die angebotene Medikation vom Häftling abgelehnt wurde. Aufgrund positiver Behandlungsverläufe, die in 26,7 % eine objektive Besserung ergaben, nehmen die Autoren an, dass auch in

einem konsiliarischen Rahmen sinnvolle psychiatrische Therapie durchgeführt werden kann.

In einer quasiexperimentellen angelegten Kontrollgruppenstudie von Dahle et al. (2003) wurde das Rückfallrisiko nach psychotherapeutischer bzw. ohne psychotherapeutische Behandlung erfasst. Dabei zeigten Straftäter, die in der Psychotherapeutischen Beratungs- und Behandlungsstelle der JVA Tegel (Berlin) über mindestens 20 Stunden behandelt worden sind, nach durchschnittlich vier Jahren nach Haftentlassung eine deutlich geringere Rückfallbelastung als die unbehandelte Vergleichsgruppe.

Abstinenzorientierte Interventionsmodelle für drogenabhängige Häftlinge sind europaweit kaum evaluiert. In der Untersuchungshaft- und Vollzugsanstalt Vierlande in Hamburg wird seit 1990 ein Abstinenz-Erprobungsprogramm durchgeführt. Der Abstinenz-erprobungserfolg bestätigte sich als Prädiktor für eine bessere Kriminalprognose. Frühabbrecher des Programms zeigten dagegen eine besonders hohe Kriminalitätsbelastung mit nahezu 100 % Rückfällen im Follow-up (Heinemann et al. 2002).

Vom Strafvollzug sind der Maßregelvollzug und die Sicherungsverwahrung abzugrenzen. Die Feststellung über die Vollzugsform trifft das Gericht in der Hauptverhandlung.

Im dritten Abschnitt des Strafgesetzbuches (StGB) sind die Rechtsfolgen der Tat geregelt, u.a. die Maßregeln der Besserung und Sicherung. Diese umfassen als freiheitsentziehende Maßregeln sowohl die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus, die Unterbringung in einer

Entziehungsanstalt als auch die Unterbringung in der Sicherungsverwahrung. Voraussetzung für sämtliche freiheitsentziehenden Maßregeln ist die negative Gefährlichkeitsprognose.

In Deutschland werden psychisch kranke Rechtsbrecher durch Gerichtsurteil nach den §§ 63 und 64 StGB im Maßregelvollzug (psychiatrisches Krankenhaus und Entziehungsanstalt) untergebracht. Im Jahr 2007 (Stichtag 31.12.) hielten sich im deutschen Maßregelvollzug des früheren Bundesgebietes einschließlich Berlin aufgrund strafrichterlicher Anordnung 9.453 Untergebrachte auf, davon in Baden-Württemberg 903. Es ist anzunehmen dass sich davon ein erheblicher Anteil vor der Hauptverhandlung in Untersuchungshaftanstalten befunden hat. Eine Verlegung psychisch gestörter Straftäter aus dem Strafvollzug in den Maßregelvollzug erscheint einerseits sinnvoll, andererseits ist sie nicht unumstritten, denn sie ist weder im Strafgesetzbuch noch im Strafvollzugsgesetz vorgesehen (Schöch 2008).

Der § 63 StGB regelt die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus: Hat jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit (§ 20) oder der verminderten Schuldfähigkeit (§ 21) begangen, so ordnet das Gericht die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus an, wenn die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Tat ergibt, dass von ihm infolge seines Zustands erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist. Es liegt also ein Zusammenhang zwischen Delikt und psychischer Störung vor. Ob die Voraussetzungen für die §§ 20 oder 21 erfüllt sind, wird ggf. unter Hinzuziehung von ärztlichen Sachverständigengutachten entschieden. So

heißt es in § 20 StGB: Ohne Schuld handelt, wer bei Begehung der Tat wegen einer krankhaften seelischen Störung, wegen einer tiefgreifenden Bewusstseinsstörung oder wegen Schwachsinn oder einer schweren anderen seelischen Abartigkeit unfähig ist, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln. Als Beispiel seien hier affektive Psychosen, Schizophrenien, Persönlichkeitsstörungen, Störungen der sexuellen Orientierung, organische Hirnschädigungen und Intelligenzminderungen genannt.

Vorraussetzung für die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt (§ 64 StGB) ist, dass die Gefahr infolge des Hanges besteht, dass erhebliche rechtswidrige Taten begangen werden. Die Anordnung unterbleibt, wenn eine Entziehungskur von vornherein aussichtslos erscheint. Die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt darf zwei Jahre nicht übersteigen (§ 67d StGB).

Davon abzugrenzen ist die Sicherungsverwahrung, bei der die Täter eine vorsätzliche Straftat begangen haben und damit schuldig sind.

Zur Unterbringung in der Sicherungsverwahrung heißt es im § 66: Wird jemand wegen einer vorsätzlichen Straftat zu Freiheitsstrafe von mindestens zwei Jahren verurteilt, so ordnet das Gericht neben der Strafe die Sicherungsverwahrung an, wenn 1. Der Täter wegen vorsätzlichen Straftaten (...) schon zweimal jeweils zu einer Freiheitsstrafe von mindestens einem Jahr verurteilt worden ist, 2. Er bereits eine Freiheitsstrafe von mindestens zwei Jahren verbüßt oder sich im Vollzug einer freiheitsentziehenden Maßregel der Besserung und Sicherung befunden hat und 3. Die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Tat ergibt, dass er infolge eines Hanges zu erheblichen

Straftaten, namentlich zu solchen, durch welche die Opfer seelisch oder körperlich schwer geschädigt werden oder schwerer wirtschaftlicher Schaden angerichtet wird, für die Allgemeinheit gefährlich ist. Die Unterbringung in der Sicherungsverwahrung ist grundsätzlich unbefristet. Sie kann auch nachträglich angeordnet werden (§ 66b StGB).

Das Gericht muss gemäß § 67e StGB prüfen, ob vor Ablauf bestimmter Fristen die weitere Vollstreckung der Unterbringung zur Bewährung auszusetzen oder für erledigt zu erklären ist. Die Fristen betragen für die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt sechs Monate, in einem psychiatrischen Krankenhaus ein Jahr und in der Sicherungsverwahrung zwei Jahre.

Im Jahr 2006 waren in den alten Bundesländern und Gesamt-Berlin insgesamt 2.628 Maßregeln der Besserung und Sicherung angeordnet worden. 796 Häftlinge wurden in einem psychiatrischen Krankenhaus, 1.602 Gefangene in einer Entziehungsanstalt und 83 Verurteilte in der Sicherungsverwahrung untergebracht.

Im Jahre 1970 waren in psychiatrischen Krankenhäusern und Entziehungsanstalten 4.401 Häftlinge untergebracht (früheres Bundesgebiet einschließlich Berlin-West). Bis zum Jahr 2008 (Stichtag 31.03.) war die Zahl (für das früheren Bundesgebiet inklusive Gesamt-Berlin) auf 8.943 Untergebrachte angestiegen. In einem psychiatrischen Krankenhaus befanden sich 6.287 und in einer Entziehungsanstalt 2.656 Untergebrachte. In Baden-Württemberg befanden sich 2008 (Stichtag 31.03.) im Maßregelvollzug 844 Häftlinge, davon 606 Personen in einer psychiatrischen Klinik und 238 in einer

Entziehungsanstalt. In Sicherungsverwahrung befanden sich 2008 (Stichtag 31.03.) deutschlandweit 448 Personen (Statistisches Bundesamt).

Akute Psychosen aus dem Spektrum der Schizophrenie, endogenen Depression, organischen Verwirrheitszustände führen nach der Legaldefinition des § 455 Strafprozessordnung (StPO), der von einem Verfall in „Geisteskrankheit“ spricht, zu Haftunfähigkeit. Die Voraussetzung für Haftunfähigkeit ist jedoch nur dann gegeben, wenn keine (angemessene) Behandlung möglich ist. Nach den europäischen Strafvollzugsgrundsätzen sollen Personen, bei denen eine Geisteskrankheit festgestellt wird, nicht in Haftanstalten des Strafvollzugs untergebracht werden.

Da dem Häftling im Gefängnis keine freie Arztwahl möglich ist, muss damit gerechnet werden, dass viele Häftlinge trotz starkem Leidensdruck aufgrund einer psychiatrischen Erkrankung den Gefängnisarzt nicht aufsuchen.

Im Unterschied zum extramural praktizierenden Arzt hat der im Vollzug tätige Arzt auch vollzugsorientierte Amtsträgertätigkeit. Dies spiegelt sich auch im Paragraph 182(2) StVollzG wieder: Der Arzt ist zur Offenbarung ihm im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsfürsorge bekannt gewordener Geheimnissen befugt, soweit dies für die Aufgabenerfüllung der Vollzugsbehörde unerlässlich (...) ist. Dieser Zwitterstellung des intramural praktizierenden Arztes wird sicherlich von vielen Häftlingen mit Misstrauen begegnet.

1.6 Außenstelle Tübingen der Justizvollzugsanstalt Rottenburg

Die Außenstelle Tübingen untersteht organisatorisch der Justizvollzugsanstalt Rottenburg und ist zuständig für den Landgerichtsbezirk Tübingen (Baden-Württemberg). Dazu gehören im Einzelnen die Amtsgerichte in Tübingen, Reutlingen, Urach, Münsingen und Rottenburg, das Landgericht in Tübingen und des weiteren eine Teilzuständigkeit für den Gerichtsbezirk Calw. Zum Teil werden aber auch Gefangene aus dem ganzen Bundesgebiet nach Tübingen überstellt, wenn diese im Rahmen von forensischen Gutachten untersucht werden müssen.

In der Außenstelle Tübingen wird Untersuchungshaft an männlichen Erwachsenen vollzogen.

In Tübingen sind etwa 70 Untersuchungshäftlinge untergebracht. Einzelzellen sind nur bedingt vorhanden, der größte Anteil der Hafträume ist mit zwei bis vier Insassen belegt. Durchschnittlich waren jährlich zwischen 2003 bis 2008 in der Außenstelle Tübingen knapp 400 Häftlingen untergebracht. Dies bedeutet, dass über den Erhebungszeitraum (60 Monate) insgesamt fast 2000 Häftlinge in Tübingen inhaftiert waren. So wurden dem Konsiliarpsychiater mit 200 Untersuchungshäftlingen ca. 10 % der Inhaftierten zugeführt.

Im Gegensatz zur Strafhafthaus muss in der Untersuchungshaft nicht gearbeitet werden, Besuche werden akustisch und optisch überwacht und der Postverkehr wird vom zuständigen Haftrichter oder Staatsanwalt kontrolliert.

Neben der JVA Rottenburg fällt auch die Außenstelle Tübingen in die Zuständigkeit der Ärzteschaft, die aus einem Medizinaldirektor und einer Ärztin besteht.

Das Justizvollzugskrankenhaus Hohenasperg ist das zentrale Krankenhaus für den Justizvollzug Baden-Württembergs und verfügt über die Abteilungen Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie, Innere Medizin und Chirurgie. Es entspricht einem Akutkrankenhaus der Regelversorgung. Im Jahr 2007 war es mit durchschnittlich 147 Gefangenen belegt.

1.7 Klassifikation psychischer Störungen

Die Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV teilen psychiatrische Erkrankungen im Wesentlichen nach phänomenologischen Gesichtspunkten ein. Während die ICD ein operationalisiertes Diagnosesystem für alle Erkrankungen und Todesarten ist, gilt das DSM ausschließlich für psychische Störungen.

Die ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben. Ziel des ICD ist die weltweite Erforschung von Morbidität und Mortalität mit einer international einheitlichen Systematik zu ermöglichen. Die ICD setzt ihren Schwerpunkt auf internationale Anwendung, auch in Ländern der Dritten Welt.

ICD-10 der F-Klasse: Psychische und Verhaltensstörungen

F O Organische einschließlich somatische psychische Störungen

- F 1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
(Suchterkrankungen)
- F 2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- F 3 Affektive Störungen (Depression, Manie, bipolare Störung)
- F 4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
 - Angststörungen
 - Anpassungsstörungen
 - Somatoforme Störungen
 - Dissoziative Störungen
- F 5 Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen oder Faktoren
 - Essstörungen (Anorexie und Bulimie)
 - Schlafstörungen
- F 6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- F 7 Intelligenzminderung
- F 8 Entwicklungsstörungen
- F 9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Das DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) stammt von der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA) und ist multiaxial aufgebaut. Es beschreibt psychische Störungen auf fünf Achsen. Das DSM-IV ist im Gegensatz zur ICD-10 ein nationales (US-amerikanisches) Klassifikationssystem. Das DSM-IV enthält 16 diagnostische Gruppen und ein zusätzliches Kapitel über „andere klinisch relevante Probleme“. Zur

Bestimmung von 395 Störungen werden insgesamt etwa 1000 Kriterien herangezogen. Es beinhaltet speziellere und genauere diagnostische Kriterien als der ICD.

DSM-IV

Achse I: Klinische Störungen und andere klinisch relevante Probleme

- Störungen, die gewöhnlich zuerst im Kleinkindalter, in der Kindheit oder Adoleszenz diagnostiziert werden
- Delir, Demenz, amnestische und andere kognitive Störungen
- Psychische Störungen aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors
- Störungen im Zusammenhang mit Psychotropen Substanzen
- Schizophrenie und andere psychotische Störungen
- Affektive Störungen
- Angststörungen
- Somatoforme Störungen
- Vorgetäuschte Störungen
- Dissoziative Störungen
- Sexuelle und Geschlechtsidentitätsstörungen
- Essstörungen
- Schlafstörungen
- Störungen der Impulskontrolle
- Anpassungsstörungen
- Andere klinisch relevante Probleme

Achse II: Persönlichkeitsstörungen und geistige Behinderung

Cluster A: paranoide, schizoide, schizotypische Persönlichkeits-
störung

Cluster B: dissoziale, Borderline-, histrionische, narzisstische
Persönlichkeitsstörung

Cluster C: ängstlich-vermeidende, dependente, zwanghafte
Persönlichkeitsstörung

Achse III: medizinische Krankheitsfaktoren

Achse IV: psychosoziale und umgebungsbedingte Probleme

Achse V: globale Erfassung des Funktionsniveaus

Die Störungen der Achse I beinhalten Symptome oder Muster verhaltensbezogener oder psychologischer Probleme, die im Allgemeinen entweder schmerzhaft oder funktionsbehindernd sind.

Unter Achse II-Störungen handelt es sich um nicht angemessene Wahrnehmungs- und Verhaltensmuster.

