

Aus dem Institut für Forensische Psychiatrie
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

**Berliner Krisen im Vollzugsalltag- Suizidprävention in der
Berliner Untersuchungshaft**

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

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Dora Dezsö

aus Zalaegerszeg (Ungarn)

Datum der Promotion: 03.12.2021

Inhaltsverzeichnis

Abstrakt	2
1 Einführung	3
1.1 Ziele der Untersuchung	7
2 Methoden	8
3 Resultate	10
3.1 Datenanalyse	10
3.2 Stichprobe	10
3.3 Ergebnisse	11
4 Diskussion der Ergebnisse	15
5 Schlussbetrachtung und Ausblick	19
5.1 Limitationen der Studie	19
5.2 Klinische Implikationen	20
6 Literatur	21
7 Anhang	24
7.1 Untersuchungsinstrument: Erhebungsbogen	24
7.2 Deliktverteilung der gesamten Stichprobe	28
8 Eidesstattliche Versicherung	29
9 Anteilserklärung an den erfolgten Publikationen	30
10 Publikationen	31
10.1 Publikation 1	31
10.2 Publikation 2	37
10.3 Publikation 3	45
11 Lebenslauf	52
12 Publikationsliste	54
13 Danksagung	55

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Prozentuale Verteilung der Screeningpunkte.....	11
Abbildung 2: Prozentuale Verteilung der psychologischen Gespräche von Hochrisiko- und Nicht-Hochrisikogruppen	12
Abbildung 3: Deliktverteilung der gesamten Stichprobe.....	28

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Screeningfragen und Beschreibung der Items	6
Tabelle 2: Gruppenzuordnung.....	9

Abstrakt

Die vorliegenden Arbeiten befassen sich mit den Risikofaktoren von Autoaggression bzw. Aggression im Berliner Justizvollzug mit dem Fokus auf suizidalem Verhalten. Im Rahmen dieser Studie wurden die Auswirkungen der Einführung des Suizidscreenings SIRAS in der Berliner Untersuchungshaft für Männer untersucht (N= 1510). In einem Zeitraum von 3 Monaten wurde für jeden neu aufgenommenen Inhaftierten das Screening in Form eines Fragebogens durch den Sozial- bzw. Allgemeinen Vollzugsdienst ausgefüllt. 14 % der Neuinhaftierten wurden durch das Screening als Hochrisikopersonen für Suizid eingestuft, diese wurden noch am selben Tag dem psychologischen oder medizinischen Dienst vorgestellt. Die Begleitung der Probanden über einen Zeitraum von 6 Monaten zeigte, dass die Hochrisikopersonen im weiteren Verlauf signifikant häufiger psychologische und psychiatrische Behandlungen erhielten und signifikant häufiger im Kriseninterventionsraum und in Notgemeinschaften untergebracht werden mussten. Zudem zeigte der Vergleich mit der Kontrollgruppe, dass trotz erhöhtem Behandlungsaufwand in der Hochrisikogruppe, die Anzahl der spezifischen Maßnahmen insgesamt nicht signifikant zunahm im Vergleich mit der Zeit vor der Einführung des Screenings. Trotz der vielversprechenden Ergebnisse zeigte die anschließende Anwenderbefragung eine Unzufriedenheit, die in den klinischen Implikationen dringend berücksichtigt werden muss.

The present work deals with the risk factors of auto aggression and aggression in the Berlin prison system with a focus on suicidal behavior. We examined the effects of implementing the suicide risk screening instrument SIRAS in a pre-trial detention facility for men in Berlin (N= 1510). For three months, the screening was completed in the form of a questionnaire by social workers or prison officers for each newly admitted prisoner. The screening classified 14 % of the new inmates as high-risk individuals; they were referred to the psychological or medical service on the same day. The follow-up of the subjects over six months showed that the high-risk individuals received significantly more psychological and psychiatric treatment in the further course of the trial and were significantly more likely to be sent in crisis intervention rooms and emergency communities (shared prison cells). The comparison with the control group showed that despite increased treatment effort in the high-risk group, the total number of specific measures in the total population did not significantly increase compared to the time before the introduction of screening. Despite promising results, the subsequent user survey uncovered some reservations of the staff towards the screening tool. These reservations need to be considered in the clinical implications.

