

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

„Institutionalisierung psychisch Kranker in Deutschland: Indikatoren  
und Trends“.

zur Erlangung des akademischen Grades  
Doctor rerum medicinalium (Dr. rer. medic.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät  
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Jan Mir

aus Berlin

Datum der Promotion: 05.06.2016

## Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Jan Mir, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Institutionalisierung psychisch Kranker in Deutschland: Indikatoren und Trends“ selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung (siehe „Uniform Requirements for Manuscripts (URM)“ des ICMJE -[www.icmje.org](http://www.icmje.org)) kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet.

Meine Anteile an den ausgewählten Publikationen entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem/der Betreuer/in, angegeben sind. Sämtliche Publikationen, die aus dieser Dissertation hervorgegangen sind und bei denen ich Autor bin, entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§156,161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

Datum

Unterschrift

### *Anteilerklärung an den erfolgten Publikationen*

Jan Mir hatte folgenden Anteil an den folgenden Publikationen:

Publikation 1: Mir J, Priebe S, Mundt AP. Psychisch Kranke in Ost- und Westdeutschland - Indikatoren der Institutionalisierung seit der politischen Wende. Nervenarzt. 2013

Beitrag im Einzelnen: Literaturrecherche, Datenerhebung, Datenauswertung, Schreiben des Artikels

Publikation 2: Mir J, Kastner S, Priebe S, Konrad N, Ströhle A, Mundt AP. Treating substance abuse is not enough: comorbidities in consecutively admitted female prisoners. Addict Behav 2015.

Beitrag im Einzelnen: Literaturrecherche, Organisation der Studie, Mitwirkung Ethikantrag, Datenerhebung, Datenauswertung, Schreiben des Artikels

Publikation 3: Mundt AP, Kastner S, Mir J, Priebe S. Did female prisoners with mental disorders receive psychiatric treatment before imprisonment? BMC Psychiatry 2015.

Beitrag im Einzelnen: Vorbereitung der Studie, Literaturrecherche, Datenerhebung

Unterschrift, Datum und Stempel des betreuenden Hochschullehrers/der betreuenden Hochschullehrerin

Unterschrift des Doktoranden/der Doktorandin

## Inhaltsverzeichnis

Abstract Deutsch .....	1
Absract English .....	2
<b>1 Einführung.....</b>	<b>3</b>
1.1 Veränderungen in der psychiatrischen Versorgung seit den 50er Jahren .....	3
1.2 Suchterkrankungen und psychische Störungen bei inhaftierten Frauen .....	5
1.3 Psychiatrische Vorbehandlungen bei strafgefangenen Frauen .....	6
<b>2 Methodik .....</b>	<b>7</b>
2.1 Indikatoren der Institutionalisierung .....	7
2.2 Erhebung der Prävalenzraten für Suchterkrankungen und komorbider psychischer Störungen bei strafgefangenen Frauen.....	9
2.3 Erhebung der psychiatrischen Behandlungsvorgeschichte strafgefangener Frauen.....	10
<b>3 Ergebnisse.....</b>	<b>10</b>
3.1 Indikatoren der Institutionalisierung .....	10
3.2 Prävalenzraten von Suchterkrankungen und komorbider psychischer Störungen bei strafgefangenen Frauen .....	12
3.3 Behandlungsvorgeschichte bei strafgefangenen Frauen .....	16
<b>4. Diskussion .....</b>	<b>17</b>
Literaturverzeichnis.....	21

## Abstract

**Einführung:** Die vorgelegte Arbeit hatte das Ziel, Indikatoren der Institutionalisierung psychisch Kranker in historischen Zeitreihen zu erfassen, zu denen auch die Zahlen der Strafgefangenen gezählt werden. Um weiter einschätzen zu können, inwieweit Gefangenenraten Indikatoren der Institutionalisierung von psychisch Kranken sind, sollte die Häufigkeit von psychischen Störungen und Suchterkrankungen bei strafgefangenen Frauen untersucht werden. Behandlungsvorgeschichten in der Psychiatrie bei den Strafgefangenen sollten weiteren Aufschluss über die Interdependenz von psychiatrischem Behandlungssystem und Strafvollzug geben.

**Methodik:** Psychiatrische Bettenzahlen, Gefangenenraten, die Belegung im Maßregelvollzug und Plätze in betreuten Wohneinrichtungen wurden in historischen Zeitreihen getrennt für das frühere Ost- und Westdeutschland seit der politischen Wende zusammengetragen. Dazu wurden Ministerien und Behörden auf Bundes- und Länderebene kontaktiert. Weiterhin wurden 150 neuinhaftierte Frauen in der zentralen Aufnahmestelle des Frauenstrafvollzuges in Berlin mit dem Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI) und dem Borderline Modul des SKID-II interviewt. Prozentwerte und 95% Konfidenzintervalle (KI) wurden für die Häufigkeit von Psychischen Störungen und Suchterkrankungen errechnet. Frühere stationäre und ambulante Behandlungserfahrungen wurden mit Hilfe von strukturieren Fragen erhoben.

**Ergebnisse:** In Ostdeutschland kam es nach der politischen Wende zu einem Abbau der allgemeinpsychiatrischen Betten um 61% sowie zu einem Rückgang der Gefangenenrate um 77%, so dass es innerhalb weniger Jahre zu einer Angleichung der Raten zwischen Ost- und Westdeutschland kam. In beiden Teilen Deutschlands wurden Kapazitäten im Maßregelvollzug, im betreuten Wohnen und in Rehabilitationseinrichtungen aufgebaut. In Westdeutschland sank die Zahl der psychiatrischen Betten zwischen 1989 Jahr 2003 um 40%. Im gleichen Zeitraum stieg die Zahl der Strafgefangenen um 33%. Nach 2003 wuchs die Zahl der Psychiatriebetten leicht, während die Zahl der Gefangenen sank. Die Untersuchung der inhaftierten Frauen zeigte, dass 62% eine Suchterkrankung hatten. Die meisten dieser Frauen (90%) hatten mindestens eine weitere psychische Störung, 68% hatten im Laufe des Lebens eine affektive Störung, 49% eine Borderline oder Antisoziale Persönlichkeitsstörung, 44% eine Angststörung. Der Großteil (66%) der Gefangenen hatte vor der Inhaftierung stationäre (53%) und/oder ambulante (41%) psychiatrische Behandlung gehabt.

**Schlussfolgerung:** Eine Angleichung bezüglich der Art und Häufigkeit von Institutionalisierung vollzog sich zwischen Ost- und Westdeutschland innerhalb weniger Jahre nach der politischen Wende. Gegenläufige Entwicklung von Bettenzahlen in Psychiatrien und Gefangeneneraten vor allem für Westdeutschland könnte für Transinstitutionalisierungsphänomene zwischen Strafvollzug und Psychiatrie sprechen. Inhaftierte Frauen weisen hohe Raten an psychischen Störungen auf. Insbesondere Frauen mit Suchterkrankungen hatten häufig komorbide psychische Störungen. Frauen im Strafvollzug hatten überraschend hohe Raten an stationär psychiatrischer Behandlungsvorgeschichte, was für eine hohe Interdependenz der beiden Systeme sprechen kann.

### Abstract

**Introduction:** The present work had the objective to assess trends of indicators of institutionalization of mentally ill in historic time series. Further aim of the work was to determine the prevalence rates of substance use disorders and comorbid mental disorders in newly admitted women in the prison system. Treatment histories in psychiatry of prison inmates should yield further information on the interdependence of the psychiatric treatment system and penal justice system.