Körperliche Probleme, die bedeutsam für das Verständnis oder die Behandlung der auf Achse I und II eingeordneten Störungen sind, werden in Achse III erfasst.

Achse IV erfasst psychosoziale und umgebungsbedingte Stressoren, die einen Einfluss auf Diagnose, Behandlung und die Wahrscheinlichkeit der Genesung haben können.

In der Achse V wird die allgemeine Funktionstätigkeit des Patienten im psychischen, sozialen und beruflichen Bereich beschrieben.

2 Material und Methodik

2.1 Studiendesign und –durchführung

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine retrospektive Erhebung. Zusätzlich wurde für die psychiatrische Behandlung ein Wirksamkeits-Index im Rahmen einer Kohortenstudie (n=200) für zwei Erhebungszeitpunkte (Erstkontakt und Folgekontakt) ermittelt.

Ausgewertet wurden Daten von 200 männlichen Untersuchungshäftlingen der Justizvollzugsanstalt Tübingen. Der Beobachtungszeitraum von 60 Monaten über den nachfolgend berichtet wird, lag zwischen August 2003 bis Juli 2008.

Die Daten, die in der vorliegenden Arbeit Verwendung fanden, sind durch einen einzigen Konsiliarpsychiater, Dr. C. Mänz gesammelt worden. Die Sprechstundenzeit des Psychiaters lag zwischen 2 bis 3 Stunden pro Woche. Der Kontakt zum Psychiater erfolgte ohne Zeitbeschränkung. Der Konsiliararzt war mit dem Häftling allein in einem Raum. Nach dem Häftlingskontakt wurden Berichte über psychischen Befund, aktuelle Beschwerden, Medikamentengabe und Verlauf erstellt und in der Krankenakte des jeweiligen Häftlings abgelegt.

Der psychiatrische Konsiliararzt hatte zum Teil Kenntnisse über den Inhaftierungsgrund und eventuelle Vorstrafen. Doch blieben diese juristischen Merkmale bei der psychiatrischen Behandlung unberücksichtigt.

Eine Vorstellung beim Konsiliarpsychiater erfolgte, wenn der Untersuchungshäftling selbst den Wunsch zu psychiatrischer Betreuung äußerte, den Vollzugsbeamten der Häftling psychisch auffällig erschien sowie

wenn der Anstaltsarzt oder der psychologische Dienst eine Vorstellung für erforderlich hielten. Einige Häftlinge lehnten den vorgeschlagenen Kontakt zum Psychiater ab.

2.2 Untersuchungsinstrumente

Die soziodemographischen Variablen wie Alter, Familienstand, Nationalität und Bekenntnis wurden anhand der Gesundheitsakten ermittelt. Es wurde der Inhaftierungszeitpunkt, Datum des Erstkontakts zum Psychiater, Kontakthäufigkeit zum Psychiater und ggf. erfolgter stationärer Aufenthalt im Justizvollzugskrankenhaus Hohenasperg notiert.

Erfasst wurde zusätzlich das eventuelle Vorhandensein von Suizidalität, das Vorliegen einer Schlafstörung und ggf. eine oder mehrere psychiatrische Diagnosen nach ICD-10. Um eine Differenzierung in Haupt- und Nebendiagnosen zu ermöglichen, wählte der Psychiater die im Vordergrund stehende und daher dringender zu behandelnde Störung als Hauptdiagnose. Jedoch muss darauf hingewiesen werden, dass eventuell die im Hintergrund stehende Störung (Nebendiagnose) als zugrunde liegende Erkrankung verstanden werden muss, auf deren Basis sich die akute Störung (Hauptdiagnose) erst entwickeln konnte.

Die gegebenenfalls angeordnete Medikation und die Compliance des Häftlings wurden festgehalten. Mit Hilfe der CGI-Skalen (Clinical Global Impressions) konnte der Erfolg psychiatrischer, insbesondere psychopharmakologischer

Behandlung global bewertet werden. Der Krankheitsverlauf konnte dadurch abgebildet werden.

Der CGI wurde zur Bewertung benutzt, da er nahezu in allen klinischen Psychopharmaka-Studien Verwendung als Outcomekriterium findet. Da seine Skalierungen nur sehr grob sind, kann davon ausgegangen werden, dass er nur klinisch relevante Effekte abbildet. Die Beurteilung mit Hilfe des CGIs erfordert umfangreiche klinische Erfahrung seitens des Untersuchers. Der CGI wird vor allem bei Bipolaren Störungen, Angsterkrankungen und Schizophrenien eingesetzt. Es wurden 2 Items, nämlich die Schwere der Erkrankung sowie die Zustandsänderung über die Zeit ermittelt.

Das Schweregradurteil (CGI-Item 1) wird in einer 7stufigen Skala angegeben:

0 = nicht beurteilbar

1 = Patient ist überhaupt nicht krank

2 = Grenzfall psychiatrischer Behandlung

3 = nur leicht krank

4 = mäßig krank

5 = deutlich krank

6 = schwer krank

7 = gehört zu den extrem schwer Kranken

Für die Zustandsänderung (CGI-Item 2) gegenüber der Baseline, die am 1. Untersuchungszeitpunkt festgelegt wird, steht ebenfalls eine 7stufigen, aber bipolare Antwortskala zu Verfügung.

0 = nicht beurteilbar

1 = Zustand ist sehr viel besser

2 = viel besser

3 = nur wenig besser

4 = unverändert

5 = etwas schlechter

6 = viel schlechter

7 = sehr viel schlechter

2.3 Statistik

Die Dateneingabe und statistischen Analyse erfolgte mit SPSS 15.0. Die Häufigkeitsverteilungen einzelnen epidemiologischen Daten (Nationalität, Alter bei Inhaftierung, Haftalter bei Erstvorstellung), die ICD-Diagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen), die Kontakthäufigkeit sowie der Verlauf (Items 1 und 2 des CGIs) wurden in Form von Torten-, Balken- und Boxplotdiagrammen veranschaulicht.

Die Komorbidität von bestimmten Haupt- und Nebendiagnosen wurde mit Hilfe einer Kreuztabelle analysiert. Ebenfalls durch eine Kreuztabelle wurde der Zusammenhang zwischen Haftalter bei Erstvorstellung und Suizidalität, zwischen ICD-10 Hauptdiagnose und CGI-Item 2 sowie zwischen

Hauptdiagnose und kategoriellm Haftalter bei Erstvorstellung veranschaulicht. Für das kategorielle Haftalter wurde die Häufigkeitsverteilung nach ICD-Diagnosen dargestellt.

3 Ergebnisse

3.1 Soziodemographische Daten

3.1.1 Nationalität

99 (49,5 %) Häftlinge besaßen die deutsche Staatsbürgerschaft. 27 (13,5 %) waren Staatsbürger anderer EU-Mitgliedsstaaten (EU-Staaten zum 01.05.2008) und 73 (36,5 %) hatten außereuropäische Nationalitäten. Bei einem Gefangenen war die Nationalität unbekannt (vermutlich Asien) und ein Häftling war staatenlos.

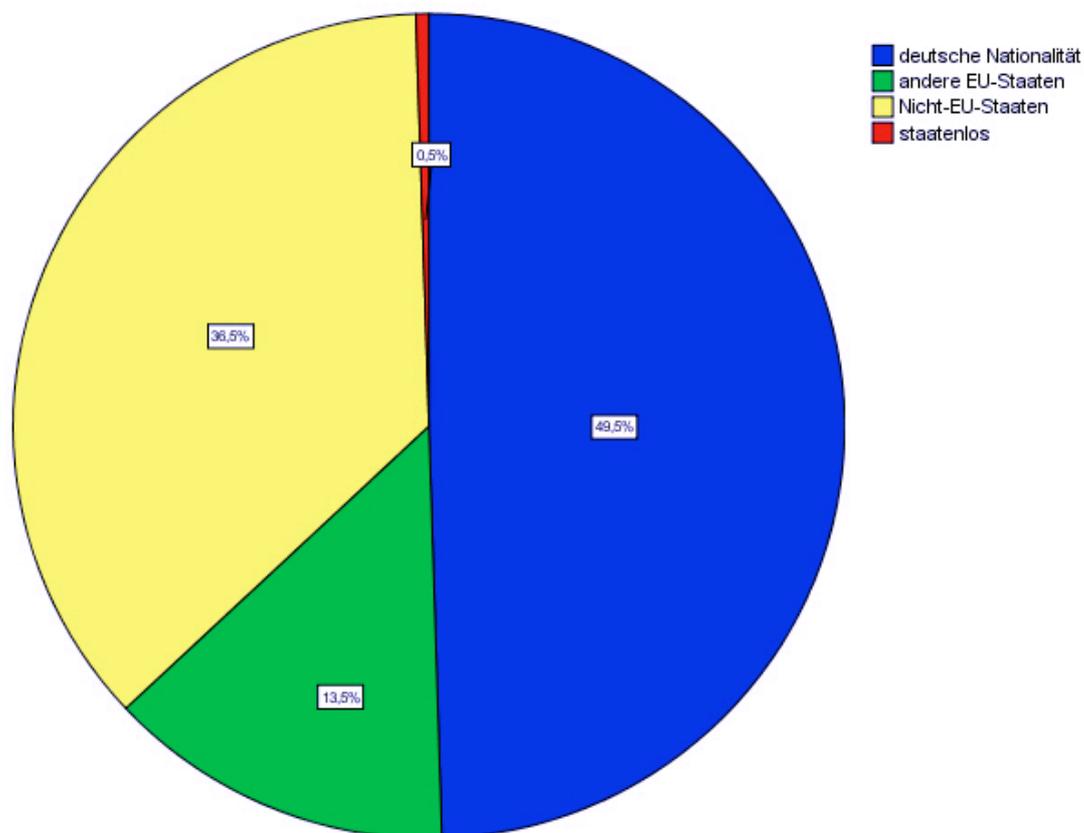


Abb.1: Grobe Zuordnung der Staatsangehörigkeit der Untersuchungshäftlinge (n=200)

Die am häufigsten vertretenen Nationalitäten neben Deutschland waren mit 30 Häftlingen (15 %) die Türkei, mit 12 (6 %) Italien, mit 10 (5 %) Serbien/Montenegro und mit 7 (3,5 %) Algerien. Mit 5 U-Häftlingen (2,5 %) waren der Irak, mit je 4 (2 %) der Iran, Polen und Rumänien vertreten. Andere Nationalitäten wie Albanien (0,5 %), Ägypten (0,5 %), Bangladesch (0,5 %), Bosnien und Herzegowina (1 %), England (0,5 %), Frankreich (0,5 %), Griechenland (1 %), Kosovo/Albanien (0,5 %), Kroatien (1,5 %), Niederlande (0,5 %), Nigeria (0,5 %), Persien (0,5 %), Sambia (0,5 %), Sierra Leone (0,5%), Syrien (0,5%) und Tunesien (1%) waren jeweils nur durch wenige Häftlinge vertreten.

Tabelle 1: Nationalitäten der Untersuchungshäftlinge (n=200)

| | Häufigkeit | Prozent |
|----------------------------|------------|---------|
| Albanien | 1 | 0,5 |
| Algerien | 7 | 3,5 |
| Ägypten | 1 | 0,5 |
| Bangladesch | 1 | 0,5 |
| Bosnien und Herzegowina | 2 | 1,0 |
| Deutschland | 99 | 49,5 |
| England | 1 | 0,5 |
| Frankreich | 1 | 0,5 |
| Griechenland | 2 | 1,0 |
| Indonesien | 1 | 0,5 |
| Irak | 5 | 2,5 |
| Iran | 4 | 2,0 |
| Italien | 12 | 6,0 |
| Kosovo/Albanien | 1 | 0,5 |
| Kroatien | 3 | 1,5 |
| Niederlande | 1 | 0,5 |
| Nigeria | 1 | 0,5 |
| Persien | 1 | 0,5 |
| Polen | 4 | 2,0 |
| Rumänien | 4 | 2,0 |
| Sambia | 1 | 0,5 |
| Serbien/-Montenegro | 10 | 5,0 |
| Sierra Leone | 1 | 0,5 |
| Spanien | 2 | 1,0 |
| staatenlos | 1 | 0,5 |
| Syrien | 1 | 0,5 |
| Tunesien | 2 | 1,0 |
| Türkei | 30 | 15,0 |
| Total | 200 | 100,0 |

3.1.2 Alter bei Inhaftierung

Das durchschnittliche Alter bei Inhaftierung betrug unter den 200 Untersuchungsgefangenen 33,43 Jahre (Mittelwert=33,43; Median=31,0; SD=10,379). Der jüngste Gefangene war 19 Jahre alt, der Älteste 69 Jahre. 42 Gefangene (21 %) waren zwischen 20 und 25 Jahre alt. 53 Häftlinge (26,5 %) waren zwischen 25 und 30 Jahre alt. 28 (14 %) waren zum Haftbeginn 30 bis 35 Jahre bzw. 25 (12,5 %) zwischen 35 und 40 Jahre alt. 51 (25,5 %) der Untersuchungshäftlinge waren 40 Jahre oder älter. 4 Häftlinge wurden dem Psychiater erneut im Rahmen eines zweiten Haftaufenthalts vorgestellt.