1 Einführung

Selbstschädigendes bzw. suizidales Verhalten gehören zu den häufigsten Problemen im Vollzugsalltag (Armborst, A., 2018). Obwohl in den meisten Ländern spezielle Einrichtungen für psychisch kranke Straftäter existieren (Voulgaris et al., 2018), ist die hohe Prävalenz psychischer Störungen unter Strafgefangenen dennoch Realität. Neumann et al. (2020) weisen darauf hin, dass selbst bei besonders schweren Gewaltstraftaten psychiatrische Begutachtungen nicht immer Bestand haben, was dazu führt, dass viele der Betroffenen nicht auf der Grundlage der verminderten Schuldfähigkeit infolge einer psychischen Störung (§63 StGB) oder einer Suchterkrankung (§64 StGB) im Maßregelvollzug, sondern in der Vollzugspsychiatrie untergebracht werden (sog. Forensifizierungshypothese). Dies könnte zur Folge haben, dass es aufgrund der fehlenden Fachkenntnisse des Vollzugspersonals zu Behandlungsdefiziten und ggf. zu Exazerbationen bzw. gewalttätigem Verhalten kommt.

Die Lebenszeitprävalenz der Schizophrenie in der Allgemeinbevölkerung beträgt weltweit 0,5-1%, im Justizvollzug wird jedoch sogar von Prävalenzraten zwischen 2-12% berichtet (Bebbington et al., 2017; Bronson & Berzofsky, 2017). Fazel & Seewald (2012) fanden in ihrer internationalen systematischen Übersichtsarbeit im Justizvollzug Prävalenzzahlen von 3,6-3,9% für Psychosen, 10,2-14,1% für Major Depressionen und 42-65% für Persönlichkeitsstörungen. Die Komorbidität mit Substanzmissbrauch betrug 20,4-43,5%.

Neben der vielfach erhöhten Prävalenz psychiatrischer Störungen unter Strafgefangenen ist auch eine vielfach erhöhte Suizidrate zu verzeichnen (Fazel et al., 2017; Favril et al., 2017). Laut dem klassischen Aggressionskonzept der Suizidalität wird aus psychodynamischer Sicht nach Freud (1917) „Suizidalität als Ausdruck einer eigentlich gegen einen anderen gerichteten und nun gegen die eigene Person gewendeten Aggression (..) verstanden“ (Wolfersdorf et al., 2015, S. 1124). Das Diathese-Stress-Modell nach Mann et al. (1999) hingegen setzt den Fokus neben Stressoren wie psychische Erkrankungen, auch auf Vulnerabilitätsfaktoren wie zum Beispiel Impulsivität, kognitive Rigidität und eingeschränkte Problemlösefähigkeiten (Pesch, 2015). Das Auftreten eines Suizides ist somit ein hoch komplexes multifaktorielles Phänomen, mit modulierenden und verstärkenden Faktoren. Das Zusammenspiel neurobiologischer Veranlagungen und Prozesse, veränderter serotonerger Aktivität, Persönlichkeitsfaktoren, Familienhistorien, kritischer Lebensereignisse und soziokultureller Gegebenheiten spielen hierbei eine entscheidende Rolle (Lev-Belz et al., 2019).

Verglichen mit der Allgemeinbevölkerung führt die Kombination verschiedener Risikofaktoren bei männlichen Strafgefangenen bis zu einer 7-fach erhöhten Suizidrate (Rabe & Konrad, 2010; Zhong et al., 2021).