**Methods:** Psychiatric bed numbers, prison populations, the occupation in the forensic system and number of people living in assisted housing facilities were collected in historical time series separately for the former East and West Germany since the political change of the year 1990. Ministries, public and private agencies were contacted on the federal and state level. Furthermore 150 newly admitted women were interviewed in the central receiving facility of the female prison system in Berlin using the Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI) and the Borderline module of the SCID-II. Percentages and 95% confidence intervals (CI) were calculated for the prevalence of mental disorders and substance use disorders. The frequency of inpatient and outpatient mental health treatment prior to imprisonment was assessed using structured questions.

**Results:** In East Germany after the political change the general psychiatric beds were reduced by 61%. The prison population rate went down by 77%, so that it came to an alignment of rates between East and West Germany within a few years. In both parts of Germany capacities in the

forensic system, in assisted housing and in rehabilitation facilities were built up. In West Germany the number of psychiatric beds decreased between 1989 and 2003 by 40%. During the same period, the number of prison inmates grew by 33%. After 2003 the number of psychiatric beds increased slightly, while the number of prisoners went down. The study of women in prison showed that 62% had any substance use disorder. Most of these women (90%) had at least one other mental disorder, 68% had any lifetime mood disorder, 49% had borderline or antisocial personality disorder, 44% any anxiety disorder. The majority (66%) of the prisoners had been in inpatient (53%) and/or outpatient (41%) psychiatric treatment before imprisonment.

**Conclusion:** An approximation with regard to the nature and frequency of institutionalization took place between East and West Germany within a few years. Inverse trends of psychiatric bed numbers and prison population rates, especially for West Germany could speak for transinstitutionalization phenomena between the two institutions. Imprisoned women have high rates of mental disorders. In particular, women with substance use disorders often had comorbid mental disorders. A majority of the women committed to prison had been in psychiatric inpatient treatment, which supports the hypothesis of interdependence between the two systems.

## **1. Einführung**

### *1.1. Veränderungen in der psychiatrischen Versorgung seit den 50er Jahren:*

Seit 1950 vollzogen sich in den meisten westlichen Ländern Psychiatriereformen, die mit dem Abbau allgemeinspsychiatrischer Bettenkapazitäten und dem Aufbau gemeindenaher Gesundheitsdienste sowie betreuten Wohnformen einhergingen. Hintergrund war eine wachsende Überzeugung, dass die Anstaltspsychiatrie der sozialen Inklusion aller Individuen in die Gesellschaft entgegensteht. Bis heute ist nicht klar, wie weit stationäre Dienste abgebaut werden können, unter der Bedingung, dass gemeindenaher und ambulante Dienste ausgebaut und in ihrer Qualität verbessert werden. So wurde der Begriff der „Drehtür-Patienten“ für Menschen mit chronischen psychischen Störungen geprägt, die trotz der intensivierten ambulanten Angebote wiederholt in stationäre Behandlung kommen.

Ein Drehtür-Phänomen wurde auch für Gefängnisse beschrieben, insbesondere bei Strafgefangenen mit psychischen Störungen [1]. Für die USA wurde geschätzt, dass im Jahr 2002 zweieinhalb Mal so viele schwer psychisch kranke Menschen im Strafvollzug waren wie

in allen psychiatrischen Kliniken des Landes zusammen [2]. Hohe Prävalenzraten psychischer Störungen unter Strafgefangenen wurden weltweit beobachtet [3]. Zusammenhänge zwischen abnehmenden psychiatrischen Bettenkapazitäten und ansteigenden Gefangenenraten wurden für mehrere westeuropäische und südamerikanische Länder diskutiert [4, 5]. Ein steigender Trend wurde ebenso für die Kapazitäten im Maßregelvollzug in mehreren Ländern beobachtet. Es gibt Hinweise darauf, dass der Abbau stationärer allgemeinpsychiatrischer Behandlungsbetten und die Senkung der durchschnittlichen Verweildauer in den Kliniken zu diesem Anstieg beitragen, da psychisch Kranke mit abweichendem Verhalten dadurch schneller in das forensische System oder in das Strafvollzugssystem geraten könnten [6]. Ein weiteres Zeichen für eine Transinstitutionalisierung könnten die wachsenden Zahlen im betreuten Wohnen sein. Zudem steigen die Unterbringungsraten im allgemeinpsychiatrischen Versorgungssystem. Bei den Zwangsunterbringungen handelt es sich zwar nicht im Kern um eine Institution, aber um einen Vorgang, der zumindest eine vorübergehende Institutionalisierung nach sich zieht. Die in den wenigen Betten Behandelten sind also immer häufiger zur Zwangsbehandlung auf Grund schwerer Erkrankung oder gefährlichem Verhalten dort.

In der DDR waren stationäres Langzeitwohnen und die forensisch psychiatrische Behandlung zu großen Teilen in die Allgemeinpsychiatrie integriert. Zwei Drittel aller psychiatrischen Betten in der DDR waren 1985 mit Patienten belegt, die eine Verweildauer von über einem Jahr hatten. Die politische Wende stellte durch veränderte sozialpolitische Rahmenbedingungen eine Herausforderung für einen Strukturwandel in der Versorgung psychisch Kranker in Ostdeutschland dar. Der Maßregelvollzug wurde nicht nur gesetzlich, sondern auch institutionell neu implementiert. Es wurden neue rechtliche Rahmenbedingungen für Zwangsunterbringungen geschaffen.

Diese Befunde haben eine Debatte angestoßen, ob in Westeuropa ein Trend in Richtung Trans- bzw. Reinstitutionalisierung stattfindet [4]. Es mehren sich die Hinweise, dass in Deutschland wie in anderen westeuropäischen Staaten die Enthospitalisierung aus allgemeinpsychiatrischen Kliniken einen komplexen Prozess der Transinstitutionalisierung nach sich gezogen hat, unter anderem auch in Vollzugseinrichtungen. Bereits 1939 stellte erstmals der englische Mathematiker, Genetiker und Psychiater Lionel Penrose Sharples die Hypothese auf, es könnte eine inverse Beziehung zwischen der Anzahl der Betten in der Psychiatrie und der Zahl der Gefängnisinsassen bestehen. Er untersuchte dafür Querschnittsdaten aus 18 europäischen Ländern [7]. Dieser mögliche Zusammenhang wurde als Penrose-Hypothese bekannt und konnte bis heute nicht abschließend geklärt werden. Die erste Veröffentlichung der

vorliegenden kumulativen Promotion soll einen Beitrag zur weiteren Klärung der Penrose-Hypothese leisten und vergleicht Indikatoren der Institutionalisierung zwischen Ost- und Westdeutschland in historischen Zeitreihen seit der politischen Wende. Sie geht der Frage nach, zu welchem Grad sich die Systeme seitdem angeglichen haben und untersucht, in wie weit sich Hinweise für eine Transinstitutionalisierung psychisch kranker Menschen in Deutschland finden lassen.