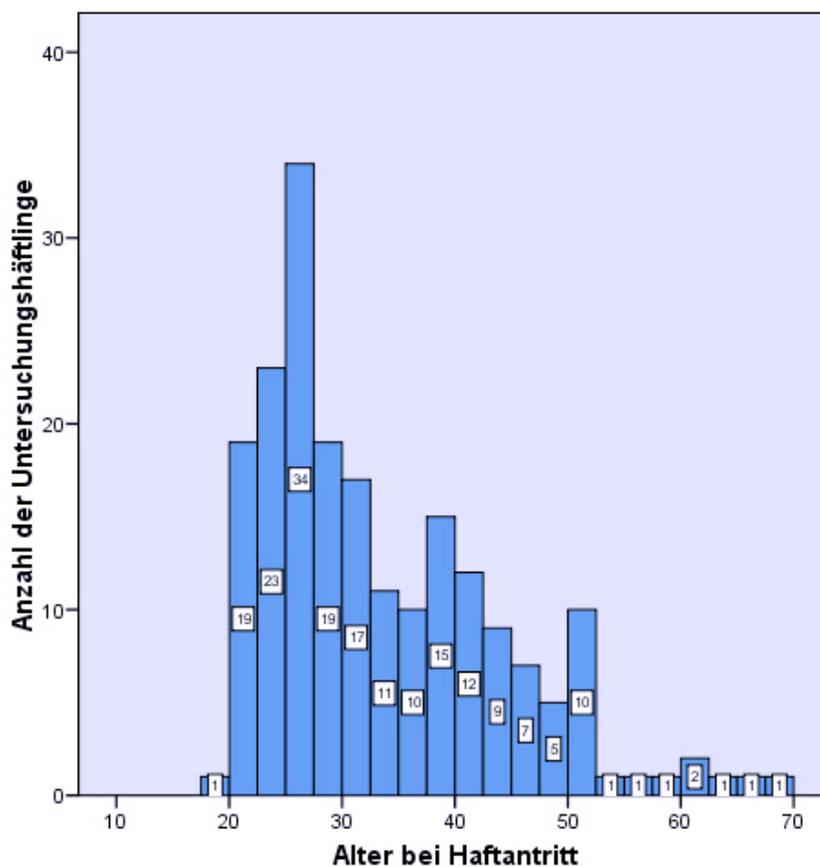


Abb.2: Alter der Untersuchungshäftlinge (n=200) bei Haftantritt

3.1.3 Familienstand

Zum Familienstand kann ausgesagt werden, dass der überwiegende Anteil der Häftlinge, nämlich 119 (59,5 %) ledig war. 44 U-Häftlinge (22 %) waren verheiratet, 29 (14,5 %) geschieden, 3 Häftlinge (1,5 %) getrennt lebend, 1 Häftling (0,5 %) verlobt und 1 Gefangener (0,5 %) verwitwet. Bei 3 Häftlingen war der Familienstand nicht eruierbar.

3.1.4 Religionszugehörigkeit

Ein Bekenntnis ließ sich bei 165 (82,5 %) der 200 Untersuchungshäftlinge feststellen. Wobei unter 26 Häftlingen (13 %) keinerlei Angaben zur Religionszugehörigkeit gefunden werden konnten und 10 Häftlinge (5 %) keiner Religionsgemeinschaft angehörten.

60 (30 %) der Gefangenen waren Moslems, 50 (25 %) waren Protestanten, 46 (23 %) katholisch, 7 Häftlinge (3,5 %) waren orthodoxen Glaubens und 2 Häftlinge (1 %) Juden.

3.1.5 Haftalter bei Erstvorstellung

Durchschnittlich waren die Untersuchungsgefangenen bereits 79 Tage inhaftiert ehe sie dem Konsiliar vorgestellt wurden (Mittelwert=78,71; Median=34,5; SD=122,007). Ein Häftling wurde noch an seinem Inhaftierungstag dem Psychiater zugeführt. Die längste Inhaftierungszeit bis zur Erstvorstellung betrug 1016 Tage. Das 25%-Perzentil betrug 13,25, das 50%-Perzentil 34,5 und das 75%-Perzentil 94,75 Tage. Es lagen 16 Ausreißer oder Extremwerte vor.

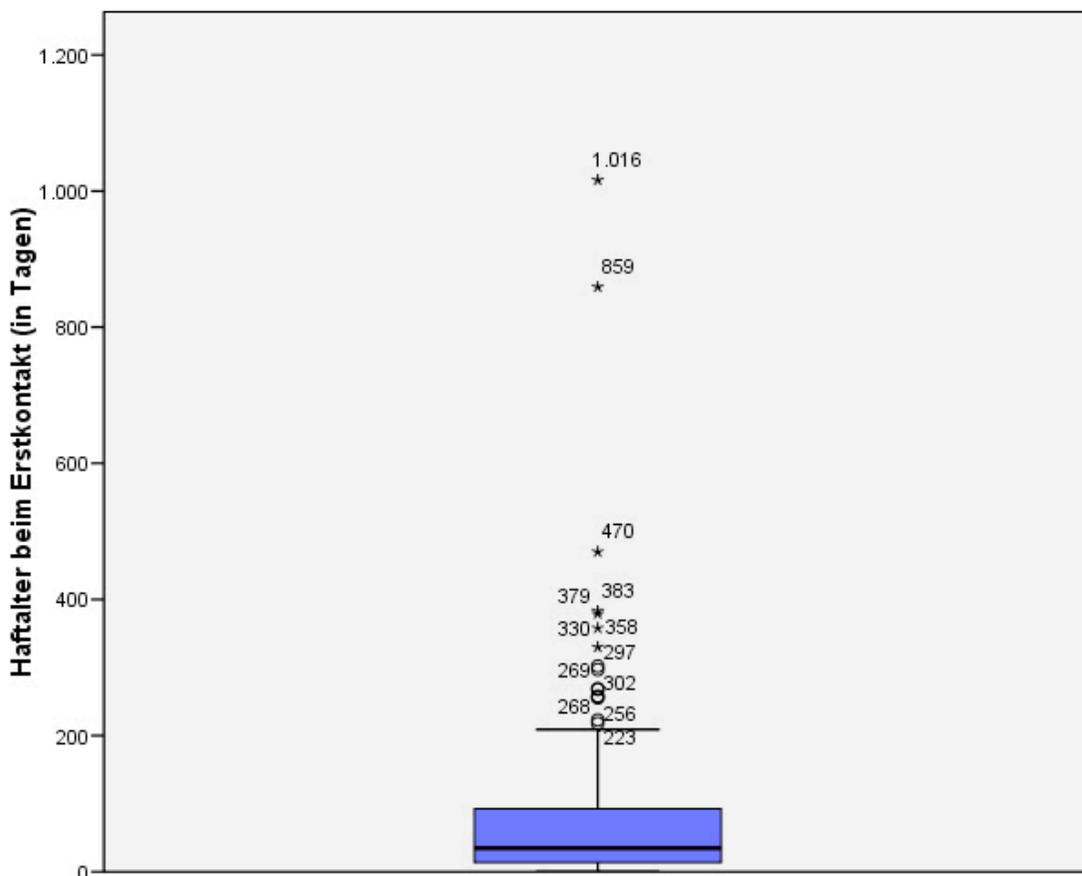


Abb.3: Haftalter in Tagen bei Erstkontakt zwischen Untersuchungshäftling (n=200) und Konsiliarspsychiater

Das kategorielle Haftalter bei Erstvorstellung beim Konsiliarspsychiater wurde in 6 Stufen unterteilt. Hierbei wurde zur Berechnung das Gemeinjahr mit 365 Tagen zu Grunde gelegt.

Stufe 1 entsprach der Vorstellung innerhalb der ersten Haftwoche (inklusive des Inhaftierungstages), Stufe 2 innerhalb des restlichen 1. Monats. Bei der Stufe 3 erfolgte die Erstkonsultation während des 2. und des 3. Monats nach Inhaftierung, Stufe 4 innerhalb des 4. bis zum inklusive 6. Monat. Stufe 5 entsprach dem Erstkontakt zwischen dem 7. bis inklusive 12. Haftmonat und die Stufe 6 ab dem 13. Haftmonat – also über einem Jahr Haft.

Es zeigte sich, dass 17,5% der Häftlinge schon in ihrer ersten Haftwoche dem Konsiliar zugeführt wurden, 29% sah der Psychiater in der Stufe 2 und 28,5% in der Stufe 3. Die Stufe 4 war mit 12,5% vertreten und Stufe 5 mit 10%. Nach über einem Jahr Untersuchungshaft (Stufe 6) wurden dem Psychiater nur noch 5 Gefangene (2,5%) vorgestellt.

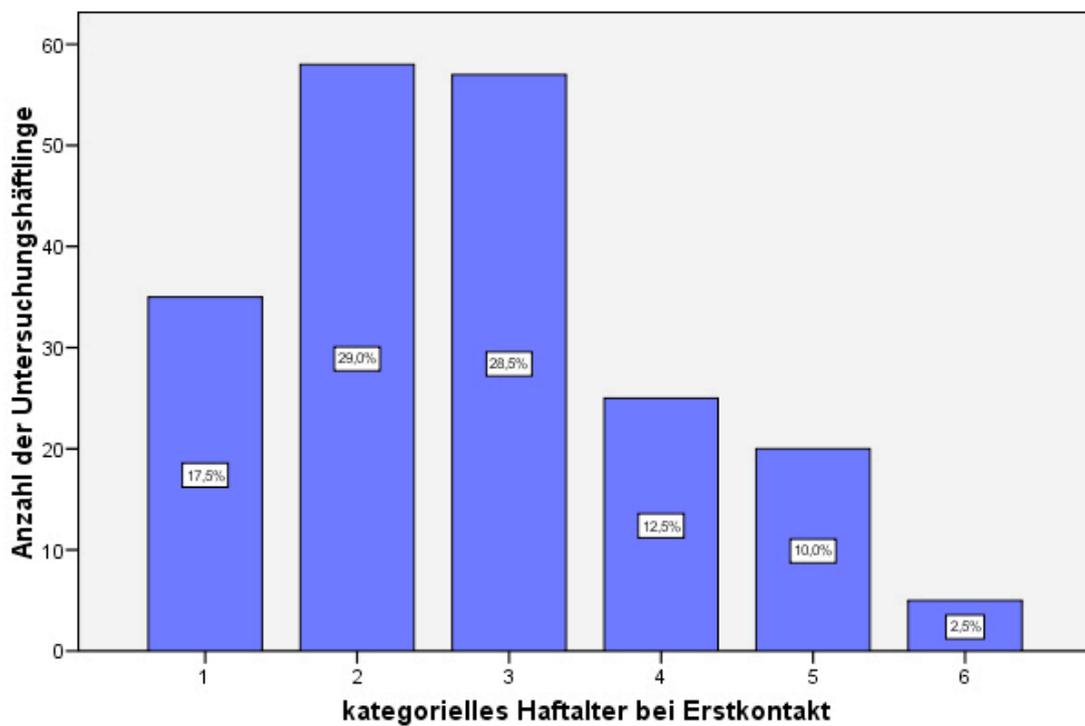


Abb.4: Kategorielles Haftalter (Stufen 1 - 6) der Untersuchungshäftlinge (n=200) bei Erstkontakt mit dem Konsiliarpsychiater

3.2 ICD-Diagnosen

Eine Hauptdiagnose nach ICD-10 der F-Klasse konnte vom Konsiliarpsychiater bei 200 Untersuchungshäftlingen (100 %) gestellt werden. An 64 Häftlinge (32 %) wurde zusätzlich eine Nebendiagnose, an 3 Häftlinge (1,5 %) sogar zwei Nebendiagnosen vergeben.

Tabelle 2: Hauptdiagnosen (n=200)
der F-Klasse nach ICD-10

| | Häufigkeit | Prozent |
|-------|------------|---------|
| 06.6 | 1 | ,5 |
| 10 | 2 | 1,0 |
| 10.2 | 3 | 1,5 |
| 11 | 11 | 5,5 |
| 11.2 | 12 | 6,0 |
| 11.3 | 1 | ,5 |
| 12 | 4 | 2,0 |
| 12.3 | 1 | ,5 |
| 12.4 | 1 | ,5 |
| 14 | 5 | 2,5 |
| 19 | 12 | 6,0 |
| 2 | 1 | ,5 |
| 20 | 2 | 1,0 |
| 20.0 | 6 | 3,0 |
| 20.5 | 1 | ,5 |
| 25 | 1 | ,5 |
| 3 | 9 | 4,5 |
| 31 | 1 | ,5 |
| 31.3 | 1 | ,5 |
| 32.1 | 12 | 6,0 |
| 32.2 | 1 | ,5 |
| 32.3 | 2 | 1,0 |
| 34.1 | 1 | ,5 |
| 40 | 4 | 2,0 |
| 40.2 | 1 | ,5 |
| 41.1 | 1 | ,5 |
| 43.0 | 6 | 3,0 |
| 43.2 | 50 | 25,0 |
| 45 | 1 | ,5 |
| 5 | 2 | 1,0 |
| 52 | 1 | ,5 |
| 6 | 3 | 1,5 |
| 60.1 | 2 | 1,0 |
| 60.2 | 5 | 2,5 |
| 60.3 | 16 | 8,0 |
| 60.31 | 5 | 2,5 |
| 60.4 | 1 | ,5 |
| 60.6 | 2 | 1,0 |
| 60.8 | 2 | 1,0 |
| 61 | 1 | ,5 |
| 63 | 1 | ,5 |
| 65.4. | 1 | ,5 |
| 7 | 1 | ,5 |
| 90 | 3 | 1,5 |
| Total | 200 | 100,0 |

Tabelle 3: Nebendiagnosen (n=67)
der F-Klasse nach ICD-10

| | Häufigkeit |
|-------|------------|
| 1 | 1 |
| 10 | 7 |
| 10.2 | 2 |
| 11 | 5 |
| 11.2 | 2 |
| 12 | 3 |
| 12.2 | 1 |
| 14 | 5 |
| 19 | 10 |
| 20.0 | 1 |
| 3 | 1 |
| 32.0 | 1 |
| 4 | 1 |
| 41 | 1 |
| 43.0 | 1 |
| 43.1 | 1 |
| 43.2 | 3 |
| 5 | 2 |
| 52 | 6 |
| 6 | 1 |
| 60 | 1 |
| 60.2 | 1 |
| 60.3 | 3 |
| 60.4 | 1 |
| 60.5 | 1 |
| 60.6 | 2 |
| 60.8 | 1 |
| 64 | 1 |
| 90.0 | 1 |
| Total | 67 |

Als größte Störungsgruppe unter den Hauptdiagnosen erwiesen sich F4-Störungen (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) mit 31,5 %, dicht gefolgt von F1-Störungen (Suchterkrankungen) mit 26 %.

Noch relativ stark vertreten waren F6-Diagnosen (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen) mit 19,5 %. Dann folgten in der Häufigkeitsverteilung F3-Störungen (affektive Störungen) mit 13,5 %, F2-Diagnosen (Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störung) mit 5,5 %, F5- (Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen oder Faktoren) und F9-Störungen (Verhaltens- und emotionale Störungen) mit je 1,5 %, zuletzt die F0- (Organische einschließlich somatische psychische Störungen) und F7-Diagnosen (Intelligenzminderung) mit nur jeweils einem einzigen Fall (0,5 %).