Untersuchungsgefangene stellen eine besonders vulnerable Gruppe für suizidales Verhalten dar, denn suizidale Handlungen treten am häufigsten zu Beginn der Untersuchungshaft auf (Ayhan et al., 2017). Es wird von drei unterschiedlichen Erklärungsansätzen für dieses Phänomen ausgegangen: Der sogenannte Confinement Shock (Inhaftierungs-Schock) (Favril et al., 2017) erklärt das Phänomen, indem es erste Inhaftierungserlebnisse, Kontrollverlusterfahrungen, soziale Deprivation und Hilflosigkeitserleben, verursacht durch die Inhaftierung verantwortlich macht. Das Deprivationsmodell nach Sykes (1958) betont die Inhaftierung als einschneidendes belastendes Lebensereignis, das mit dem Verlust von Autonomie, sozialen Beziehungen, der Freiheit und den Anpassungszwang zu Haftbedingungen einhergeht. Kette (1991) betont dagegen in seinem Importationsmodell den Interaktionseffekt zwischen den Hauptfaktoren Vollzug und Person. Werte und kriminelle Vorerfahrungen werden von der Person in den Vollzug importiert und fördern die Vulnerabilität für autodestruktive Verhaltensweisen (Ritter et al., 2016). Weitere spezifische Charakteristika der Untersuchungshaft, wie bauliche Eigenschaften des Gebäudes, Ausbildungsqualität bzw. Supervision des Personals und reduzierte Aufschlusszeiten der Haftzellen scheinen auch einen modulierenden Effekt auf die Suizidrate zu haben (Bennefeld-Kersten et al., 2015). Gefördert wird die erhöhte Suizidrate im Justizvollzug zudem durch die oben ausgeführte hohe Morbidität psychischer Erkrankungen wie zum Beispiel Schizophrenie- und Suchterkrankungen bzw. Persönlichkeitsstörungen. Gerade zu Beginn des Untersuchungshaftantritts ist daher eine ausgeprägte Bewältigungskompetenz von größter Wichtigkeit, um diese besonders risikobelastete Zeit bewältigen zu können.

Eine zusammenfassende Metaanalyse von Zhong et al. (2021) mit 77 Studien aus 27 Ländern und 35.351 Suiziden identifizierten als stärkste mit Suizid assoziierten klinischen Risikofaktoren Suizidgedanken während der aktuellen Inhaftierung (OR 15,2; 95% CI 8,5-27,0), ein Suizidversuch in der Vorgeschichte (OR 8,2; 95% CI 4,4-15,3) und eine derzeitige psychiatrische Diagnose (OR 6,4; 95% CI 3,6-11,1). Als institutionelle Faktoren identifizierte die Arbeitsgruppe die Unterbringung in einer Einzelzelle (OR 6,8; 95% CI 2,3-19,8) und das Fehlen von Sozialkontakten (OR 1,9; 95% CI 1,5-2,4). Als kriminologische Faktoren wurden der Status der Untersuchungshaft (OR 3,6; CI 3,1-4,1), die Verurteilung zu einer lebenslangen Freiheitsstrafe (OR 2,4; 95% 1,3-4,6) und Tötungsdelikte (OR 3,1; 95% CI 2-4,2) identifiziert.

Im Vollzugsalltag kann die rechtzeitige Identifizierung der suizidgefährdeten Personen umgebungsbedingt misslingen und stellt für Bedienstete eine große Herausforderung dar. Gründe dafür sind ein ständiger Personalmangel und ungenaue Handlungsanweisungen für den adäquaten Umgang mit diesem belastenden Thema. Screeningverfahren bieten eine kostengünstige und einfache Früherkennung suizidgefährdeter Personen. Der große Vorteil bei einem Screeningverfahren liegt in der Einfachheit und die Einsetzbarkeit als Rasterverfahren durch die Bediensteten. Somit kann gewährleistet werden, dass im Rahmen eines festgelegten Handlungsablaufes suizidgefährdete Gefangene rechtzeitig erkannt werden und gegebenenfalls eine frühzeitige Weiterführung an das Fachpersonal erfolgen kann. Wenn wir Effekte einer Suizidprävention messen wollen, stehen wir jedoch vor dem Problem, dass trotz der erhöhten Suizidrate die Häufigkeit des vollzogenen Suizides statistisch gesehen nicht prägnant genug ist, um aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten. Um die Auswirkungen, die durch die Einführung eines Suizidscreenings entstehen festzuhalten, können aus diesem Grund Parameter gemessen werden, die laut gängiger Literatur (Fazel et al., 2017; Favril et al., 2017; Humber et al., 2011) mit akuten Krisen und suizidalem Verhalten in Verbindung stehen. Zu nennen wären Inanspruchnahme psychologischer Gespräche, Inanspruchnahme psychiatrischer Konsile, Häufigkeit der Überweisung in eine stationär psychiatrische Unterbringung, Inanspruchnahme antidepressiver Medikation und weiterer Psychopharmaka, Isolation wegen akuter Suizidgefahr, Anordnung besonderer Beobachtungen und Unterbringung in Notgemeinschaften. (Dezsö & Opitz-Welke, 2018)