### 1.2. Suchterkrankungen und psychische Störungen bei inhaftierten Frauen:

Wie bereits beschrieben gibt es zahlreiche Hinweise auf hohe Prävalenzraten psychischer Störungen bei Strafgefangenen [3,8,9,10]. Die meisten Forschungsarbeiten wurden jedoch an strafgefangenen Männern durchgeführt. Es gibt Hinweise, dass strafgefangene Frauen höhere Raten an psychischen Erkrankungen aufweisen als Männer [8,11,12]. Dies gilt insbesondere für Suchterkrankungen, ausgenommen der Alkoholsucht. Die Prävalenzraten in den Studien divergieren hier jedoch deutlich. So wurden Raten zwischen 10% und 24% für Alkoholmissbrauch/Abhängigkeit sowie 30% und 60% für Drogenmissbrauch [11] gefunden. Allerdings gibt es solche Prävalenzschätzungen für strafgefangene Frauen bisher nur aus wenigen Ländern [11]. Die Variationen könnten durch die unterschiedlichen gesellschaftlichen, kulturellen und rechtlichen Kontexte erklärt werden. Verschiedene Studien aus den USA berichteten Lebenszeitprävalenzen zwischen 26% im Jahr 1988 und 62% im Jahr 1996 für Suchterkrankungen [10]. Neuere Untersuchungen aus Australien zeigten, dass 62% der strafgefangenen Frauen illegale Drogen in den sechs Monaten vor Inhaftierung nahmen. Es wurden jedoch keine Angaben darüber gemacht, ob die Kriterien für Missbrauch oder Abhängigkeit erfüllt worden sind. Eine Studie an neuinhaftierten strafgefangene Frauen in Irland zeigte für 48% der Probandinnen eine Suchterkrankung. Heroin konnte in Großbritannien als häufigste Droge bei strafgefangene Frauen identifiziert werden. Allerdings wurden die Arten von illegalen Drogen bei Sucht in der bisherigen Forschung meist nicht genauer erforscht. Insgesamt lagen die Prävalenzraten für Drogen-assoziierte Störungen bei strafgefangene Frauen schätzungsweise 13-mal höher als in der allgemeinen Bevölkerung [11]. Zudem trat Sucht häufiger zusammen mit anderen psychischen Störungen als in der Allgemeinbevölkerung auf. Die Beschreibung solcher Komorbiditäten für Gefängnisinsassen wurde in einer Meta-Analyse [3] als Forschungsnotwendigkeit identifiziert. Durch die bessere Beschreibung solcher Komorbiditäten könnten angemessene Behandlungsmöglichkeiten für diese sogenannten „dualen“ Erkrankungen entwickelt und etabliert werden. Frühere Untersuchungen haben in Bezug auf Nikotinsucht bereits gezeigt, dass die bloße

Zwangsabstinenz kaum Auswirkungen auf die Sucht nach der Entlassung hatte, wohingegen eine Behandlung in einigen Fällen eine längerfristige Abstinenz erreichen kann [13].

Die meisten früheren Studien zur psychischen Gesundheit in Gefängnissen rekrutierten Gefangene für die Stichprobe, unabhängig davon, wie lange sie bereits in Gefängnissen untergebracht waren. Es fehlt jedoch an Forschung zu Sucht und Begleiterkrankungen bei neu inhaftierten Gefangenen mit strukturierten klinischen Interviews. Dadurch ließen sich die Häufigkeiten von Suchterkrankungen vor der Inhaftierung zuverlässiger schätzen. Untersuchungen, die zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen, könnten auf Grund des reduzierten Zugangs zu Suchtmitteln innerhalb der Strafvollzugsanstalten die tatsächlichen Suchtprobleme in der Population unterschätzen. Studien, die neuaufgenommene Häftlinge untersuchen, rekrutieren vor allem Teilnehmer mit kurzen und wiederholten Haftstrafen, während Querschnittstudien, die sämtliche Inhaftierte zu einem Zeitpunkt untersuchen, eine Überrepräsentation von Langzeitgefangenen aufweisen. Für diese jedoch könnten Suchterkrankungen vielleicht keine so bedeutende Rolle spielen wie für Wiederholungsstraftäter. Bisherige Studien zur psychischen Gesundheit in deutschen Gefängnissen untersuchten zum einen Inhaftierte in unterschiedlichen Phasen der Inhaftierung, zum anderen untersuchten sie ausschließlich männliche oder gemischtgeschlechtliche Stichproben mit einem geringen Anteil an Frauen [8,9]. Es konnte gezeigt werden, dass die Schwere der traumatischen Erlebnisse signifikanten Einfluss auf das Vorhandensein von Suchterkrankungen hatte [8]. Die vorliegende kumulative Doktorarbeit berichtet im zweiten Teil von einer in Berlin durchgeführten Untersuchung, die das Ziel hatte, Prävalenzraten von Suchterkrankungen und deren komorbiden psychischen Störungen bei neuinhaftierten Frauen zu untersuchen. Die Untersuchung wurde in der zentralen Aufnahmestelle für neuinhaftierte Frauen in Berlin Lichtenberg durchgeführt.

### 1.3. Psychiatrische Vorbehandlungen bei strafgefangenen Frauen

Im dritten Teil der vorliegenden Arbeit wird untersucht, inwiefern psychisch kranke Frauen in Strafvollzugsanstalten vor ihrer Inhaftierung mit dem psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungssystem in Kontakt gekommen sind. Bereits andere Studien zeigten, dass die Wiederinhaftierungsrate für Menschen mit schweren psychischen Störungen erhöht ist, insbesondere wenn komorbide Suchterkrankungen vorliegen [14]. Hintergrund könnte auch hier die Penrose Hypothese sein, also ein Zusammenhang von verringerten Kapazitäten in den Psychiatrien und zunehmenden Gefangenenanzahlen. Es sollte untersucht werden, ob und welche Raten der neu inhaftierten Frauen bereits in beiden Institutionen

gewesen waren und welche psychiatrische Behandlungsgeschichte sie hatten. Die wenigen Studien aus Nordeuropa zu diesem Thema lassen eher einen hohen Anteil an inhaftierten Frauen vermuten, die vor der Inhaftierung psychiatrische Behandlung erfuhren. Dort wurden Behandlungsraten von 36% - 75% gefunden und zudem ein hoher Anteil an stationären Aufenthalten (8% - 30%). Die Klärung der psychiatrischen Behandlungsvorgeschichten inhaftierter Frauen in Deutschland könnte dazu beitragen, diese Zusammenhänge besser zu verstehen.

## **2. Methodik**

### 2.1. Indikatoren der Institutionalisierung:

Für die Erhebung der Indikatoren der Institutionalisierung wurden zentrale Parameter der Institutionalisierung psychisch kranker Menschen in Deutschland nach Bundesländern erhoben und im Ost-Westvergleich in historischen Zeitreihen seit der politischen Wende 1989 verglichen. Da Ost- und Westberlin seit der Vereinigung zu einer Stadt zusammengewachsen sind und Patienten die medizinische Versorgung über die ehemaligen Grenzen hinweg nutzen, wurde es als Bundesland für die Berechnungen ausgeschlossen. Ostdeutschland wurde als die neuen Bundesländer ohne Berlin, Westdeutschland als die alten Bundesländer ohne Berlin definiert. Folgende Indikatoren der Institutionalisierung wurden für die beiden Regionen erhoben:

*Psychiatrische und psychosomatische Krankenhausbetten:* Grundlage für die Bettenzahlen waren die jährlichen Krankenhausstatistiken des Bundesamtes für Statistik. Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie wurden zusammengefasst, Tageskliniken aufgrund ihrer Nähe zum ambulanten Sektor ausgeschlossen. In einem weiteren Schritt wurden die Bettenzahlen in den psychiatrischen und psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen erhoben. Die Bettenzahlen in der ehemaligen DDR wurden dem Bericht zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR entnommen, den die Aktion Psychisch Kranke e. V. im Auftrag der Bundesregierung 1991 erarbeitet hatte. Psychiatrische und psychosomatische Bettenkapazitäten wurden hier zusammen dargestellt, da sie ein überlappendes Spektrum von akut und chronisch psychisch Kranken versorgen und ein Bettenabbau vor allem psychotherapeutischer Kapazitäten in der Psychiatrie durch den Aufbau von Kapazitäten in der Psychosomatik kompensiert wurde.

*Gefangenenraten:* Basis für die Zahlen der zu einem Stichtag inhaftierten Menschen in Deutschland waren die Berichte zum Strafvollzug des Statistischen Bundesamtes. Zu den Insassen zählten Verurteilte, Untersuchungshäftlinge und aus sonstigen Gründen untergebrachte Häftlinge (z. B. Abschiebehaft). Die Zahl der Inhaftierten in der ehemaligen DDR im Jahre 1989 wurde einem Bericht zum Strafvollzug in der DDR entnommen.