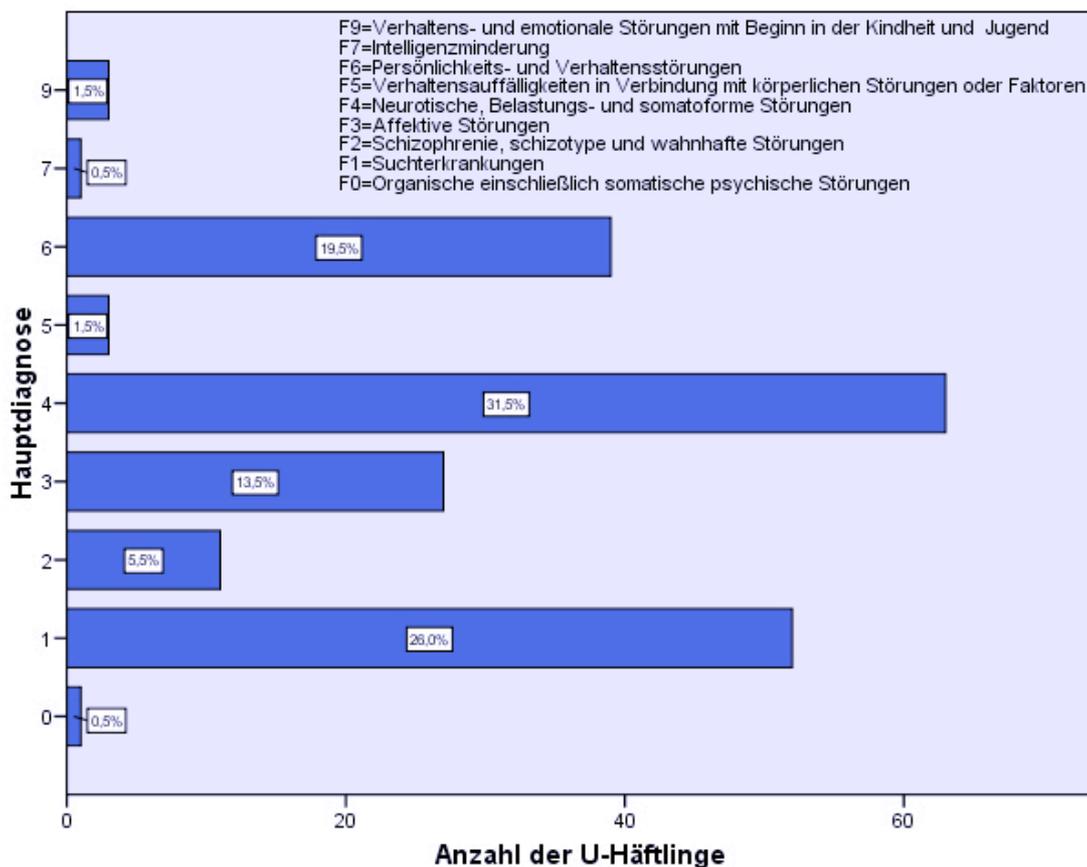


Abb.5: Gestellte Hauptdiagnosen (200) nach ICD-10 an 200 Häftlingen

An 64 U-Häftlingen (32 %) wurden insgesamt 67 Nebendiagnosen gestellt.

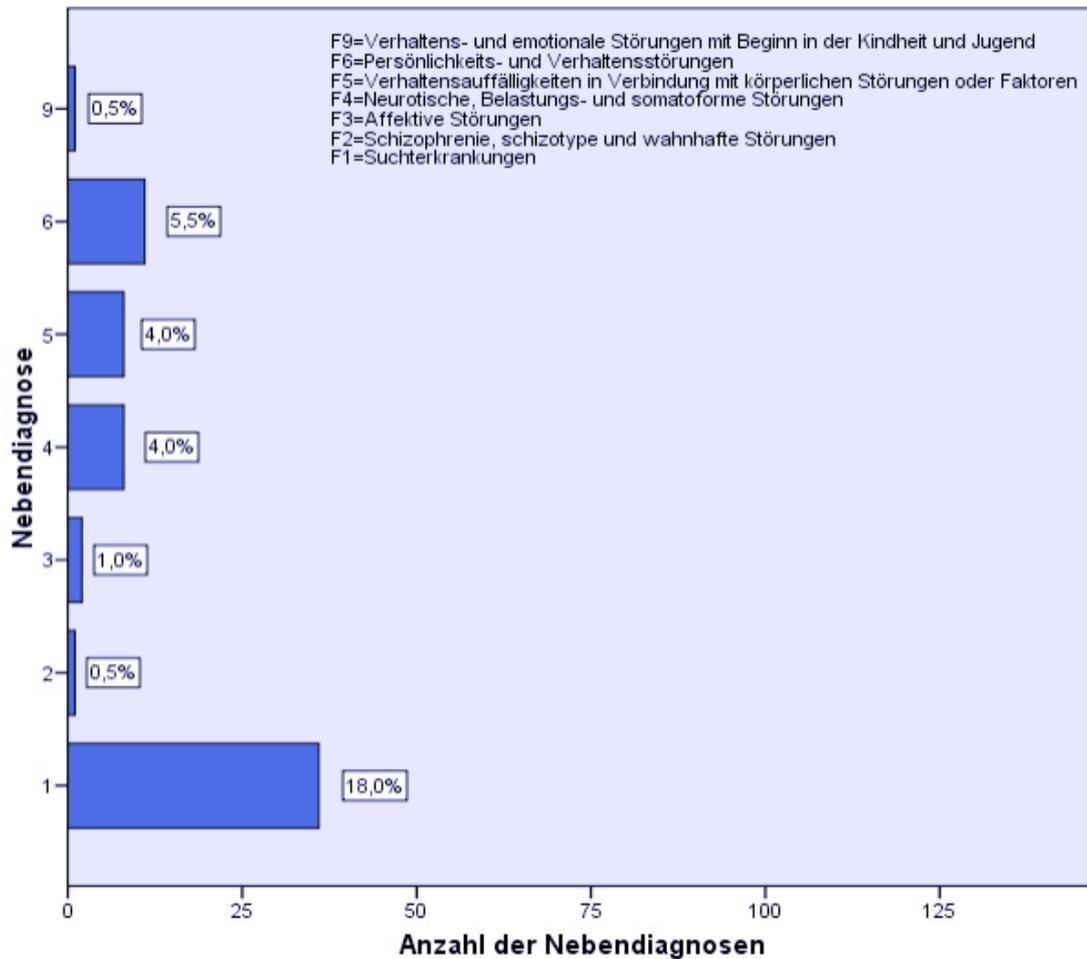


Abb.6: Gestellte Nebendiagnosen (67) nach ICD-10 an 64 Häftlingen

3.2.1 Organische einschließlich somatische psychische Störungen – F0

Bei einem Häftling wurde die Hauptdiagnose einer organischen emotional labilen (asthenischen) Störung (F06.6) gestellt.

3.2.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Suchterkrankungen) – F1

Die Diagnose einer Suchterkrankung konnte bei 87 Häftlingen (43,5 %) gestellt werden.

F1-Störungen waren als Hauptdiagnose mit 26 % sehr stark vertreten. Als Nebendiagnose konnte eine Suchterkrankung bei 18 % der Häftlinge festgestellt werden.

Missbrauch von Opioiden wie beispielsweise Heroin, Morphin oder andere Opiate (F11) waren mit 15,5 % (31 Häftlinge) bei der Diagnosestellung stark vertreten. Davon wurde Opioid-Missbrauch bei 12 % (24 Häftlingen) als Hauptdiagnose gestellt, bei 3,5 % (7) als Nebendiagnose.

Multipler Substanzgebrauch (F19) war unter 11 % (22 Häftlingen) diagnostizierbar, davon bei 6 % (12) als Hauptdiagnose und bei 5 % (10) als Nebendiagnose.

Unter 7 % der Patienten (14) wurde Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit (F10) diagnostiziert, als Hauptdiagnose unter 5 Personen.

In 5 % der Fälle (10) wurde ein Cannabinoid-Missbrauch (F12) festgestellt, davon als Hauptdiagnose bei 6 Patienten.

Bei 5 % (10) Häftlingen konnte ein Missbrauch von Kokain (F14) festgestellt werden, davon bei 5 Gefangenen als Hauptdiagnose.

3.2.3 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen – F2

Bei 6 % der Häftlinge (12) konnte eine Störung aus dem schizophrenen bzw. wahnhaften Formenkreis (F2) gestellt werden, davon in 11 Fällen als Hauptdiagnose.

Bei 9 Häftlingen (4,5 %) konnte die Diagnose einer Schizophrenie (F20) gestellt werden, davon bei 8 Patienten als Hauptdiagnose. Bei 7 Personen wurde der Subtyp der paranoiden Schizophrenie (F20.0) diagnostiziert. In einem Fall wurde als Hauptdiagnose ein schizophreses Residuum (F20.5) festgestellt. Ein Häftling litt an einer als Hauptdiagnose gestellten schizoaffektiven Psychose (F25).

3.2.4 Affektive Störungen (Depression, Manie, bipolare Störung) – F3

Unter 14,5 % der Inhaftierten (29) konnte die Diagnose einer affektiven Störung gestellt werden, davon unter 27 Untersuchten (13,5 %) als Hauptdiagnose. In 16 Fällen lag eine depressive Episode (F32) als Hauptdiagnose, bei einem Patienten als Nebendiagnose vor. 2 Patienten litten an einer bipolaren affektiven Störung (F31) und bei einem Patienten wurde eine Dysthymia (F34.1) als Hauptdiagnose gestellt.

3.2.5 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen – F4

Eine F4-Störung wurde unter 70 Häftlingen (35 %) diagnostiziert. Davon wurde bei 63 Gefangenen (31,5 %) die neurotische, Belastungs- und somatoforme Störung als Hauptdiagnose gewählt.

Eine Anpassungsstörung (F43.2) lag bei 54 Häftlingen (27 %) vor, davon bei 51 Häftlingen als Hauptdiagnose. 5 Patienten (2,5 %) litten an einer phobischen Störung (F40). Bei ebenfalls 7 Häftlingen (3,5 %) wurde eine akute Belastungsreaktion (F43.0) diagnostiziert, bei 6 davon als Hauptdiagnose. Bei einem Gefangenen wurde als Hauptdiagnose eine somatoforme Störung (F45) gewählt.

Bei den Nebendiagnosen wurden bei 2 Personen sonstige Angststörungen (F41) diagnostiziert und in einem Fall eine posttraumatische Belastungsstörung (F43.1).

3.2.6 Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen oder Faktoren – F5

Bei 3 Personen (1,5 %) wurde eine Schlafstörung als Hauptdiagnose, bei 8 Patienten (4 %) als Nebendiagnose gestellt. Ein sehr hoher Anteil der Häftlinge berichtete über Schlafstörungen, nämlich 150 Häftlinge (75 %).

3.2.7 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen – F6

Bei 49 Häftlingen (24.5 %) wurde eine F6-Störung diagnostiziert, davon in 39 Fällen als Hauptdiagnose. Zwei Patienten litten an einer schizoiden Persönlichkeitsstörung (F60.1), 5 Häftlinge an einer dissozialen Persönlichkeitsstörung (F60.2), 24 Gefangene an einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung (F60.3), davon in 21 Fällen als Hauptdiagnose. An 5 Patienten wurde die Subentität des Borderline-Typs (F60.31) diagnostiziert. 2 Personen litten an einer histrionischen Persönlichkeitsstörung (F60.4). Bei einer Person wurde die anankastische / zwanghafte Persönlichkeitsstörung (F60.5) als Nebendiagnose gestellt. 4 Personen waren an einer ängstlichen/vermeidenden Persönlichkeitsstörung (F60.6) erkrankt, 3 Personen an einer sonstigen spezifischen Persönlichkeitsstörung (F60.8), davon 2 als Hauptdiagnose. Ein Patient war an einer Spielsucht erkrankt (F63) und bei einem Häftling wurde als Nebendiagnose eine Transsexualität (F64) gestellt.

3.2.8 Intelligenzminderung – F7

Bei einem Untersuchungshäftling wurde die Hauptdiagnose einer Intelligenzminderung gefällt.

3.2.9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend – F9

In 4 Fällen (2 %) wurde die Diagnose der Aufmerksamkeitsstörung (F90) vergeben. Dreimal als Hauptdiagnose die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) und einmal als Nebendiagnose die Aufmerksamkeitsdefizit-Störung (ADS).

3.3 Komorbidität

Bei 32 % der Untersuchungshäftlinge (64) lagen mehr als eine diagnostizierbare psychiatrische Störung vor.

16 Häftlinge, die an einer F4–Störung (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) und 8 Personen, die an einer F3-Störung (Affektive Störungen) als Hauptdiagnose - bzw. je 2 als Nebendiagnose – litten, waren zusätzlich an einer F1-Störung (Suchterkrankung) erkrankt.

Bei 7 Gefangenen mit einer Suchterkrankung (F1) als Hauptdiagnose wurde zusätzlich eine F5-Diagnose (Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen oder Faktoren) gestellt.

Tabelle 4: Zusammenhang zwischen Haupt- und Nebendiagnosen nach ICD-10

| | | Nebendiagnose | | | | | | | | Total |
|---------------|---|---------------|----|---|---|---|---|---|---|-------|
| | | keine | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 9 | |
| Hauptdiagnose | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | 1 | 34 | 1 | 1 | 2 | 2 | 7 | 4 | 1 | 52 |
| | 2 | 6 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 11 |
| | 3 | 18 | 8 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 27 |
| | 4 | 40 | 16 | 0 | 0 | 3 | 1 | 3 | 0 | 63 |
| | 5 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| | 6 | 32 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 39 |
| | 7 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | 9 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| Total | | 136 | 36 | 1 | 2 | 7 | 8 | 9 | 1 | 200 |

3.4 Suizidalität

Eine Gefahr für suizidales Verhalten lag bei 17 % (34) der beim Konsiliarpsychiater vorstellig gewordenen Untersuchungshäftlinge vor, in 4 Fällen wurde ein Suizidversuch unternommen.

Vorrangig wurde die Einschätzung auf Suizidalität bei der Erstvorstellung des Häftlings vorgenommen, so dass der Zusammenhang zwischen Haftdauer und Suizidalität analysiert werden konnte.

Die Verteilung über die Haftzeit zeigte, dass die Rate für Suizidalität über die Haftdauer relativ konstant war. Eine Gefährdung für suizidale Handlungen lag in der ersten Haftwoche (Kategorie 1) in 9 Fällen vor, im restlichen 1.