Im deutschsprachigen Raum kann lediglich das *Wiener Instrument für Suizidgefahr in Haft* (VISCI) und die *Scale for initial Risk Assessment* (SIRAS) als Suizidscreening Instrument in Haft genannt werden. Der VISCI besteht aus 22 Fragen aus den Bereichen soziale Situation, kriminelle Vorgeschichte, psychiatrische Vorgeschichte, persönliche Faktoren und Suizidgedanken. Er basiert auf einem sogenannten Ampelsystem, welches die „Gefahr“ des Suizides anhand der Farben einschätzen soll (Frottier et al., 2008). Der VISCI ist jedoch relativ umfangreich, beinhaltet zahlreiche klinische Fragen und ist somit für unsere Zielsetzung nicht geeignet.

Die Grundlage der aktuellen Arbeit bildet das modifizierte deutschsprachige Suizidscreening-Verfahren SIRAS nach Dahle, Lohner und Konrad (2005), welches auf dem niederländischen Instrument *Screening of Suicide Risk of Prisoners* (Blaauw et al., 2001) basiert. Das holländische Forschungsteam identifizierte von 95 Suizidfällen 8 Faktoren, die suizidgefährdete Personen deutlich beschreiben (Dezsö & Opitz-Welke, 2018). In der deutschen Version des Screenings bestand das Hauptziel von Dahle et al. (2005) darin, dass die Items von nicht speziell dafür

ausgebildetem Personal (Sozialarbeiterinnen und Vollzugsbeamte) angewendet werden können. In diesem Sinne wurde der Fragebogen im Rahmen einer retrospektiven Aktenanalyse von 30, an Suizid verstorbenen Inhaftierten in der Berliner Untersuchungshaft (N=60) validiert, optimiert und entsprechend umkodiert. Zwecks dieser Anwendung wurden die zwei Items „Psychose oder Achse-II Störungen (DSM-IV)“ und „Vergangene psychiatrische Behandlung“ aus der Originalversion gestrichen. Anhand einer ROC Analyse wurde der Schwellenwert auf 3 Punkte festgelegt (AUC 0,881, $p < 0,001$; 95% KI from 0,793 to 0,969) (Dezsö & Opitz-Welke, 2018). In der deutschen Version wurde eine Sensitivität von 70% und eine Spezifität von 93% ermittelt. (Für die zusammenfassende Tabelle der veränderten psychometrischen Werte, siehe Dahle et al. 2005.) Die endgültige Version des deutschen *Scale for initial Risk Assessment* (SIRAS) enthält folgende gewichtete Items: Alter, Wohnsitz, Vorinhaftierung, Drogenkonsum, früherer Suizidversuch oder selbstschädigende Handlungen, aktuelle suizidale Äußerungen oder Suizidversuche. Zu diesem Zweck wurde der nachfolgende Fragebogen (Tabelle 1) entwickelt und angewendet (Lohner, 2008).

Tabelle 1: Screeningfragen und Beschreibung der Items

	Beschreibung	Ja	Nein
<i>Alter 40+</i>	40 Jahre oder älter	1	0
<i>Ohne festen Wohnsitz</i>	Vor der Inhaftierung ohne festen Wohnsitz oder ohne Meldeadresse	1	0
<i>Keine oder eine frühere Inhaftierung</i>	Erstinhaftierung oder genau eine Vorinhaftierung	1	0
<i>Multipler Missbrauch harter Drogen</i>	Konsum harter Drogen in der Vorgeschichte (mind. einmal pro Woche) in Kombination mit regelmäßigem Konsum weicher Drogen und/oder Konsum größerer Mengen von Alkohol und/oder Medikamentenmissbrauch	1	0
<i>Bekannte frühere Suizidversuche oder selbstschädigende Handlungen</i>	Es sind Suizidversuche oder intentionale Selbstschädigungen (Schnitte, Vergiftungen, Selbstverletzungen) aus der Vergangenheit des Gefangenen bekannt.	1	0
<i>Suizidale Äußerungen oder Suizidversuch</i>	Während der aktuellen Inhaftierung (bei Festnahme, im Gerichtssaal, bei Transporten, im Justizvollzug oder im Interview) werden Bemerkungen gemacht, die auf Suizidalität hindeuten oder es erfolgten bereits Suizidversuche	3	0
Summe			

Bei 3 oder mehr Punkten ist eine unverzügliche Vorstellung beim psychologischen oder medizinischen Dienst zu veranlassen.