*Belegung im Maßregelvollzug:* Um die Belegung zu einem Stichtag im Maßregelvollzug zu ermitteln, wurden für Westdeutschland die jährlichen Berichte zur Strafverfolgung bzw. zum Strafvollzug des Statistischen Bundesamtes herangezogen und die Anzahl der Personen erhoben, die in einem psychiatrischen Krankenhaus nach § 63 Strafgesetzbuch (StGB) oder in einer Entziehungsanstalt nach § 64 untergebracht waren. Für Ostdeutschland konnte diese Quelle nicht genutzt werden, da diesbezüglich bis heute keine Meldepflicht an das Statistische Bundesamt besteht. Die Zahlen für die Belegungen in den neuen Bundesländern waren ab 1993 verfügbar und wurden bei den jeweiligen Länderministerien für Soziales bzw. Gesundheit angefordert.

*Betreutes Wohnen:* Dieser Bereich umfasste stationär betreute Wohnformen für Menschen mit einer chronischen psychischen Störung oder seelischen Behinderung. Die Fallzahlen hierfür wurden von der Con\_sens Hamburg zur Verfügung gestellt, einem privaten Dienstleister, der im Auftrag der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger (BAGüS) seit 10 Jahren die Kennzahlen der einzelnen Bezirke zusammenführt. Einheitlich erhobene Daten standen erst ab dem Jahr 2000 zur Verfügung, diese waren jedoch lückenhaft. Es wurde daher eine Auswahl an Bundesländern in die Auswertung einbezogen, die konstant über die Jahre hinweg Daten für die Fallzahlen im stationär betreuten Wohnen lieferten. Für Westdeutschland waren das Baden-Württemberg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Bremen, Hamburg, Saarland und Hessen; für Ostdeutschland Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen.

*Unterbringungen:* Daten zu Unterbringungen stammten vom Bundesamt für Justiz. Detaillierte, nach Bundesländern aufgeschlüsselte Angaben, die einheitlich erst seit Ende der 90er Jahre verfügbar waren und vom Bundesamt für Justiz nicht veröffentlicht wurden, wurden von Horst Deinert im Rahmen seines Online Lexikons des Bereuungsrechts zur Verfügung gestellt.

*Berechnungen:* Die Fallzahlen der Indikatoren wurden pro 100.000 Einwohner einer Bezugspopulation berechnet und historische Zeitreihen in 2-Jahres-Intervallen gebildet. Quelle für die Einwohnerzahlen der Bundesländer war die Einwohnerstatistik des Statistischen Bundesamtes.

## 2.2. Erhebung der Prävalenzraten von Suchterkrankungen und psychischen Störungen bei strafgefangenen Frauen:

Für die zweite Studie, der Erhebung der Prävalenzraten psychischer Störungen und ihrer Komorbiditäten bei strafgefangenen Frauen, wurden strukturierte diagnostische Interviews bei neu aufgenommenen Frauen in einer Berliner Haftanstalt durchgeführt. Die Justizvollzugsanstalt Berlin Lichtenberg ist die zentrale Aufnahmestelle für sämtliche neuinhaftierte Frauen in einem städtischen Gebiet mit 3,5 Millionen Einwohnern. Nicht zuständig hingegen ist sie für die nach § 20 oder § 21 des deutschen Strafrechts verurteilten Frauen mit verminderter oder nicht vorhandener Schuldfähigkeit. Durch dieses Prozedere wurden alle Strafgefangenen unabhängig der Haftform (Beuge-, Untersuchungs-, Strafhaft) in die Studie aufgenommen. Das Interview wurde für gewöhnlich innerhalb der ersten Woche nach Aufnahme geführt, immer aber innerhalb des ersten Monats. Ausschlusskriterien für die Untersuchung waren die Unmöglichkeit der Verständigung in deutscher Sprache sowie schwere kognitive Beeinträchtigungen oder andere Gründe für eine fehlende Einwilligungsfähigkeit zur Teilnahme. Die Stichprobe betrug 150 Probandinnen, so dass Schätzungen der Prozentzahlen mit angemessenem 95% Konfidenzintervall (CI) für die Gesamtstichprobe ermittelt werden konnten, d.h. 10% (95% CI: 5-15) oder 20% (95% CI: 14-26).

*Sozio-ökonomische Faktoren:* Sozio-ökonomische Faktoren wie Alter, Familienstand, Beschäftigungsstatus, Bildungs- und Einkommensniveaus wurden in strukturierten Fragebögen erhoben. Die Variablen wurden dichotomisiert in allein lebend oder mit Partner, niedriges und hohes Bildungsniveau, beschäftigt und arbeitslos, Einkommen unter- und oberhalb der Armutsgrenze.

*Klinisches Interview:* Die Prävalenzen psychischer Störungen wurden mit dem strukturierten klinischen Interview MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview 6.0) erhoben. Der MINI wurde von Sheehan und Lecrubier entwickelt [15], um psychische Störungen nach DSM-IV zu kategorisieren. Zum Erfassen der Borderline Persönlichkeitsstörung wurde das entsprechende Modul aus dem strukturierten klinischen Interview für DSM-IV SKID-II durchgeführt. Das Interview dauerte insgesamt 45 – 90 Minuten und wurde in einem separaten Raum der Haftanstalt durchgeführt, um die Vertraulichkeit sicherzustellen.

*Analysen:* Soziodemographische Merkmale und Prävalenzraten psychischer Störungen wurden als prozentuale Werte berechnet. Für die Prävalenzraten wurden 95% Konfidenzintervall (CI) berechnet. Der Mittelwert und die Standardabweichung des Mittelwerts (SD) wurden für das Alter berechnet. Die statistischen Analysen wurden mit SPSS Version 20.0. durchgeführt.

### 2.3. Erhebung der psychiatrischen Behandlungsvorgeschichte strafgefangener Frauen:

Für die dritte Studie wurden die unter 2.2. beschriebenen Methoden ergänzt um die Erhebung biographisch relevanter Daten wie die individuelle psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungsvorgeschichte oder die Anzahl bisheriger Inhaftierungen. Dabei wurde nach der Häufigkeit stationärer und ambulanter Behandlungen gefragt, dem Behandlungsgrund sowie dem Grund für die Beendigung der Behandlung (z.B. einvernehmliches Ende vs. Abbruch etc.). Die Daten wurden subjektiv und rückerinnernd erhoben.

*Analysen:* Soziodemographische Merkmale und Prävalenzraten psychischer Störungen wurden als Prozent-Werte mit 95% CI für die Gruppen mit früheren psychiatrischen Behandlungen und ohne vorherige psychiatrische Behandlung berechnet. Zweiseitige Spearman-Korrelationen für nicht-parametrischen Tests wurden verwendet, um Zusammenhänge zwischen der Anzahl der bisherigen Inhaftierungen und der Behandlungsvorgeschichte (stationär, ambulant, beides) zu prüfen. Anschließend wurde eine Poisson Regression durchgeführt, in der die Anzahl der früheren Inhaftierungen die abhängige Variable war. Unabhängige Variablen waren stationäre Behandlung, ambulante und irgendeine Behandlung. Um häufige Nutzer beider Systeme zu identifizieren, wurde eine Gruppe von Gefangenen mit mindestens 2 vorherigen stationären Aufenthalten in einer Psychiatrie und mindestens 2 früheren Inhaftierungen identifiziert. Werte von  $p < 0,05$  wurden als statistisch signifikant betrachtet.