Haftmonat (Kategorie 2) bei 4 Häftlingen. Während des 2. und 3. Monats nach Haftbeginn (Kategorie 3) zeigten sich 7 Häftlinge suizidal, ein Häftling unternahm sogar einen Suizidversuch. Im 4. Bis zum inkl. 6. Haftmonat (Kategorie 4) zeigten sich 6 Häftlinge gefährdet, einen Selbstmordversuch zu unternehmen. Vom 7. bis inklusive 12. Inhaftierungsmonat (Kategorie 5) wurden 3 Gefangene als suizidal eingeschätzt zusätzlich unternahm 1 Häftling einen Selbstmordversuch. Nach über einem Jahr Untersuchungshaft (Kategorie 6) zeigten sich 2 Gefangene suizidal und es ereignete sich ein weiterer Suizidversuch. Auffallend war also, dass sich 2 der 4 Suizidversuche nach über 6 Monaten Haftdauer ereigneten.

Selbstverletzendes Verhalten zeigten 6,5 % (13) der Gefangenen. Der überwiegende Anteil litt an einer Persönlichkeitsstörung vom emotional-instabilen Typ.

Tabelle 5: Gegenüberstellung von kategoriellem Haftalter und Suizidalität

| | kategoriellles Haftalter | | | | | | Total |
|----------------|--------------------------|---------------|----------------|----------------|-----------------|---------|-------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| | 1.-7. Tag | 8.-30. Tag | 2.-3. Monat | 4.-6. Monat | 7.-12. Monat | >1 Jahr | |
| suizidal | 9 | 4 | 6 | 6 | 3 | 2 | 30 |
| Suizidversuch | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 4 |
| nicht suizidal | 26 | 53 | 50 | 19 | 16 | 2 | 166 |
| Total | 35 | 58 | 57 | 25 | 20 | 5 | 200 |

3.5 Behandlung und Compliance

24,5 % der Untersuchungshäftlinge waren während ihrer Haft im Justizvollzugskrankenhaus Hohenasperg zur Behandlung stationär untergebracht. 2 Häftlinge (1 %) waren zweimal im Justizvollzugskrankenhaus. Die Kontakthäufigkeit streute von nur einem bis zu 36 Kontakten (Mittelwert=3,71; Median=2,00; SD=4,213). Bei der Analyse der Häufigkeit der Arzt-Patient-Kontakte hatten 32,5 % der Häftlinge (69) nur einen einzigen Kontakt. 22,5 % (45) waren 2mal beim Konsiliar in Behandlung. 3 Arztkontakte hatten 10,5 % (21), 4 Kontakte 8,5 % (17), 5 Kontakte hatten 7 % (14) und 6 Kontakte 3,5 % (7). 7 Kontakte hatten 3 % der Häftlinge (6) und 8 Kontakte 4 % (8). 9 Kontakte oder mehr (bis zu 36) zum Psychiater lagen jeweils bei unter 2 % (4) und die Patientenanzahl nahmen mit steigender Kontakthäufigkeit tendenziell ab.

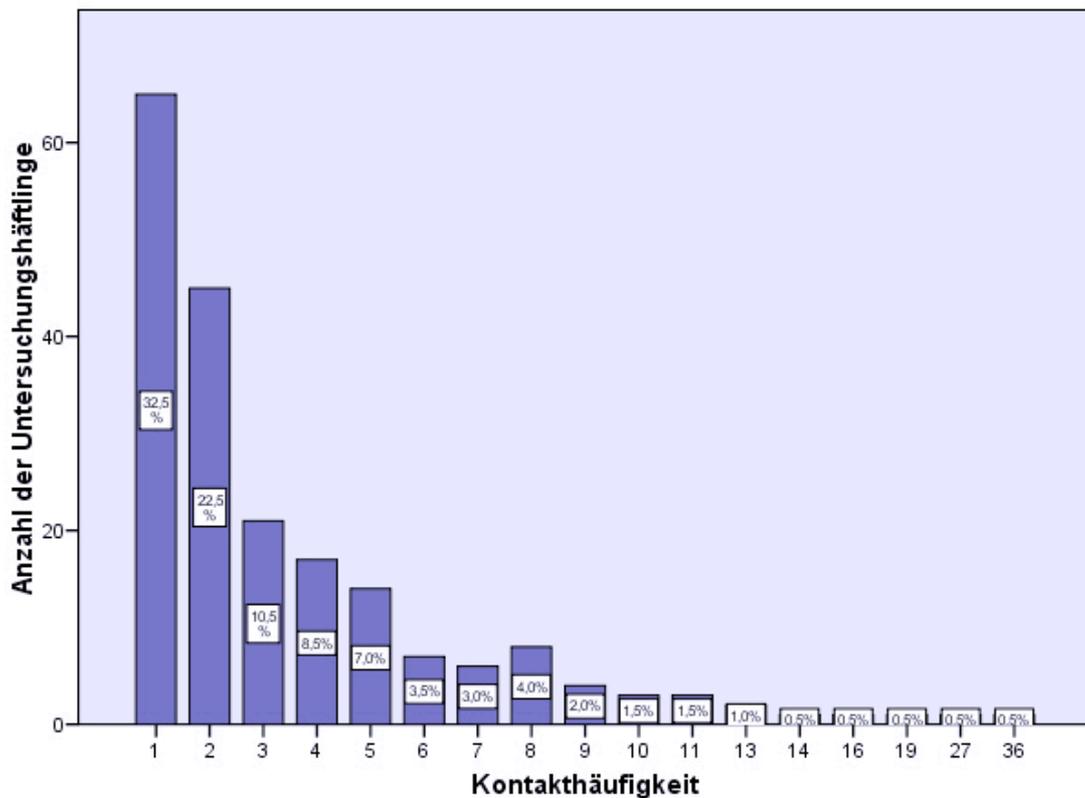


Abb. 7: Kontakthäufigkeit der Untersuchungshäftlinge (n=200) zum Konsiliarpsychiater

Der Zusammenhang zwischen Haftalter beim Erstkontakt mit dem Konsiliarpsychiater und ICD-10 Hauptdiagnose zeigte einige Besonderheiten. Vor allem die Suchterkrankungen (F1) scheinen dem Psychiater relativ schnell zugeführt zu werden. Der überwiegende Teil von an Schizophrenien (F2) leidenden U-Häftlingen wurde dem Psychiater fast gleich bleibend (Maximum im 2. und 3. Monat) zugeführt, in einem Fall hatte der Patient schon das Haftalter der Kategorie 5 erreicht. Ein großer Teil der F3-Erkrankungen (affektive Störungen) wurden an den Konsiliar innerhalb des 1. Haftmonats verwiesen. Häftlinge mit F4-Störungen (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) wurden vermehrt während der Haftkategorie 2 bis 4 dem Arzt vorgestellt, d.h. vom 1. bis zum 6. Haftmonat. Vornehmlich im 1., 2.

und 3. Inhaftierungsmonat wurden Gefangene mit Persönlichkeitsstörungen (F6) diagnostiziert.

Tabelle 6: Zusammenhang zwischen Hauptdiagnosen nach ICD-10 und kategoriellen Haftalter

| | | kategoriell Haftalter | | | | | | Total |
|---------------|---|-----------------------|-----------|-----------|-----------|----|---|-------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| Hauptdiagnose | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | 1 | 10 | 17 | 17 | 3 | 5 | 0 | 52 |
| | 2 | 1 | 3 | 4 | 2 | 1 | 0 | 11 |
| | 3 | 8 | 9 | 2 | 4 | 4 | 0 | 27 |
| | 4 | 8 | 19 | 14 | 14 | 5 | 3 | 63 |
| | 5 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 3 |
| | 6 | 8 | 8 | 15 | 2 | 5 | 1 | 39 |
| | 7 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | 9 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| Total | | 35 | 58 | 57 | 25 | 20 | 5 | 200 |

In 23,5 % der Fälle (47 Patienten) fand die Therapie in Form eines Gespräches mit dem Gefangenen statt und kam ohne pharmakologische Behandlung aus.

Bei 73,5 % der vorstelligen Patienten hielt der Psychiater es für sinnvoll, eine medikamentöse Behandlung einzuleiten. Es wurde bei 147 (73,5 %) der Häftlinge mindestens ein Medikament vom Psychiater verordnet. 60 Häftlinge (30%) erhielten 2 oder mehr Psychopharmaka. In einem Fall lehnte der Patient, der an einer Schizophrenie litt, die verordnete Medikation ab.

Nun eine Übersicht über die vom Konsiliarpsychiater verordneten Medikamente:

Amitriptylin, Carbamazepin, Chlorprothixen, Citalopram, Diazepam, Diphenhydramin, Doxepin, Doxyamin, Escitalopram, Lithium, Lorazepam,

Methylphenidat, Metixen, Mirtazapin, Moclobemid, Olanzapin, Opipramol, Paroxetin, Pimpamperon, Promethazin, Quetiapin, Risperidon, Trimipramin, Venlafaxin, Zolpidem und Zopiclon.

Allen Wirkstoffgruppen voran wurden trizyklische (klassische) Antidepressiva am häufigsten verordnet, gefolgt von atypischen und typischen Neuroleptika. Weitere oft verschriebene Pharmaka waren: Hypnotika, SSRI-Antidepressiva, tetrazyklische (klassische) Antidepressiva, Benzodiazepine und Antiepileptika. Bei 41 % (82) schätzte der Konsiliarpsychiater die Compliance seines Patienten für gut ein. Für unklar bzw. fraglich in der Zusammenarbeit befand der Psychiater 46,5 % (93) der Patienten. Unter 12,5 % (25) der Gefangenen wurde die Compliance mit schlecht bewertet.

3.6 Verlauf

Die Erhebung des CGI –Item 1 beim Erstkontakt mit dem Konsiliarpsychiater zeigte eine Spannweite in der Punkteverteilung von minimal 2 bis zu maximal 6 Zählern (Mittelwert=4,74; Median=5; SD=0,736). Nur ein Häftling (0,5 %) wurde mit dem Wert 2 (Grenzfall psychiatrischer Behandlung) bewertet. 20 Gefangene (10 %) erhielten den Score 3 (nur leicht krank) und 67 (33,5 %) den Score 4 (mäßig erkrankt). Der Wert 5 (deutlich krank) wurde an 89 U-Häftlingen (44,5 %) verteilt und 23 (11,5 %) wurden mit dem Score 6 (schwer krank) bewertet.

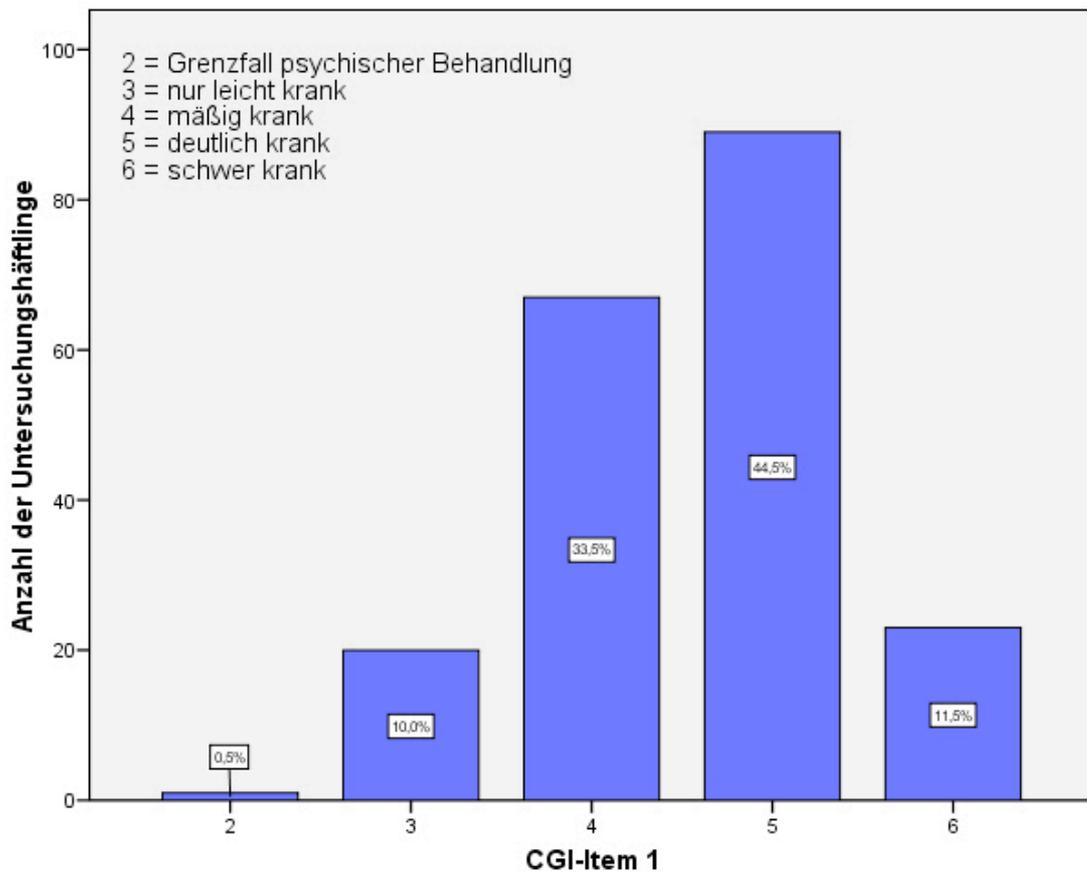


Abb.8: Häufigkeitsverteilung der Scores (1-7) des CGI-Item 1 - Schweregradurteil erhoben an 200 Häftlingen beim Erstkontakt

140 Untersuchungsgefangene wurden erneut durch das Item 2 des CGI bewertet. Die Verteilung des Item 2 streute von einem Punkt bis zu 7 Punkten (Mittelwert=2,96; Median=3; SD=0,932). Der CGI-Item 2 zeigte folgende Konstellation: Eine Person (0,7 %) wurde mit dem Score 1 (Zustand sehr viel besser) bewertet. In 48 Fällen (34,3 %) wurde der Wert 2 (Zustand viel besser), bei 54 Häftlingen (38,6 %) der Wert 3 (Zustand nur wenig besser), bei 32 Patienten (22,9 %) der Wert 4 (Zustand unverändert) und an 3 Patienten (2,1 %) der Score 5 (Zustand etwas schlechter) vergeben. In je einem Fall (0,7 %) wurde der Wert 6 (viel schlechter) und 7 (sehr viel schlechter) verteilt.