1.1 Ziele der Untersuchung

Um eine umfangreiche Präventionsmaßnahme einzuführen, benötigen wir komplexe Studien, die unbefangenen möglichen Konsequenzen einer solchen Maßnahme festhalten. Dem Thema Suizidprävention im Vollzug wurde bisher in der Forschung vergleichsweise wenig Aufmerksamkeit gewidmet, vorangegangen sind bisher hauptsächlich retrospektive Aktenanalysen.

Die Forschung mit prospektivem Studiendesign im Justizvollzug stellt eine große Herausforderung dar. In diesem System können selbst zeitlich beschränkte Maßnahmen nur mit einem enormen organisatorischen Aufwand eingeführt werden und bedürfen der Genehmigung diverser Stellen. Zudem stoßen Änderungen in solch einem statischen System häufig auf Ablehnung, worüber auch andere Studien berichten (Liebling, 2005). Um einen wissenschaftlichen Mehrwert zu gewährleisten, wurde in der vorliegenden Studie auf ein retrospektives Studiendesign dennoch verzichtet.

Die vorliegende Arbeit legt den Schwerpunkt auf das Forschungsthema Suizidprävention (Projekt 1, Publikation 1-2) und hat sich das Ziel gesetzt festzuhalten, welche Auswirkungen die Einführung eines Suizidscreenings in der Berliner Untersuchungshaft hat. Durch die Messung der Veränderungen der spezifischen Verordnungen im Erhebungszeitraum sollte einerseits geprüft werden, ob die spezifischen Maßnahmen der Hochrisikogruppe zugeordnet werden können, zum anderen sollte geprüft werden, ob die Einführung eines strukturierten Präventionsablaufes zu einem unzumutbaren Mehraufwand der Arbeit führt.

Ein weiteres Ziel der Untersuchung war die Prüfung der Akzeptanz und der Anwendbarkeit des Screenings aus der Sicht der SozialarbeiterInnen und VollzugsbeamtenInnen, die im Folgenden als Anwenderinnen benannt werden. Durch die strukturierte Einführung des Screenings erhofften wir uns, die Handlungskompetenzen der Mitarbeiter im Umgang mit Suizidalität zu erweitern und somit die Bediensteten zu entlasten.

Das Projekt 2 (Publikation 3, Seidel et al., 2019) legt den Fokus auf charakteristische Eigenschaften bei external gerichteter Aggression im Justizvollzugskrankenhaus Berlin und stellt lediglich einen kleinen Teilaspekt des Themas Aggression und Autoaggression dar. Wir haben uns das Ziel gesetzt, protektive- und Risikofaktoren von external gerichteter Aggression (gewalttätiges Verhalten), im Justizvollzug näher zu betrachten. Es ergänzt das aktuelle Dissertationsthema mit einer anderen Herangehensweise und wird somit in diesem Rahmen vorerst beschränkt ausgeführt.

Im weiteren Verlauf dieser Arbeit sollen folgende Forschungshypothesen geprüft werden:

Hypothese 1: Das Screening sagt zuverlässig eine Suizidgefährdung voraus.

Hypothese 2: Hochrisiko-Personen erhalten signifikant häufiger spezifische Maßnahmen im Vergleich zur Nicht-Hochrisikogruppe.

2.1 Hochrisiko-Gefangene werden im weiteren Verlauf signifikant *häufiger psychologische Gespräche* führen als nicht Hochrisiko-Gefangene.

2.2 Hochrisiko-Gefangene werden im weiteren Verlauf signifikant häufiger *psychiatrische Konsile* in Anspruch nehmen.

2.3 Hochrisiko-Gefangene werden im weiteren Verlauf häufiger eine *psychopharmakologische Behandlung bzw. antidepressive Medikation* erhalten.