## **3. Ergebnisse**

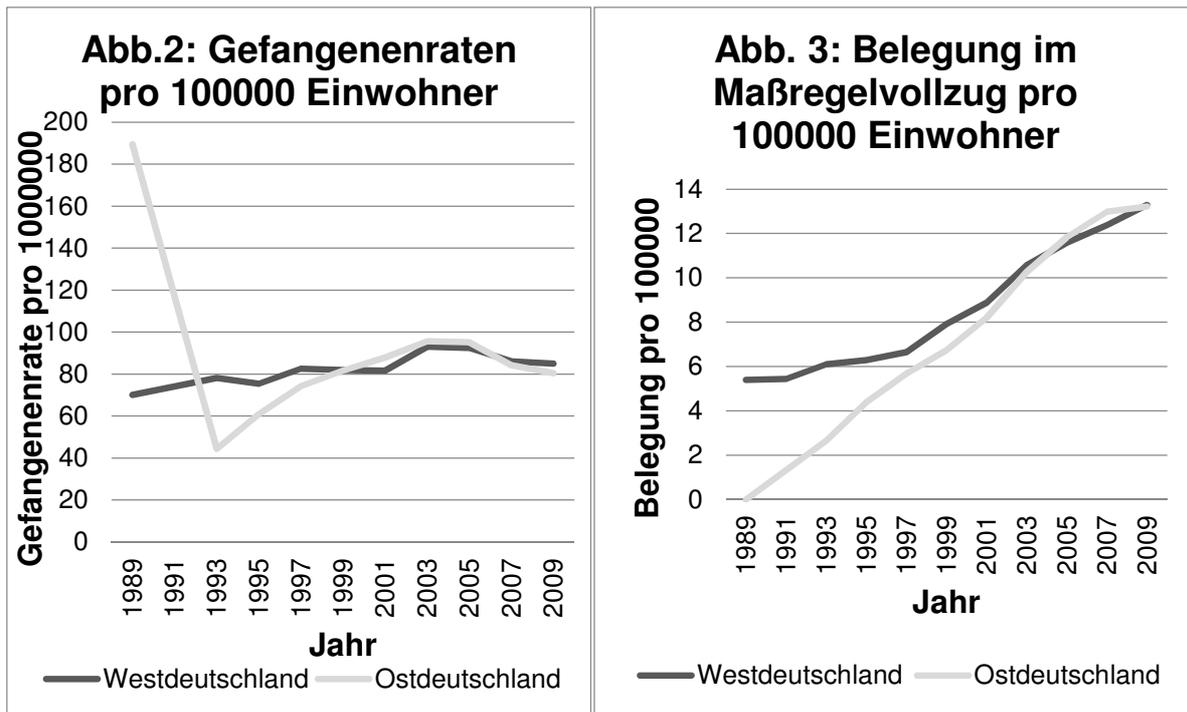
### 3.1. Indikatoren der Institutionalisierung:

Die Untersuchungen der Indikatoren der Institutionalisierung zeigte, dass die Zahl der psychiatrischen und psychosomatischen Betten In Ostdeutschland von 156 pro 100.000 Einwohner im Jahr 1989 auf 61/100.000 im Jahr 1995 fiel, was einem Abfall um 61% entspricht. Danach stieg sie langsam wieder an und erreichte im Jahr 2009 einen Stand von 81/100.000. In Westdeutschland fiel die Bettenrate von 127/100.000 im Jahr 1989 auf einen Tiefststand von 76/100.000 im Jahr 2003, was einem Abfall um 40% entspricht. Bis 2009 stieg sie dann wieder leicht auf 80/100.000 (Abb. 1).



Die Kapazitäten in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Rehabilitation stiegen in Ostdeutschland von 0 im Jahr 1989 auf 41/100.000 im Jahr 2009. Im gleichen Zeitraum wuchsen die Kapazitäten in Westdeutschland von 24/100.000 auf 36/100.000. Seit dem Jahr 2001 sind die Kapazitäten in Ostdeutschland höher als in Westdeutschland. Die Gefangenenrate fiel in Ostdeutschland von 190/100.000 Einwohner im Jahr 1989 auf 44/100.000 im Jahr 1993, was einem Abfall um 77% entspricht. Danach stieg sie bis 2009 auf einen Stand von 80. In Westdeutschland stieg die Gefangenenrate von 70 im Jahr 1989 auf einen Höchststand von 93/100.000 Einwohner im Jahr 2003. Seither ist sie wieder auf 85/100.000 im Jahr 2009 abgesunken. In Ostdeutschland lag sie im Jahr 1989 noch um 120/100.000 über der in Westdeutschland (Abb. 2).

Im Maßregelvollzug stieg die Belegung in Ostdeutschland von 0 im Jahr 1989 auf 13/100.000 Einwohner im Jahr 2009. Im gleichen Zeitraums stieg die Belegung in Westdeutschland von 5/100.000 auf 13/100.000. Eine Angleichung der Belegung in den beiden Teilen Deutschlands ist seit 1997 zu sehen bei steigender Tendenz (. Abb. 3). In beiden Teilen Deutschlands zeigte sich von 1997 bis 2009 mehr als eine Verdoppelung der Belegung.



Für die Anzahl der leistungsberechtigten Menschen mit einer seelischen Behinderung im betreuten Wohnen stehen hinreichend zuverlässige und einheitlich erhobene Daten erst ab dem Jahr 2001 zur Verfügung. Die Raten der Leistungsberechtigten im stationär betreuten Wohnen stiegen bis 2009 von 49/100.000 auf 63/100.000 Einwohner in Ostdeutschland und von 56/100.000 auf 65/100.000 in Westdeutschland.

Für die Unterbringungsverfahren lagen einheitliche, nach Verfahrensart und Absätzen differenzierte Daten erst ab 1999 vor. Zählt man die Verfahren nach § 1906 Abs. 1 BGB, nach Psych-KG und nach § 1846 BGB zusammen, so zeigte sich zwischen 1999 und 2009 eine Steigerung der Verfahrensrate von 39/100.000 auf 61/100.000 Einwohner in Ostdeutschland und von 152/100.000 auf 201/100.000 Einwohner in Westdeutschland. Damit lag die Anzahl der Verfahren in Westdeutschland über dreimal höher als in Ostdeutschland.

### 3.2. Prävalenzraten von Suchterkrankungen und komorbiden psychischen Störungen bei strafgefangenen Frauen:

Die Probandinnen hatten ein Durchschnittsalter von 34,3 Jahren. Die meisten der strafgefangenen Frauen (93%) lebten alleine, hatten niedriges Bildungsniveau entsprechend ISCED 0-2 (59%), waren arbeitslos (75%), lebten unter der Armutsgrenze (76%), waren Nicht-Migranten (83%) und waren Mütter von Kindern (69%). In der Regel kamen sie auf Grund gewaltloser Straftaten ins Gefängnis wie unterlassene Zahlung einer Geldstrafe, Diebstahl oder

Betrug. Die Prävalenzraten psychischer Störungen und ihrer Komorbiditäten bei Suchterkrankungen sind in der unten angeführten Tabelle 1 aufgelistet.

Die meisten Häftlinge (91%) hatten im Laufe ihres Lebens mindestens eine psychische Störung. Insgesamt 77% der inhaftierten Frauen wiesen zum Erhebungszeitpunkt Kriterien mindestens einer aktuellen psychischen Störung auf. Zwei Drittel 65% hatten in ihrem bisherigen Leben mindestens eine affektive Störung. Die 12-Monatesprävalenz einer substanzbezogenen Suchterkrankung belief sich auf 62%. Es hatten 21% der strafgefangenen Frauen eine Alkoholabhängigkeit und 47 % eine Abhängigkeit von illegalen Drogen. Die am häufigsten konsumierten illegalen Drogen waren Opiate, Marihuana, Kokain und Amphetamine. Angststörungen waren weit verbreitet und konnten bei 43% der Frauen gefunden werden, eine antisoziale Persönlichkeitsstörung bei 27% und eine Borderline Persönlichkeitsstörung bei 15%. Neunzig Prozent der Frauen mit Suchterkrankungen hatten mindestens eine andere psychische Störung. Hier waren die affektiven Störungen (68%), die Angststörungen (44%) und die Persönlichkeitsstörungen (47%) die häufigsten komorbiden Störungen der Suchterkrankungen.