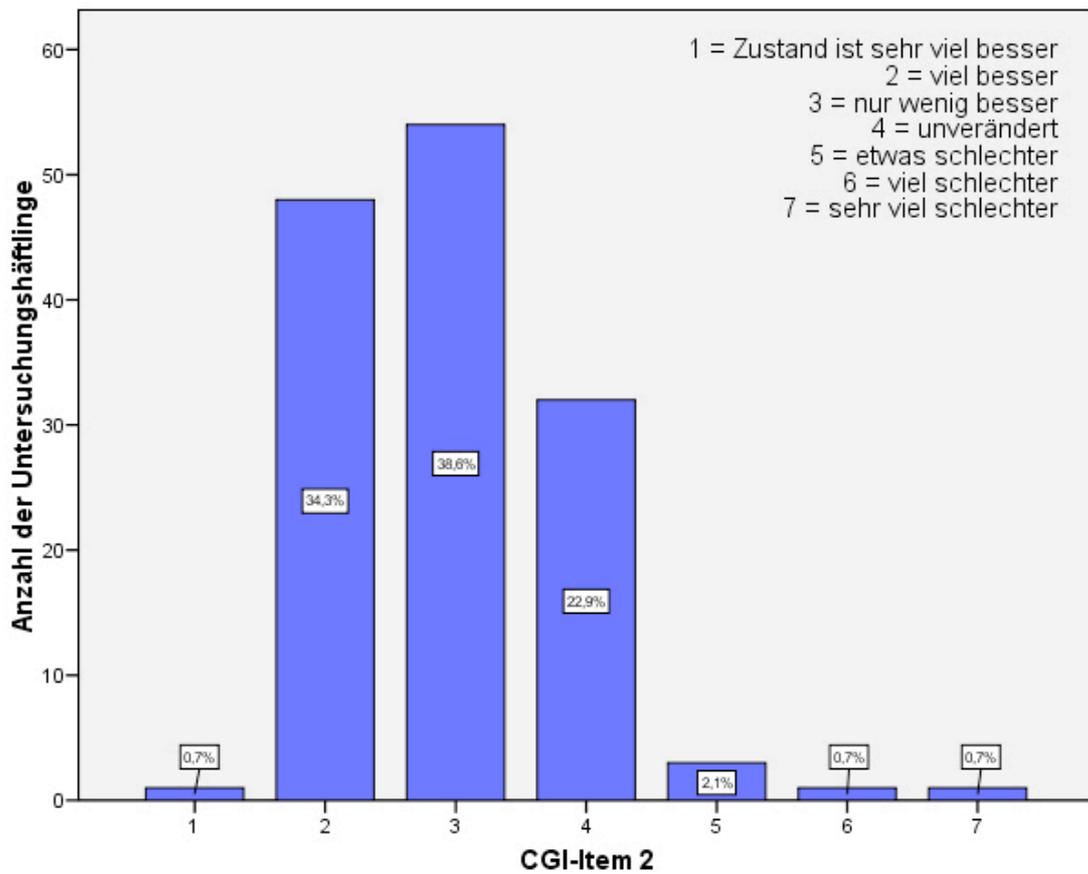


Abb.9: Häufigkeitsverteilung der Scores (1 – 7) der CGI-Item 2 – Zustandsänderung erhoben an 140 Häftlingen bei mehr als einem Kontakt

Das Item 2 des CGI wurde den einzelnen ICD-10 Hauptdiagnosen gegenübergestellt.

Tabelle 7: Zusammenhang zwischen Hauptdiagnose nach ICD-10 und CGI-Item 2

| | | CGI – Item 2 | | | | | | | Total | |
|----------|---|------------------------|---|-----------|-----------|-----------|---|---|-------|-----|
| | | nicht be- wertet | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Diagnose | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | 1 | 21 | 0 | 11 | 10 | 9 | 0 | 1 | 0 | 52 |
| | 2 | 2 | 0 | 4 | 1 | 3 | 1 | 0 | 0 | 11 |
| | 3 | 4 | 0 | 10 | 11 | 2 | 0 | 0 | 0 | 27 |
| | 4 | 20 | 1 | 19 | 17 | 4 | 1 | 0 | 1 | 63 |
| | 5 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| | 6 | 9 | 0 | 2 | 14 | 13 | 1 | 0 | 0 | 39 |
| | 7 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | 9 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| Total | | 60 | 1 | 48 | 54 | 32 | 3 | 1 | 1 | 200 |

Es zeigte sich, dass Häftlinge mit einer Suchterkrankung (F1-Störung) vornehmlich eine CGI-Item 2 Beurteilung zwischen 2 und 4 hatten. Das bedeutet, dass sich ihr Zustand unter psychiatrischer Behandlung eindeutig besserte (11) bzw. nur wenig besserte (10) oder unverändert (9) blieb. Unter den Patienten mit affektiven Störungen wurde unter Therapie in 10 Fällen der Zustand viel besser und in 11 wenig besser. 19 Häftlinge mit einer F4-Störung (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störung) besserten sich deutlich und 17 wurden nur wenig besser. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6-Störungen) blieben in der Mehrzahl der Fälle über die Behandlung hinweg nur wenig gebessert oder unverändert.

3.7 Behandlungsbedürftigkeit

Bei 100 % der vorgestellten Häftlinge wurde mindestens eine psychiatrische Erkrankung diagnostiziert. Die hohen Zahlen für Medikamentenverordnungen (73,5 %) lassen auf eine hohe Behandlungsbedürftigkeit schließen. Als ein weiterer Indikator für den Bedarf an psychiatrischer Behandlung lässt sich die relativ ausgeprägte suizidale Gefährdung von Untersuchungshäftlingen anführen. 17 % der Häftlinge wurden von Konsiliarpsychiater als Selbstmord gefährdet eingeschätzt und 4 Suizidversuche auf 200 Gefangene (2 %) haben im Zeitraum der Erhebung (60 Monate) stattgefunden.

4 Diskussion

4.1 Methodendiskussion

Im Bezug auf die statistische Auswertung zeigten sich durch das relativ kleine vorausgewählte Patientengut ($n = 200$) Grenzen in der Repräsentierbarkeit, so dass sicherlich nicht auf die Allgemeinheit aller zu behandelnden U-Häftlinge in Deutschland geschlossen werden kann. Insbesondere seltene psychiatrische Erkrankungen könnten unter- oder überpräsentiert sein.

Im Weiteren ist anzunehmen, dass neben den vorgestellten Gefangenen eine hohe „Dunkelziffer“ an ernsthaft erkrankten Häftlingen vorlag, die dem Gefängnispersonal und dem ärztlichen Gefängnisdienst nicht auffällig erschienen und so dem psychiatrischen Konsiliardienst nie zugeführt wurden. Folglich ist von dem relativ geringen Patientenaufkommen von 200 Häftlingen im Untersuchungszeitraum nicht fälschlicherweise auf eine geringe psychiatrische Erkrankungsrate in Untersuchungshaftanstalten zu schließen.

Dadurch, dass der Konsiliararzt in vielen Fällen den Häftling nur einmal bzw. wenige Male behandelte (mehr als 50 % der Häftlinge hatten 2 oder weniger Kontakte zum Psychiater), lässt sich die Diagnosestellung in komplexen bzw. lavierten Fällen in Frage stellen. Durch die überwiegend geringe Anzahl der Arzt-Patient-Kontakte entzogen sich viele Häftlinge der erneuten Beurteilung durch den Psychiater. Daher müssen ebenfalls Aussagen über Suizidalität, Compliance und (pharmakologischen) Therapieerfolg zurückhaltend bewertet werden.

Als Vorteil erwies sich der Status des Konsiliararztes. Er selbst betonte gegenüber dem einzelnen Häftling, dass er nicht zum Justizapparat gehöre und der ärztlichen Schweigepflicht bezüglich anvertrauter medizinischer Gesprächsinhalte unterläge. Dies lässt auf einen relativ offenen Umgang mit psychiatrischen Symptomen und Erkrankungen seitens des Häftlings gegenüber dem Konsiliararzt hoffen.

4.2 Ergebnisdiskussion

4.2.1 Diskussion der Hypothesen

Bei allen 200 Häftlingen (100 %) konnte der Konsiliar mindestens eine psychiatrische Diagnose stellen. Durch den Konsiliarpsychiater wurden bei Erstvorstellung 44,5 % der Untersuchungshäftlinge als deutlich krank und 11,5 % als schwer krank eingestuft. Dieser hohe Prozentsatz an diagnostizierbaren F-Störungen bzw. an psychisch Erkrankten und die erhebliche Erkrankungsschwere im vorgestellten Patientenkollektiv lässt auf einen echten Behandlungsbedarf schließen.

Im weiteren muss davon ausgegangen werden, dass die vorgestellten Patienten sich entweder so auffällig im Verhalten zeigten, dass sie vom Gefängnispersonal / dem ärztlichen Dienst zugewiesen wurden oder aber einen hohen Leidensdruck verspürten, der zum eigen formulierten Wunsch nach psychiatrischer Hilfe führte. Auch diese beiden Wege der Patientenzuführung können als Beweis für einen Therapiebedarf gewertet werden.

Es kann daher davon ausgegangen werden, dass ein echter Bedarf an psychiatrischer Behandlung vorgelegen hat, womit Hypothese 1 angenommen werden kann.

Wie in Hypothese 2 vermutet, war ein positiver Einfluss der psychiatrischen Behandlung auf den Krankheitsverlauf psychiatrischer Störungen feststellbar. 140 Häftlinge (70 %) hatten zum Psychiater mindestens 2 Kontakte, so dass bei ihnen eine Bewertung der Zustandsänderung der Erkrankung (CGI-Item 2) möglich war. 103 Personen (73,57 %) zeigten eine Krankheitsbesserung, 32 (22,9 %) eine unveränderte Schwere der Störung und 5 Gefangene (3,5 %) eine Krankheitsverschlechterung gegenüber der Erstvorstellung. Die hohe Quote der Häftlinge, deren Störung sich besserte unterstützt die Hypothese 2.

4.2.2 Vergleich mit bisherigen Studien an Untersuchungshäftlingen

Vorweg muss festgestellt werden, dass sich die Tübinger Erhebung nur bedingt mit bisherigen Studien vergleichen lässt. Dies ist aus mehreren Gründen anzunehmen: Zum einen handelte es sich um ein vorausgewähltes Patientengut (auffälliges Verhalten oder Wunsch des Häftlings nach psychiatrischer Behandlung). Andere Studien arbeiten mit der Erhebung von Krankheitsprävalenzen an der Gefängnis-Rezeption oder mit Querschnittsuntersuchungen, also mit der Gesamtheit aller U-Häftlinge während eines bestimmten Zeitpunkts/-raums.

Zum anderen wurden dem Tübinger Psychiater die Häftlinge teilweise mehrmals vorgestellt, die übrigen Erhebungen waren für den einzelnen Häftling nur zu einem einzigen Zeitpunkt. Des Weiteren muss gesagt werden, dass der Konsiliarpsychiater nicht mit Interviews arbeitete, die in anderen Studien

Verwendung fanden, sondern nur mit der vom Patienten dargebotenen Symptomatik und Beschwerdeschilderung. So könnten beim Vorliegen von larvierten, komorbiden psychischen Störungen durchaus diese nicht erkannt worden sein.

Trotz der oben angeführten Mängel in der Vergleichbarkeit sollen andere Studien in der Gegenüberstellung diskutiert werden.

Hinsichtlich des Settings ist die vorliegende Studie am ehesten mit der Vorläuferstudie von Schäfer et al. (2004) vergleichbar. Diese wurde jedoch an Strafhäftlingen durchgeführt. Ungeachtet dessen erbrachte die Tübinger Erhebung sehr ähnliche Ergebnisse: An allen dem Konsiliarpsychiater vorgestellten Häftlingen konnte mindestens eine psychiatrische Erkrankung diagnostiziert werden. Suchterkrankungen (F1-Störungen) stellten in beiden Studien die größte Störungsgruppe dar. Im Weiteren zeigten sich übereinstimmend häufig F4-Störungen (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) sowie Persönlichkeitsstörungen (F6). Ebenfalls waren viele Gefangene komorbid für mehrere psychische Erkrankungen. So zeigten die psychiatrischen Erkrankungen unter beiden Haftarten (Straf- und Untersuchungshaft) in zahlreichen Gesichtspunkten große Gemeinsamkeiten. Anders als in der früheren Studie wurden in der vorliegenden Tübinger Erhebung auch affektive Störungen (F3) diagnostiziert. Dem entgegen waren psychotische Erkrankungen unter den U-Häftlingen gegenüber den Strafhäftlingen deutlich seltener vertreten.

Tabelle 8: Prävalenz von psychischen Störungen unter U-Häftlingen in anderen Studien

| Autor, Land | Design | Population | Psychometrie | Prävalenz |
|--|--------------------|--|---|---|
| Teplin (1990), USA | an Rezeption | n = 627 m zufällig ausgewählt | Diagnostic Interview Schedule DSM-III-R 2 Wochen | insg. (exkl. Persönlichkeits- störungen) : 35% Schizophrenie: 3% Depressive Episode: 3% Neurotische Störung: 12% |
| Davidson et al. (1995), Schottland | Querschnittsstudie | n = 389 m/f zufällig ausgewählt | Clinical Interview Schedule ICD-10 momentan | insg. (exkl. Persönlichkeits- störungen / exkl.: Abhängig- keitserkrankungen): 2% |
| Andersen et al. (1996), Dänemark | an Rezeption | n = 228 m/f zufällig ausgewählt | Present State Examination ICD-10 1 Monat | insg. (exl. Persönlichkeits- störungen): 64% Schizophrenie: 4% Depressive Episode: 3% Neurotische Störung: 16% |
| Brooke et al. (1996), England/Wales | Querschnittsstudie | n = 750 m zufällig ausgewählt | Semi-structured interview ICD-10 momentan | insg. (exkl. Persönlichkeits- störungen): 63% Psychotische Störung: 5% Neurotische/ Affektive Störung: 26% |
| Birmingham et al. (1996), England | an Rezeption | n = 549 m zufällig ausgewählt | Semi- structured interview ICD-10 momentan | insg. (inkl. Persönlichkeits- störung) : 26% Schizophrenie: 4% Depressive Episode: 2% Neurotische Störung: 9% |
| Corrado et al. (2000), Canada | Querschnittsstudie | n = 192 m zufällig ausgewählt | Diagnostic Interview Schedule DSM-III momentan | insg. (inkl. Persönlichkeits- störungen) : 94% Schizophrenie: 5% Depressive Episode: 10% Neurotische Störung: 41% |
| Brinded et al. (2001), Neuseeland | Querschnittsstudie | n = 441 m alle | Composite International Diagnostic Interview DSM-IV momentan | Schizophrenie: 3% Depressive Episode: 12% |

Besprochen werden sollen im Folgenden die fünf größten Störungsgruppen der Tübinger Erhebung, nämlich die F1-, die F4, die F6, die F3 und die F2-Störungen:

Die Diagnose der Suchterkrankung (F1) konnte bei 43,5 % der Gefangenen gestellt werden. In 7 % lag ein Alkoholabusus vor und 36,5 % der Untersuchungshäftlinge waren von Drogenmissbrauch/-abhängigkeit betroffen. Andersen et al. (1996) wiesen 44 % als suchtkrank aus (Alkohol: 12 %; Drogen: 31 %). Teplin (1994) zeigte für die USA eine Quote an Suchterkrankungen von 29 % (Alkohol: 19 %; Drogen: 15 %). Für England fand sich eine Rate von 38 % (Brooke et al. 1996). Mit Abstand die höchsten Morbiditätsrate unter U-Häftlingen zeigte Corrado et al. (2000) für Canada mit 86 % (Alkohol: 64 %; Drogen: 38 %).