2.4 Hochrisiko-Gefangene werden im weiteren Verlauf signifikant häufiger im *Kriseninterventionsraum (KIR)* untergebracht.

2.5 Hochrisiko-Gefangene werden im weiteren Verlauf signifikant häufiger in eine *stationäre psychiatrische Behandlung* überwiesen.

2.6 Bei Hochrisiko-Gefangenen werden im weiteren Verlauf signifikant häufiger *besondere Beobachtungen* angeordnet.

2.7 Bei Hochrisiko-Gefangenen werden im weiteren Verlauf signifikant häufiger *Notgemeinschaften* angeordnet.

Hypothese 3: Die Experimentalgruppe (EG) erhält mehr zielgerichtete spezifische Interventionen im Vergleich zur Kontrollgruppe (KG). Es gibt keinen signifikanten Unterschied in der Anzahl der spezifischen Interventionen zwischen der Experimentalgruppe und der Kontrollgruppe.

Hypothese 4: Das Screening hat eine angemessene Anwendbarkeit, die Anwenderinnen empfinden das Screening als verständlich.

Hypothese 5: Die Anwenderinnen betrachten das Screening als nützlich und hilfreich.

2 Methoden

Vor der Datenerhebung erfolgte die Prüfung und Genehmigung der Studie durch die Ethikkommission der Charité, dem Kriminologischen Dienst Berlin, der Senatsverwaltung für Justiz, Verbraucherschutz und Antidiskriminierung Berlin und durch den Personalrat und Datenschutzbeauftragten der Justizvollzugsanstalt Moabit. Vor dem Stichtag der Implementierung wurde den Anwenderinnen im Rahmen eines Anwendertrainings der theoretische Hintergrund des Screenings und der Ablauf der Studie erläutert. Zudem wurden die strukturierten Handlungsschritte, sowie die Bedeutung der Items und Kritikpunkte besprochen. Die Datenerfassung erfolgte durch die Autorin dieser Arbeit anonymisiert in eine Exceltabelle, die für

den Zeitraum der Implementierung jede Woche an einem festen Termin als Ansprechpartnerin vor Ort war.

Das Suizid-Screening Verfahren (SIRAS) wurde über einen Zeitraum von 3 Monaten in der Berliner Untersuchungshaft für Männer, die nach dem 01.03.2016 aufgenommen wurden, obligatorisch eingesetzt. Als Ausschlusskriterien für das Screeningverfahren wurden aus organisatorischen Gründen seitens der Anstalt zwei Personengruppen definiert: Aus der Studie ausgeschlossen wurden einerseits Transportgefangene, die aufgrund ihres Statuses nicht das Routine-Prozedere der Untersuchungshaft durchliefen und voraussichtlich nur kurze Zeit in der JVA verbringen. Überdies wurden auch die Inhaftierten ausgeschlossen, die bereits vor dem Stichtag in der Berliner Untersuchungshaft aufgenommen, jedoch zwischenzeitlich aus gesundheitlichen Gründen in das Justizvollzugskrankenhaus verlegt und zurückgeführt wurden. Folglich war der offizielle Aufnahmetag dieser Personen vor dem Stichtag der Studie und die Gefangenen erhielten bei der Rückkehr kein neues Aufnahmegespräch und somit auch kein Screening.

Wie aus Tabelle 1 zu entnehmen ist, sind die vom Screening erfassten Daten Stammdaten, die bereits vor der Implementierung im Rahmen der normalen Aufnahme-prozedere der JVA abgefragt wurden. Die Neuerung ist somit nicht die Abfrage der Kerndaten, sondern die Einführung der strukturierten Form und die obligatorische Vorstellung beim Fachdienst, wenn der Cutoff-Wert überschritten wurde. Vom 01.03.2016 bis 31.05.2016 wurde mit jedem neu aufgenommen Inhaftierten das Screening durchgeführt (Experimentalgruppe). Da die Verhinderung eines Suizides in der staatlichen Fürsorgepflicht inbegriffen ist, war ein kontrolliertes randomisiertes Design (RCT) aus ethischen und rechtlichen Gründen nicht vertretbar, das Wohlergehen der Inhaftierten wurde in der Priorität dem Studiendesign vorgezogen. Als Kontrollgruppe wurde daher die zeitnah aufgenommene Gruppe definiert, die in den 3 Monaten vor dem Stichtag der Implementierungsphase (01.12-2015-29.02.2016) aufgenommen wurde. Die Nachverfolgung der jeweiligen Gruppen wurde in den 6 Folgemonaten durchgeführt. Die Experimentalgruppe wurde zusätzlich anhand der Screening-Punkte in Hochrisikogruppe und Nicht-Risikogruppe aufgeteilt (Tabelle 2). (Dezsö and Opitz-Welke, 2018)