Tabelle 1: Prävalenzen psychischer Störungen und Suchterkrankungen.

	Gesamtsample, N=150			Korbiditäten bei allen Suchterkrankungen N=93		bei Alkohol N=57		bei illegalen Drogen N=76		bei Opiaten N=53	
	N	%	95% CI	N	%	N	%	N	%	N	%
psych. Störung											
≥ 1 Störung	136	91	85-95	X	X	X	X	X	X	X	X
≥ 2 Störungen	107	71	64-78	84	90	45	92	71	93	49	93
Lebenszeit affektive Störung	97	65	57-72	63	68	34	69	52	68	34	64
Major Depression	8	5	2-9	3	3	0		3	4	2	4
rez. Depression	12	8	4-13	9	10	5	10	8	11	7	13
Frühere Depression	20	13	8-19	10	11	4	8	9	12	8	15
Frühere rez. Depr.	20	13	8-19	15	16	7	14	13	17	9	17
Manie	0			0		0		0		0	
frühere Manie	3	2	0-5	2	2	1	2	2	3	2	4
Bipolar I	13	8	5-13	11	12	8	16	8	11	3	6
frühere Bipolar I	13	8	5-13	9	10	6	12	7	9	2	4
Bipolar II	2	1	0-3	1	1	1	2	0		0	
Frühere bipolar II	6	4	1-7	3	3	2	4	2	3	1	2
Affektive Störung mit psychot. Merkmalen	1	1	0-2	1	1	1	2	0		0	
Lebenszeit affektive Störung mit psychot. Merkmalen	8	5	2-9	6	6	4	8	4	5	3	6
Suchterkrankungen ohne Nikotin*	93	62	54-70	X	X	X	X	X	X	X	X
Alkoholabhängigkeit/-missbrauch	49	33	25-41	49	53	X	X	32	42	19	36
Alkoholmissbrauch	18	12	7-17	18	19	18	37	12	16	5	9
Alkoholabhängigkeit	31	21	15-27	31	33	31	63	20	26	14	26
Abhängigkeit/Missbrauch illeg. Drogen	76	51	43-59	76	82	32	65	X	X	X	X
Missbrauch illegaler Drogen	5	3	1-7	5	5	3	6	5	7	1	2
Abhängigkeit von illegalen Drogen	71	47	39-55	71	76	29	59	71	93	52	98
Opiate	53	35	28-44	53	57	19	39	53	70	X	X
Heroin	41	27	20-35	41	44	12	24	41	54	41	77
Opiatsubstitution	19	13	8-20	19	20	9	18	19	25	19	36
Marihuana	28	19	13-26	28	30	14	29	26	34	17	32
Kokain	25	17	11-23	25	27	12	24	25	33	20	38
Amphetamin	14	9	5-15	14	15	9	18	14	18	8	15
Halluzinogene	3	2	0-4	3	3	2	4	3	4	0	
GHB	2	1	0-3	2	2	2	4	2	3	1	2
Angststörung	65	43	36-51	41	44	23	47	32	42	21	40
Panikstörung	7	5	4-7	5	5	3	6	4	5	3	6
Lebenszeit Panikst.	25	21	15-28	19	20	7	14	12	16	10	19
Agoraphobie	18	12	4-21	12	13	9	18	6	8	5	9
Soziale Angstst.	7	5	4-7	6	7	5	10	4	5	2	4
Generalisierte Angstst.	3	2	0-5	2	2	2	4	1	1	1	2
Zwangsstörung	11	7	3-11	7	8	5	10	6	8	4	8
PTSD	39	26	19-33	26	28	15	31	23	30	15	28
psychotische Störung	3	2	0-5	0		0		0		0	
Lebenszeit psyot. Störung	8	5	2-9	7	8	5	10	6	8	5	9
Anorexia nervosa	4	3	1-5	3	3	2	4	2	3	2	4
Bulimia nervosa	0			0		0		0		0	
Persönlichkeits-Störung (BPD/ASPD)	53	35	28-43	44	47	18	37	37	49	27	51
Antisoziale PS	41	27	20-38	35	38	18	37	29	38	24	45
Borderline PS	22	15	9-21	16	17	11	24	13	17	7	13

### 3.3. Behandlungsvorgeschichte bei strafgefangenen Frauen:

Zwei Drittel (66%) der Frauen hatten vor Inhaftierung psychiatrische Behandlung erfahren. Etwa die Hälfte (53%) war in stationärer Behandlung gewesen, 41% in ambulanter. Fast jede dritte Frau (29%) hatte sowohl stationäre als auch ambulante psychiatrische Behandlung erhalten. Jede vierte war in stationärer Behandlung, aber zu keinem Zeitpunkt in ambulanter Behandlung gewesen. Frauen, die bereits in stationärer Behandlung gewesen waren, berichteten von durchschnittlich 3,7 Psychiatrieaufenthalten. (Siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungsvorgeschichte

<b>Psychiatrische Behandlungsvorgeschichte</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>95% CI</b>
Psychiatrische / psychotherapeutische Behandlung jeglicher Art	99	<b>66</b>	58-73
Niemals in psychiatrischer Behandlung gewesen	51	<b>34</b>	26-41
Stationäre psychiatrische Behandlung	80	<b>53</b>	45-61
Ausschließlich stationäre psychiatrische Behandlung	37	<b>25</b>	18-32
Ambulante Behandlung	62	<b>41</b>	34-49
Ausschließlich ambulante Behandlung	19	<b>13</b>	7-18
Beides (ambulante + stationäre Behandlung)	43	<b>29</b>	21-39

Die Anzahl der Inhaftierungen korrelierte positiv sowohl mit der Anzahl der stationären Behandlungen (Spearman-Rho = 0,27;  $p < 0,01$ ) als auch mit der Anzahl sämtlicher psychiatrischer Behandlungen (Spearman-Rho = 0,23;  $p < 0,01$ ), nicht aber mit der Anzahl vorheriger ambulanter Behandlungen (Spearman-Rho = 0,01;  $p = 0,88$ ). Die Berechnungen mittels linearer Regression und Anzahl der Inhaftierungen als abhängige Variable zeigten ebenfalls einen Zusammenhang zu der Anzahl stationärer Aufenthalte (Inzidenz Risiko-Verhältnis von 2,49,  $p = 0,005$ ), nicht jedoch zu ambulanten Behandlungen oder sämtlichen psychiatrischen Behandlungen. In der linearen Regression konnte lediglich ein signifikanter Zusammenhang zwischen vorherigen stationären Behandlung und der Anzahl der Inhaftierungen gefunden werden (Inzidenzrate 2.49;  $p = 0,005$ ). Es wurden mehrere Gründe für die Beendigung von stationären Behandlungen genannt. So berichteten 56% der Frauen, dass die Behandlung erfolgreich war und zumindest zeitweise zur Linderung der Symptomatik oder Abstinenz führte, 18% brachen einen stationären Entzug auf Grund von Suchtdruck ab, 10% brachen auf Grund des Behandlungssettings und Aufenthaltsbedingungen ab, weitere 10%

wurden wegen eigenem Fehlverhalten entlassen und 8% wegen der Erfahrung von Zwangsmaßnahmen. Seltener wurden von administrativen Gründen (4%) oder der Beendigung einer forensischen Behandlung (1%) berichtet.