Etwa 35 % der Tübinger Gefangenen zeigten sich von einer F4-Störung (neurotische, Belastungs- und somatoformen Störung) betroffen. Unter 27 % war dies in Form einer Anpassungsstörung der Fall. In 3,5 % litten die Häftlinge an einer akuten Belastungsreaktion, in 2,5 % an einer phobischen Störung, in 2,2 % an einer akuten Belastungsreaktion, in 1 % an einer sonstigen Angststörung, in je einem Fall an einer somatoformen Störung und eine posttraumatischen Belastungsstörung. Mit dieser Häufigkeit an F4-Störungen entspricht bzw. übersteigt die Tübinger Erhebung die Quote anderer Studien.

Utting (2002) berichtete über Angststörungen mit 28 % und Posttraumatische Belastungsstörungen mit 3,7 %, also insgesamt 31,7 % der deutschen U-Häftlinge. In der Erhebung von Brooke et al. (1996) waren von einer Störungen

der F4-Gruppe 25,6 % der U-Häftlinge in England und Wales betroffen, nämlich 18 % von neurotischen Störungen und 7,6 % von Anpassungsstörungen. Die F4-Störungen nahmen bei Birmingham et al. (1996) in Form von Anpassungsstörungen (3 %) und Angststörungen (6 %) zusammengerechnet nur 9 % ein. Andersen et al. (1996) berichtete bezüglich neurotischen, stress-bedingten und somatoformen Störungen über eine Quote von 16 % der dänischen U-Häftlinge. Corrado et al. (2000) zeigte für kanadische U-Häftlinge neurotische Störungsrate von 41 %. Mit 12 % waren laut Teplin (1990) amerikanische Untersuchungshäftlinge an einer neurotischen Störung erkrankt.

An einer Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung (F6) waren 24,5 % erkrankt. Die überwiegende Zahl, 24 Gefangene, zeigte sich durch die emotional instabile Persönlichkeitsstörung betroffen. Nur bei 5 Häftlingen (2,5 %) wurde eine dissoziale Persönlichkeit diagnostiziert.

Andersen et al. (1996) gab Zahlen von 17 % der dänischen Häftlinge an, die an einer dissozialen Persönlichkeitsstörung litten.

Unter den englischen U-Häftlingen waren 7 % an einer Persönlichkeitsstörung erkrankt (Birmingham et al. 1996).

Die Anzahl an affektiven Störungen (F3) im vorgestellten Tübinger Patientengut betrug 29 Erkrankte (14,5 %). Bemerkenswert war, dass nur in 17 Fällen (8,5 %) eine Depression diagnostiziert wurde. Vergleicht man diese Zahlen mit der Studie von Andersen et al. (1996) zeigt sich eine relative Übereinstimmung. Sie geben die Punktprävalenz bei einem psychiatrischen

Interview innerhalb der ersten 5 Tage der Inhaftierung an affektiven Störungen mit 10 % an, davon in 5 % depressive Episoden. Birmingham et al. (1996) nennen eine niedrigere Prävalenz an affektiven Störungen mit 4 % unter 569 englischen U-Häftlingen.

Die Diagnosehäufigkeit an depressiven Störungen im Tübinger Patientengut war etwa die Punktprävalenz von Depressionen bei unverurteilten männlichen Gefangenen aus England und Wales. Dort zeigte sich in 7,6 % der untersuchten Häftlinge eine milde oder moderate Depression und in 1,9 % eine schwere Depression (Brooke et al. 1996).

Deutlich spricht die Erhebung von Utting (2002) für ein Unterrepräsentiertheit an depressiven U-Häftlinge in der Tübinger Erhebung. Er nennt als höchste prävalente Störung die Major Depression mit 15,9 % unter deutschen Untersuchungshäftlingen.

Alle vier oben genannten Erhebungen an unausgewählten Populationen von Untersuchungshäftlingen beruhen auf einem Interview, wodurch bei Utting (2002) eine höhere Rate an depressiven Erkrankungen diagnostiziert wurde als im vorausgewählten Tübinger Patientengut. Dem mag zu Grunde liegen, dass insbesondere depressive Häftlinge, oft still und zurückgezogen, nicht den Haftablauf stören und folglich auch nicht dem Psychiater zugeführt werden. So könnten sie unterrepräsentiert geblieben sein.

Es lässt sich die Vermutung anstellen, dass die Sensitivität (Richtigpositiv-Rate) der Interviews zum Teil höher war als die Rate der (Selbst-) Zuweisungen in der Tübinger Erhebung hinsichtlich dem Erkennen von Depressivität. Anzunehmen ist, wenn man der obigen Studie von Utting (2002) Glauben schenkt, dass etliche depressive Untersuchungshäftlinge dem

Konsiliarpsychiater im Erhebungszeitraum nicht zugeführt und damit unbehandelt geblieben sind.

Störungen aus dem Kreis der Schizophrenie, der schizotypen und wahnhaften Störung (F2) diagnostizierte der Konsiliarpsychiater in 6 % der vorgestellten Häftlinge, in der Mehrzahl in Form der paranoiden Schizophrenie. Bei den Studien von Corrado et al. (2000) und Brooke et al. (1996) zeigten sich 5 % an einer Schizophrenie erkrankt. Birmingham et al. (1996) und Andersen et al. (1996) geben die Schizophrenie mit 4 % an. Brinded et al. (2001) sowie die amerikanische Erhebung von Teplin (1990) liegen mit 3 % noch darunter. Die Prozentzahlen der Untersuchungshäftlinge, die an einer F2-Störung litten, zeigen sich also in den verschiedenen Erhebungen sehr homogen.

4.2.3 Komorbidität

Mit 32 % lag der Anteil der Untersuchungshäftlinge, die an einer zweiten psychischen Störung litten, hoch.

Häftlinge, die von einer F4- (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) oder F3-Störung (Affektive Störungen) betroffen waren, zeigten auffällig hohe Prävalenzen für Suchterkrankungen (F1). Es ist nicht eruirbar in wie weit die Suchterkrankung als Folge oder Ursache der F4- bzw. F3-Störung verstanden werden muss, jedoch scheint eine enge Kausalität zwischen diesen Störungsbildern plausibel.

Ebenfalls stellte sich ein Zusammenhang zwischen F1- (Suchterkrankungen) und F5-Diagnosen (Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen

Störungen oder Faktoren) dar. Wieder wäre zu hinterfragen, welche Störung zuerst vorhanden war.

Die Meta-Analyse durch Frei et Rehm (2002), die eine Lebenszeitprävalenz von 78% für eine komorbide psychische Erkrankung bei einer Opioidabhängigkeit aufzeigte, lässt sich an dieser Stelle anführen. Andersen et al. (1996) stellten einen engen Zusammenhang von Suchterkrankungen und affektiven Störungen dar.

4.2.4 Suizidalität

17 % der Häftlinge (34) wurden vom Konsiliarpsychiater als Selbstmord gefährdet eingestuft. 2 der 4 Suizidversuche ereigneten sich nach über einem halben Jahr U-Haftzeit. Auch wenn bei diesen niedrigen Zahlen keine übertriebenen Interpretationen erlaubt sind, lässt sich im Bezug auf das Suizidrisiko die Studie von Frühwald et al. (2000) anführen. Dort wurde festgestellt, dass das Selbsttötungsrisiko ansteigt, wenn die Untersuchungshaft überdurchschnittlich lange dauert.

4.2.5 Verlauf und Behandlungsbedürftigkeit

Die größte Gruppe, nämlich 44,5 % der U-Häftlinge wurden beim CGI-Item 1 mit dem Score 5 (deutlich krank) eingestuft, 11,5 % sogar als schwer krank (Score 6). Dies sollte als ein deutlicher Beweis für einen psychiatrischen Behandlungsbedarf gewertet werden.

Der CGI-Item 2 zeigte im Verlauf bei Wiedervorstellung unter 38,6 % eine geringe Besserung und bei 34,3 % einen viel besseren Gesundheitszustand. Nur bei 3,5 % verschlechterte sich der Zustand in der Zwischenzeit. Dieses

gute Outcome im Rahmen der psychiatrischen Behandlung lässt den Konsiliardienst sinnvoll erscheinen.

4.3 Ausblick

In eine aktuelle Beschreibung der Versorgungskonzepte für Straf- und Untersuchungsgefangene mit psychischen Störungen in 24 europäischen Ländern zeigten sich Diagnose-, Behandlungsstrukturen und epidemiologische Maßzahlen defizitär. Die Autoren forderten europaweite Standardisierungen und eine fundamentale Verbesserung der Datenlage (Salize et Dressing 2008).

Zum tieferen Verständnis psychischer Erkrankungen unter Untersuchungshaftbedingungen und zur Prävalenzerhebung psychiatrischer Störungen unter Untersuchungsgefangenen sind weitere Studien sicherlich sinnvoll. Nur so kann das Ausmaß der Behandlungsbedürftigkeit eingestuft werden. Dabei ist es zweckmäßig Untersuchungsinstrumente wie Interviews zu standardisieren und zu vereinheitlichen um Vergleiche im Patientenaufkommen zwischen verschiedenen Haftanstalten zuzulassen.

Trotz der Schwierigkeit der Nachverfolgung der einzelnen Häftlinge und ihrer Krankheitsentwicklung ist davon auszugehen, dass längerfristige Follow-up Studien zur Analyse des Nutzens psychiatrischer Therapie und ggf. medikamentöser Behandlung anzustreben sind.

Eine umfassende Zusammenarbeit und ein reger Informationsaustausch zwischen der Ärzteschaft, dem psychologischen Dienst, Sozialarbeitern und

dem Gefängnispersonal wären sicherlich für den einzelnen psychisch kranken Häftling, seine Heilungs- und damit auch Zukunftschancen, von Vorteil.

Aufgrund der Ergebnisse der vorliegenden Erhebung erscheint der Ausbau einer angemessenen psychiatrischen Versorgungsstruktur, wie beispielsweise ein psychiatrischer Konsiliardienst, dringend erforderlich.

Die für den Justizvollzug verantwortlichen Politiker müssen sich ihrer Verantwortung für psychisch kranke Häftlinge bewusst werden und im Interesse der Resozialisierung auch danach handeln (Foerster et Foerster 2008).

5 Zusammenfassung

In zahlreichen internationalen Studien wurden übereinstimmend hohe Prävalenzraten an psychischen Störungen in Gefängnispopulationen gefunden, insbesondere unter Untersuchungshäftlingen. Für Deutschland liegen keinerlei Daten bezüglich Häufigkeiten der verschiedenen psychischen Störungen von Untersuchungsgefangenen vor.

An 200 ausgewählten männlichen Untersuchungshäftlingen der Außenstelle Tübingen (Justizvollzugsanstalt Rottenburg, Baden-Württemberg), die der psychiatrische Konsiliardienst zwischen August 2003 und Juli 2008 (60 Monate) behandelte, wurde die Art der psychischen Erkrankung ermittelt. Ziel der Erhebung war die Untersuchung der Annahme, ob ein echter Bedarf an konsiliarpsychiatrischer Behandlung bestand und ob diese einen positiven Einfluss auf den Krankheitsverlauf hatte.

Soziodemographische Daten wie Alter, Familienstand, Nationalität und Bekenntnis wurden ermittelt. Im Weiteren wurden Haftalter bei psychiatrischer Erstvorstellung, eventueller Aufenthalt im Justizvollzugskrankenhaus Hohenasperg, das eventuelle Vorhandensein von Suizidalität und Schlafstörungen, angeordnete Medikation und die Compliance des U-Häftlings erfasst. Die psychiatrische(n) Diagnose(n) wurden nach ICD-10 vergeben. Zur Globalbeurteilung des Erfolgs psychiatrischer, insbesondere psychopharmakologischer Behandlung dienten die Clinical Global Impressions Skalen (CGI).

Bei 100 % der U-Häftlinge konnte mindestens eine F-Diagnose durch den Kon-

siliarpsychiater gestellt werden. Als größte Störungsgruppen erwiesen sich die F1-Störungen (Suchterkrankungen) mit 43,5 %, gefolgt von den F4-Störungen (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) mit 35 %. Noch relativ stark vertreten waren die F6-Diagnosen (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen) mit 24,5 %. Unter 14,5 % der U-Häftlinge konnte eine affektive Störung (F3) diagnostiziert werden und 6 % litten an einer F2-Störung (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störung).

Der hohe Prozentsatz an diagnostizierten psychischen Störungen spiegelt einen hohen psychiatrischen Behandlungsbedarf wieder. Der überwiegende Anteil (73,6 %) der Störungen besserte sich unter konsiliarpsychiatrischer Behandlung, womit von einem positiven Einfluss auf den Krankheitsverlauf ausgegangen werden kann.

Weitere Studien in Untersuchungshaftanstalten sind zur Prävalenzerhebung psychiatrischer Störungen erforderlich, um das Ausmaß der Behandlungsbedürftigkeit einstufen zu können.

In Anbetracht der vorliegenden Erhebung - dem Vorhandensein psychischer Störungen sowie der Notwendigkeit an Behandlung psychisch kranker Untersuchungshäftlinge - erscheint der Ausbau einer angemessenen psychiatrischen Versorgungsstruktur, wie beispielsweise dem psychiatrischen Konsiliardienst, dringend erforderlich.

6 Literaturverzeichnis

Andersen HS

Mental health in prison populations. A review – with special emphasis on a study of Danish prisoners on remand.

Acta Psychiatr Scand (2004) 110 (Suppl. 424): 5-59

Andersen HS, Sestoft D, Lillebæk T, Gabrielsen G, Hemmingsen R, Kramp PA
A longitudinal study of prisoners on remand: psychiatric prevalence, incidence and psychopathology in solitary vs. Non-solitary confinement.