#### **4. Diskussion**

Die Untersuchung der Indikatoren der Institutionalisierung zeigt, dass sich die psychiatrischen Versorgungsstrukturen zwischen Ost- und Westdeutschland in den letzten 20 Jahren weitgehend angeglichen haben. Während die psychiatrische Versorgung in der DDR einschließlich der Unterbringung psychisch kranker Straftäter auf einer einheitlichen Gesamtpsychiatrie basierte, die eine Behandlung chronisch Kranker und forensischer Patienten einschloss, kam es nach der Wende zu der in westlichen Ländern typischen Aufgliederung in die unterschiedlichen Institutionen. Es bildeten sich in Folge der massiven Verringerung der psychiatrischen Bettenkapazitäten neue Formen stationär-institutioneller Behandlung und Betreuung: Stationäre Wohnheime, Maßregelvollzug, psychosomatische Behandlungsangebote und Rehabilitationseinrichtungen. Sie wurden größtenteils völlig neu implementiert und erreichten nach nur wenigen Jahren die gleichen Kapazitäten wie in Westdeutschland.

In Westdeutschland vollzog sich weiterhin ein kontinuierlicher Prozess des Bettenabbaus in psychiatrischen Kliniken bis zum Jahr 2003. Steigende Raten im stationär betreuten Wohnen, in Gefängnissen (ebenfalls bis zum Jahr 2003) und im Maßregelvollzug legen jedoch nahe, dass es zu einer Transinstitutionalisierung in betreute Wohnformen und in die Vollzugseinrichtungen kam. So bewegen sich die Raten der psychiatrischen Betten und die Gefangeneneraten über den gesamten Beobachtungszeitraum gegenläufig. Die psychiatrische Bettenreduktion ging mit einem Anstieg der Gefangenenerate einher. Seit wieder psychiatrische Bettenkapazitäten aufgebaut wurden, sank die Gefangenenerate. Die bis 2003 gestiegenen Gefangeneneraten in Westdeutschland bei hoher Prävalenz psychischer Störungen unter den Inhaftierten [8,9] legen nahe, dass proportional zur Gefangenenerate insgesamt mehr Menschen mit einer psychischen Störung in den Haftanstalten institutionalisiert wurden. Der starke Abfall der Gefangenenerate in Ostdeutschland zum Zeitpunkt der politischen Wende lässt sich dadurch erklären, dass es eine Reihe von Amnestien für kurze und mittlere Haftstrafen sowie für politische Häftlinge in den Jahren 1989 und 1990 gab. Eine kontinuierlich steigende Belegung im Maßregelvollzug bis hin zur Auslagerung in andere Institutionen zeigt die wachsende Bedeutung dieser Einrichtung für die Institutionalisierung psychisch Kranker.

Die Daten deuten darauf hin, dass die Verringerung der konventionellen psychiatrischen Krankenhausbetten mit einer insgesamt eher zunehmenden Institutionalisierung psychisch Kranker einhergeht. Dafür gibt es mehrere Erklärungsmöglichkeiten. Zum einen könnte es zu einer Zunahme der Häufigkeit von Erkrankungen aufgrund demographischer oder gesellschaftlicher Veränderungen gekommen sein. Möglicherweise ist auch die soziale Unterstützung außerhalb von Institutionen bei einer Abnahme traditioneller Familienverbände und steigenden Armutsraten rückläufig, sodass Institutionen diese Unterstützung übernehmen. Zum anderen könnte sich eine rückläufige gesellschaftliche Risikobereitschaft entwickelt haben, abweichendes Verhalten zu tragen und möglicherweise gefährliches Verhalten psychisch Kranker in Kauf zu nehmen, was zu einer Zunahme von Personen in Vollzugseinrichtungen geführt haben könnte. Auch finanzielle Aspekte könnten bei den beobachteten Verschiebungen eine Rolle spielen. Trägerorganisationen können von betreuten Wohneinrichtungen durch Steigerung der Kapazitäten und Fallzahlen Einkommenssteigerungen erzielen. Kosten für die Versorgung psychisch Kranker könnten aus dem Gesundheitsbereich in den Sozial- und Justizbereich verschoben worden sein. Das stationär psychiatrische und psychotherapeutische System könnte sich auch zunehmend den leichter Kranken mit hohem Funktionsniveau geöffnet haben. Zur weiteren Klärung dieser Zusammenhänge und vor allem der Frage, wie hoch der Anteil psychisch Kranker in Haft ist, trug der zweite Teil der vorliegenden Forschungsarbeit bei.

Fast zwei Drittel (62%) der neu inhaftierten strafgefangene Frauen im Berliner Justizvollzugssystem hatten substanzbezogene Störungen, vor allem Opiatabhängigkeit. Strafgefangene Frauen mit einer Suchterkrankung hatten zu 90% mindestens eine weitere psychische Störung. Die verschiedenen Arten von Sucht traten besonders häufig mit affektiven Störungen, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen auf. Die Prävalenz psychischer Störungen, die in dieser Studie festgestellt wurde, lagen um ein Vielfaches höher als bei Frauen in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland. Dies deckt sich mit den meisten früheren Forschungen zu psychischen Störungen bei Strafgefangenen [8,9,11]. Während die Raten der meisten psychischen Störungen im Bereich der Raten, die aus anderen Ländern berichtet wurden, lagen [3], lag die Rate für Alkoholsucht deutlich über dem, was auf Basis der Literatur zu erwarten war [11]. Die meisten früheren Studien bei Gefangenen benutzten Sampling-Designs, in denen alle zu einem Zeitpunkt vorhandenen Inhaftierten eingeschlossen wurden. Das könnte dazu geführt haben, dass die Häufigkeit dieser Störung auf Grund der vorhandenen Zwangsabstinenz in den Haftanstalten unterschätzt wurde.

Die am besten vergleichbare Studie kommt aus den USA und berichtete Prävalenzraten von psychischen Störungen bei strafgefangenen Frauen [10]. Sie verwendete ebenfalls das M.I.N.I. als Diagnoseinstrument und hatte die gleiche Samplingstrategie. Es wurden sehr ähnliche Raten für die meisten Störungen berichtet: aktuelle Major Depression (14% US vs. 13%), PTSD (23% US vs. 26%), Substanzstörungen (68% US vs. 62%) und APD (27% US vs. 27%). Für eine aktuelle bipolare Störung hingegen wurden noch höhere Raten berichtet (25% US vs. 10%). Auf Grund der hohen Ähnlichkeiten bei den Prävalenzraten ist es wahrscheinlich, dass unsere Ergebnisse auch in Bezug auf die Komorbiditäten auf die USA und andere Länder verallgemeinerbar sind.

Strafgefangene Frauen mit Substanzstörungen und ihren Untergruppen spezifischer Abhängigkeiten (Alkohol, Drogen und Opiate) zeigten sehr häufig auch affektive Störungen, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen. Komorbide Angststörungen oder affektive Störungen bei strafgefangenen Frauen mit Opiatabhängigkeit waren deutlich höher als bei Opiatabhängigen in der Allgemeinbevölkerung. Insbesondere mit Hinblick auf die hohen Raten einer komorbiden posttraumatischen Belastungsstörung (28%) oder einer Borderline Persönlichkeitsstörung (17%) kann vermutet werden, dass eine alleinige Behandlung der Sucht nicht ausreichend ist, weil sie möglicherweise lediglich als Sekundärerkrankung über den genannten Störungen liegen könnte.

Entsprechend der hohen Erkrankungsichte waren die meisten strafgefangenen Frauen vor der Inhaftierung in psychiatrischer Behandlung, oftmals wiederholt und vor allem im stationären Bereich. Die Behandlung wurde von einem Großteil der Frauen als erfolgreich bewertet. Andererseits berichteten etwa 20% der strafgefangenen Frauen mit psychischen Störungen, dass sie noch nie in psychiatrischer Behandlung gewesen sind. Im Vergleich dazu wurde berichtet, dass nur 31% der strafgefangenen Männer Erfahrungen mit stationärer psychiatrischer Behandlung hatten [9]. Auch im ambulanten Bereich hatten strafgefangene Frauen (41%) häufiger Behandlungsangebote wahrgenommen als Männer (20%). Nicht nur in Deutschland, sondern auch international waren die Raten niedriger für strafgefangene Männer im Vergleich zu Frauen.

Die hohen Prävalenzraten und die hohen Raten an stationär psychiatrischer Vorbehandlung bei Strafgefangenen sprechen dafür, dass die Gefangenenraten als ein Indikator der Institutionalisierung von psychisch Kranken gewertet werden können. Unsere Ergebnisse zeigen zudem, dass strafgefangene Frauen häufiger in psychiatrischer Behandlung waren als strafgefangene Männer in anderen Studien. Andere Länder hingegen berichten von sehr viel niedrigeren Raten. In einer neuseeländischen Studie konnten nur bei 8% der Frauen stationäre

Aufenthalte in Psychiatrien festgestellt werden. In Irland waren 34% der inhaftierten Frauen im Vorfeld entweder in stationärer oder ambulanter psychiatrischer Behandlung, während es in der vorliegenden Studie 66% waren. Eine Studie aus England und Wales berichtete von 12% stationärer und 24% ambulanter Behandlungsvorgeschichte.

Die hohen Raten an stationären Behandlungen könnten mit den rechtlichen Rahmenbedingungen und dem Gesundheitssystem in Deutschland zu tun haben. Die Anzahl der psychiatrischen Krankenhausbetten ist hoch in Deutschland und Menschen mit Sucht werden häufig für akute stationäre Entgiftungen aufgenommen. Die hohe Rate der vorherigen stationären Behandlungen kann jedoch nicht nur auf eine bestimmte diagnostische Gruppe wie Sucht zurückgeführt werden. Die Feststellung, dass ein vorheriger stationärer Psychiatrieaufenthalt mit der Anzahl der bisherigen Inhaftierungen korreliert, ist konsistent mit der Hypothese, dass Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen einem hohen Rückfallrisiko für Straftaten ausgesetzt sind [1] und dass es einen direkten Zusammenhang zwischen Strafjustizsystems und den stationären psychiatrischen Angeboten gibt [1,5]. Wiederholte Aufenthalte in der Psychiatrie sind ein Indikator für den Schweregrad und die Chronizität der Erkrankung, die mit wiederholten Kontakt zum Strafsystem einhergehen. Das könnte bedeuten, dass die Straftaten dieser Gruppe in der Regel weniger schwer sind, dass die Rehabilitation versagt und dass die Strafe nicht vor weiterem kriminellen Verhalten abschreckt. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass die bestehenden Behandlungsangebote nicht ausreichend auf die spezifische Gruppe straffälliger Frauen mit mehreren psychischen Störungen ausgerichtet sind und nicht dazu beitragen, die Inhaftierungsraten zu senken. Selbst eine als erfolgreich bewertete Behandlungsvorgeschichte hat keinen Einfluss darauf, dass wiederholte Freiheitsstrafen vermieden werden können. Die Ergebnisse zeigen, dass die Entwicklung geeigneter Behandlungsangebote für Gefangene nicht nur die Suchterkrankungen berücksichtigen müssen, sondern auch eine Reihe von Begleiterkrankungen. Eine Fokussierung auf die Sucht alleine reicht nicht aus, um angemessene Interventionen zu entwickeln und nachhaltigen Erfolg in der Behandlung zu erreichen.

## **5. Literaturverzeichnis**

1. Baillargeon J, Binswanger IA, Penn JV. Psychiatric disorders and repeat incarcerations: the revolving prison door. *Am J Psychiatry* 2009;166:103–109
2. Geller JL. Not a Joking Matter. *Psychiatr Serv* 2009;53:346
3. Fazel S, Seewald K. Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *Br J Psychiatry* 2012;200:364–373
4. Priebe S, Frottier P, Gaddini A. Mental health care institutions in nine European countries, 2002–2006. *Psychiatr Serv* 2008;59:570–573
5. Mundt AP, Chow WS, Arduino M, Barrionuevo H, Fritsch R, Giralá N, Minoletti A, Mitkiewicz F, Rivera G, Tavares M, Priebe S. Psychiatric hospital beds and prison populations in South America since 1990: does the Penrose hypothesis apply? *JAMA Psychiatry* 2015;72(2):112–8
6. Schanda H. Probleme bei der Versorgung psychisch kranker Rechtsbrecher–ein Problem der Allgemeinpsychiatrie? *Psychiatr Prax* 2000;27(Suppl 2):72–76
7. Penrose LS. Mental disease and crime:outline of a comparative study of European statistics. *Br J Med Psychol* 1939;18(1):1–15. doi:10.1111/j.2044-8341.1939.tb00704.x.
8. von Schönfeld CE, Schneider F, Schroder T, Widmann B, Botthof U, Driessen M. Prevalence of psychiatric disorders, psychopathology, and the need for treatment in female and male prisoners. *Der Nervenarzt* 2006;77, 830–841.
9. Dudeck M, Kopp D, Kuwert P, Drenkhahn K, Orlob S, Luth HJ. Prevalence of psychiatric disorders in prisoners with a short imprisonment: Results from a prison in north Germany. *Psychiatrische Praxis* 2009;36:219–224.
10. Gunter TD, Arndt S, Wenman G, Allen J, Loveless P, Sieleni B (2008). Frequency of mental and addictive disorders among 320 men and women entering the Iowa prison system: Use of the MINI-Plus. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* 2008;36:27–34.
11. Fazel S, Bains P, Doll H. Substance abuse and dependence in prisoners: A systematic review. *Addiction* 2006;101:181–191.
12. Binswanger IA, Merrill JO, Krueger PM, White MC, Booth RE, Elmore JG. Gender differences in chronic medical, psychiatric, and substance-dependence disorders among jail inmates. *American Journal of Public Health* 2010;100, 476–482.
13. Clarke JG, Stein LA, Martin RA, Martin SA, Parker D, Lopes CE. Forced smoking abstinence: Not enough for smoking cessation. *JAMA Internal Medicine* 2013;173, 789–794.

14. Baillargeon J, Penn JV, Knight K, Harzke AJ, Baillargeon G, Becker EA. Risk of reincarceration among prisoners with co-occurring severe mental illness and substance use disorders. *Adm Policy Ment Health* 2010;37(4):367–74.

15. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry* 1998;59(Suppl. 20), 22–33.

**Quellenangaben zu den drei Artikeln, die aus rechtlichen Gründen herausgenommen wurden**

1. Mir J, Priebe S, Mundt AP. Psychisch Kranke in Ost- und Westdeutschland - Indikatoren der Institutionalisierung seit der politischen Wende. *Nervenarzt*. 2013;84(7):844-50

<http://dx.doi.org/10.1007/s00115-012-3657-8>

2. Mir J, Kastner S, Priebe S, Konrad N, Ströhle A, Mundt AP. Treating substance abuse is not enough: comorbidities in consecutively admitted female prisoners. *Addict Behav* 2015;46:25-30. 50

<http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.02.016>

3. Mundt AP, Kastner S, Mir J, Priebe S. Did female prisoners with mental disorders receive psychiatric treatment before imprisonment? *BMC Psychiatry* 2015;22:15:5.

<http://dx.doi.org/10.1186/s12888-015-0387-z>

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.