Acta Psychiatr Scand (2000) 102:19-25

Andersen HS, Sestoft D, Lillebæk T, Gabrielsen G, Kramp P

Prevalence of ICD-10 Psychiatric Morbidity in Random Samples of Prisoners on Remand.

Int J Law Psychiatr (1996) 19(1): 61-74

Angermeyer MC, Schulze B

Mentally ill patients – a danger?.

Psychiatr Prax. (1998) 25(5): 211-20

Arboleda –Flórez J, Holley HL, Crisanti A

Mental illness and violence: proof or stereotype?.

Public Health Agency of Canada, Health Canada, 1996

Bennefeld-Kersten K

Suicide in Justizvollzugsanstalten der Bundesrepublik Deutschland in den Jahren 2000 bis 2004.

Kriminologischer Dienst im Bildungsinstitut des niedersächsischen Justizvollzuges, Sept. 2005

Birmingham L

Mental disorder and prisons.

Psychiatr Bull (2004) 28: 393-397

Birmingham L, Mason D, Grubin D
Prevalence of mental disorder in remand prisoners: consecutive case study
BMJ (1996) 313: 1521-1524

Bisson Hans Eugen
Statement, 159-168
In: Hillenkamp T, Tag B (Hrsg.): Intramurale Medizin – Gesundheitsfürsorge
zwischen Heilauftrag und Strafvollzug
Springer-Verlag, Berlin Heidelberg 2005

Blaauw E, Roesch R, Kerkhof AJFM
Mental disorder in European prison systems.
Int J Law Psychiatry (2000) 23: 649-663

Böker W, Häfner H
Gewalttaten Geistesgestörter – Eine psychiatrisch-epidemiologische
Untersuchung in der Bundesrepublik Deutschland.
Springer-Verlag, Berlin Heidelberg New York 1973

Brinded PM, Simpson AI, Laidlaw TM, Fairley N, Malcolm F
Prevalence of psychiatric disorders in New Zealand prisons: a national study.
Aust N Z J Psychiatry (2001) 35(2): 166-173

Brooke D, Taylor C, Gunn J, Maden A
Point prevalence of mental disorder in unconvicted male prisoners in England
and Wales.
BMJ (1996) 313: 1524-1527

Bundesministerium des Innern, Bundesministerium der Justiz
Erster Periodischer Sicherheitsbericht.
Berlin, Juli 2001
<http://www.bmi.bund.de>

Coester Marc (2006)

Stichworte: „Selbstmord“, „Verurteilstkriminalität/Vorurteilsverbrechen“, „Evaluation“

In: Feltes, Thomas (Hrsg.): Krimlex. Kriminologie Lexikon Online.

<http://www.krimlex.de>

Corrado RR, Cohen I, Hart S, Roesch R

Comparative examination of the prevalence of mental disorders among jailed inmates in Canada and the United States.

Int J Law Psychiatry (2000) 23: 633-647

Dahle K-P, Schneider V, Konrad N

Psychotherapie im Justizvollzug nach Änderung des Strafvollzugsgesetzes.

Psychother Psych Med (2003) 53: 178-184

Davidson M, Humphreys MS, Johnstone EC, Owens DG

Prevalence of psychiatric morbidity among remand prisoners in Scotland.

Br J Psychiatry (1995) 167(4): 545-8

Dooley E

Prison Suicide in England and Wales, 1972-87

Br J Psychiatry (1990) 156: 40-45

DuRand C, Burtka GJ, Federmann EJ, Haycox JA, Smith JW

A Quarter Century of Suicide in a Major Urban Jail: Implications for Community Psychiatry.

Am J Psychiatrie (1995) 152(7): 1077-1080

Fazel S, Benning R, Danesh J

Suicide in male prisoners in England and Wales, 1978-2003

Lancet (2005) 366: 1301-1302

Fazel S, Danesh J

Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys.

Lancet (2002) 359: 545-550

Foerster K, Foerster M

Psychisch kranke Straftäter im Regelvollzug – vergessen von Justiz und Psychiatrie?, 897-908

In: Schöch H, Satzger H, Schäfer G, Ignor A, Knauer C: Strafverteidigung, Revision und die gesamte Strafrechtswissenschaften.

Carl Heymanns Verlag (2008)

Frei A, Rehm J

The prevalence of psychiatric co-morbidity among opioid addicts.

Psychiatr Prax (2002) 29(5): 258-62

Frühwald S, Frottier P, Eher R, Aigner M, Gutierrez K, Ritter K

Gefangenensuizide: Hinweise zur Abschätzung der Suizidgefahr

Psychiatr Prax (2000) 27: 195-200

Gunn J, Maden A, Swinton M

Treatment needs of prisoners with psychiatric disorders.

BMJ (1991) 303: 338-41

Haller R, Dittrich I, Kocsis E

Wie gefährlich sind Patienten mit psychischen Störungen?.

Wiener Medizinische Wochenschrift WMW (2004) 154(15-16): 356-365

He XY, Felthous AR, Holzer CE 3rd, Nathan P, Veasey S

Factors in prison suicide: one year study in Texas

J Forensic Sci (2001) 46(4): 896-901

Heinemann A, Bohlen K, Püschel K

Abstinenzorientierte Behandlungsstrategien im Strafvollzug: Evaluation des Abstinenzprogramms der JVA Vierlande in Hamburg.

Suchttherapie (2002) 3: 146-154

Heinz Wolfgang

Das strafrechtliche Sanktionensystem und Sanktionierungspraxis in Deutschland 1882 – 2001.

Konstanzer Inventar Sanktionsforschung im Internet; Version 6/2003

<http://www.uni-konstanz.de/rtf/kis>

Hodgins S

Gewalt und Kriminalität bei psychisch Kranken.

Neuropsychiatrie (2006) 20(1): 7-14

Holmes TH & Rahe RH

The social readjustment rating scale.

Journal of Psychosomatic Research (1967) 11: 213-218

Joukamaa M

Prison suicide in Finland, 1969-1992

Forensic Sci Int (1997) 89(3): 167-74

Keppler Karlheinz

Gefängnismedizin im Frauenvollzug, 169-193

In: Hillenkamp T, Tag B (Hrsg.): Intramurale Medizin – Gesundheitsfürsorge zwischen Heilauftrag und Strafvollzug.

Springer-Verlag, Berlin Heidelberg 2005

Kjelsberg E, Hartvig P, Bowitz H, Kuisma I, Norbeck P, Rustad A, Seem M, Vik T

Mental health consultations in a prison population: a descriptive study.

BMC Psych (2006) 6: 27

Konrad N

Prisons as new asylums.

Curr Opin Psychiatry (2002) 15: 583-587

Konrad N

Die Versorgungssituation psychisch Kranker im Justizvollzug.

Recht & Psychiatrie (2003) 21: 5-8

Konrad N, Missoni L

Psychiatrische Behandlung von Gefangenen in alltagspsychiatrischen Einrichtungen am Beispiel von Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz.

Psychiat Prax (2001) 28: 35-42

Kovaszny B, Miraglia R, Beer R, Way B
Reducing suicides in New York State correctional facilities.
Psychiatr O (2004) 75(1): 61-70

Krausz M, Verthein U, Degkwitz P
Prevalence of psychiatric disorders in opiat dependent patients in contact with the
drug treatment system.
Nervenarzt (1998) 69(7): 557-67

Lekka NP, Argyriou AA, Beratis S
Suicidal ideation in prisoners: risk factors and relevance to suicidal behaviour:
A prospective case-control study.
Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci (2006) 256: 87-92

Lukasiewicz M, Falissard B, Michel L, Neveu X, Reynaud M, Gasquet I
Prevalence and factors associated with alcohol and drug-related disorders in
prison: a French national study.
Subst Abuse Treat Prev Policy (2007) 2:1

Marcus P, Alcabes P
Characteristic of Suicides by Inmates in an Urban Jail.
Hosp Community Psychiatry (1993) 44(3): 256-261

Matschnig T, Frühwald S, Frottier P
Suicide hinter Gittern im internationalen Vergleich
Psychiat Prax (2006) 33: 6-13

Meyer C, Rumpf H-J, Hapke U, Dilling H, John U
Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen
Allgemeinbevölkerung Ergebnisse der TACOS-Studie.
Nervenarzt (2000) 71(7): 535-542

Missoni L, Konrad N
Beteiligung des Maßregelvollzuges an der psychiatrischen Versorgung von
Straf- und Untersuchungsgefangenen in Deutschland.
Recht und Psychiatrie (1998) 16: 84-90

Missoni L, Konrad N

Beurteilung der Suizidgefährdung in Untersuchungshaft – Ergebnis einer Studie in der JVA Berlin-Moabit.

Recht und Psychiatrie (2008) 26: 3-14

O'Driscoll C, Samuels A, Zacka M

Suicide in New South Wales Prisons, 1995-2005: towards a better understanding.

Aust N Z J Psychiatry (2007) 41(6): 519-24

Priebe S, Badesconyi A, Fioritti A, Hansson L, Kilian R, Torres-Gonzales F, Turner T, Wiersma D

Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries.

BMJ (2005) 330: 123-126

Rauchfleisch Udo

Außenseiter der Gesellschaft – Psychodynamik und Möglichkeiten zur Psychotherapie Straffälliger.

Vandenhoeck & Ruprecht, 1999

Salize HJ, Dressing H

Epidemiologie und Versorgung psychischer Störungen im europäischen Strafvollzug.

Psychiat Prax (2008) 35: 353-360

Schäfer G, Schubert W, Bartels M, Foerster K

Psychiatrische Konsiliartätigkeit in der Justizvollzugsanstalt Rottenburg.

Psychiat Prax (2004) 31: 4-10

Schöch Heinz

Psychisch kranke Gefangene im Strafvollzug

WsFPP (2008) 1: 5-18

von Schönfeld C-E, Schneider F, Schröder T, Widmann B, Botthof U, Driessen M

Prävalenz psychischer Störungen, Psychopathologie und Behandlungsbedarf bei weiblichen und männlichen Gefangenen.

Der Nervenarzt (2006) 77(7): 830-841

Shaw J, Baker D, Hunt IM, Moloney A, Appleby L

Suicide by prisoners

Br J Psychiatry (2004) 184: 263-267

Sloane B

Suicide attempts in the District of Columbia prison system.

Omega: Journal of Death and Dying (1973) 4(1): 37-50

Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2009, Rechtspflege: Bestand der Gefangenen und Verwahrten in den deutschen Justizvollzugsanstalten nach ihrer Unterbringung auf Haftplätzen des geschlossenen und offenen Vollzuges jeweils zu den Stichtagen 31. März, 31. August und 30. November eines Jahres, erschienen am 17.02.2009

<http://www.destatis.de>

Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2009, Rechtspflege: Strafvollzug – Demographische und kriminologische Merkmale der Strafgefangenen zum Stichtag 31.03.2008, erschienen am 30.01.2009

<http://www.destatis.de>

Stöver H

Healthy prisons- eine innovative und umfassende Strategie zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit in Haft, 498

Oldenburg: BIS-Verlag (2000)

Stöver H, Heinemann A

Editorial

Suchttherapie (2002) 3: 133-134

Teplin LA

The prevalence of severe mental disorder among male jail detainees:
comparison with Epidemiologic Catchment Area Program.
Am J Public Health (1990) 80: 663-669

Teplin LA

Psychiatric and substance abuse disorders among male urban jail detainees.
Am J Public Health (1994) 84: 290-293

Torrey EF

Editorial: Jails and Prisons – America's new mental hospitals.
Am J Public Health (1995) 85: 1611-1613

Torrey EF, Stieber J, Ezekiel J, Wolfe sm, Sharfstein J, Noble JH, Flynn LM
Criminalizing the Seriously Mentally Ill: The Abuse of Jails as Mental Hospitals.
Report of the National Alliance for the Mentally Ill and Public Citizen's Health
Research Group (1992)

Utting F

Prävalenz psychischer Störungen bei Untersuchungsgefangenen.
Medizinische Dissertation, FU Berlin (2002)

Wittchen H-U, Jacobi F

Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland: Eine klinisch-
epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys
1998.
PTJ (2002) 1(1): 6-15

Witzel JG, Bausch-Hölterhoff J, Skirl M

Zur Situation des psychisch Kranken in Haft am Beispiel der JVA Werl.
Forensische Psychiatrie und Psychotherapie (2004) 3: 53-67

Witzel JG, Gubka U

Ergebnisse der stationären Akutbehandlung psychisch kranker Häftlinge in
einer als Modellprojekt speziell eingerichteten psychiatrischen
Behandlungsabteilung in der JVA Werl.
Forensische Psychiatrie und Psychotherapie (2002) 2: 49-59

7 Danksagung

Mein besonderer Dank gilt Herrn Dr. Constantin Mänz für die von Ihm eigens gesammelten Daten und die treue Begleitung der vorliegenden Arbeit.

Ebenfalls möchte ich mich bei Herrn Prof. Dr. Klaus Foerster für die Unterstützung durch umfangreiche Fachliteratur und die Doktorvaterschaft bedanken.

Sehr hilfreich war Sascha Roth, der als Justizbeamter durch sein Engagement eine große Unterstützung in der Datensammlung darstellte.

8 Lebenslauf

Persönliche Daten:

Julia Maria Eckert

geboren am 16.04.1983 in Künzelsau

ledig

Vater: Udo Eckert, Mutter: Waltraud Eckert

Schulischer Werdegang:

Besuch der Grundschule Künzelsau (1989-1993)

Besuch des Ganerben-Gymnasiums Künzelsau (1993-2002)

Abschluss: Allgemeine Hochschulreife (2002)

Universitärer Werdegang:

SS 2003 Beginn des Studiums der Medizin in der Ludwig-Maximilians-
Universität München

Ablegen der Ärztlichen Vorprüfung (09.03.2005)

SS 2005 bis WS 2005/06 Studium der Medizin in der Technischen Universität
München

seit SS 2006 Studium der Medizin in der Eberhard Karls Universität Tübingen

25.08.2008 bis 26.07.2009 Praktisches Jahr

- Erstes Tertial (Chirurgie) am Klinikum Esslingen
und West Cumberland Hospital (UK)
- Zweites Tertial (Innere Medizin) am Klinikum
Esslingen
- Drittes Tertial (Neurologie) an der Universitäts-
klinik Tübingen

Ablegen der Ärztlichen Prüfung / 2. Staatsexamen (06.11.2009)