Tabelle 2: Gruppenzuordnung

Gruppendesign

<i>Kontrollgruppe</i>	
<i>Experimentalgruppe</i>	A. Hochrisikogruppe B. Nicht-Hochrisikogruppe

In der Berliner Untersuchungshaft durchläuft jeder neu Inhaftierte eine Aufnahme­routine. Im Rahmen eines regulären Aufnahme­gesprä­ches, welches durch den Sozialdienst durch­ge­führt wird, wurde zusätz­lich der SIRAS-Bogen ausge­füllt und das Ergebnis im digi­talen Dokumentationssystem ver­merkt. Die Inhaftierten, die außer­halb der Dienstzeiten des Sozial­dienstes auf­genommen wurden, wurden von den Kollegen des all­gemeinen Vollzugs­dienstes gescreent. Im Falle eines positiven Screeningbefundes, erfolgte die Einstufung „ge­fährdet“ und es folgte noch am gleichen Tag eine Vor­stellung beim psychologischen – oder me­dizini­schen Dienst. Der Fachdienst konnte dann eine In­dikation für geeig­nete Maß­nahmen zur Suizid­prävention prüfen und ge­gebenenfalls anordnen. Schließ­lich wurden zwei Wochen nach der Be­en­di­gung der Pilotphase die Anwen­derinnen mittels eines anonymen, nicht obli­gatorischen Frage­bogens zu deren Erfah­rungen und Ein­stellungen zum Suizid­screening be­fragt, welcher in Zu­sam­men­arbeit mit dem Kriminologischen Dienst Berlin zu­sam­men­gestellt und von dem Personalrat der JVA Moabit ge­nehmigt wurde (siehe Anhang 7.1, Fragebogen zur Erprobung des Suizid­screenings in der JVA Moabit). (Dezsö & Opitz-Welke, 2018)

3 Resultate

3.1 Datenanalyse

Die Auswertung erfolgte in anonymisierter Form mit dem Datenverarbeitungsprogramm SPSS Statistics 23. Das Signifikanzniveau wurde auf 5% festgelegt. Die Variablen wurden mit dem Kolomogov-Smirnov-Test auf Normalverteilung geprüft. Aufgrund der nicht vorhandenen Normalverteilungen, wurde mit nicht parametrischen Verfahren (Kruskal-Wallis-Test und Chiquadrat-Test) gerechnet.

3.2 Stichprobe

Die Stichprobe beinhaltete Daten von 1510 männlichen Probanden, weibliche Inhaftierte werden in der Berliner Untersuchungshaft nicht untergebracht. Es gab keinen wesentlichen Altersunterschied in der Kontroll- und Experimentalgruppe. Das Durchschnittsalter der Kontrollgruppe betrug 35,2 Jahre, die der Experimentalgruppe 35,4. Der jüngste Proband in der Kontrollgruppe war 20 Jahre, der älteste Proband 97 Jahre alt. In der Experimentalgruppe betrug das jüngste Alter 21 und das älteste Alter 73 Jahre. Die Kontrollgruppe bestand aus 899, die Experimentalgruppe aus 611 Probanden. Es wurden insgesamt 1656 Delikte erfasst, bei der Mehrheit der Probanden wurde wegen Diebstahl, Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz und Betrug/Untreue ermittelt (Abbildung 3 im Anhang 7.2).

3.3 Ergebnisse

In dem Zeitraum der Implementierungsphase wurden 834 Inhaftierte in die JVA Moabit aufgenommen (Experimentalgruppe). 611 Bogen sind bei uns eingetroffen, eine Anzahl von 605 Bogen konnten bei der Auswertung berücksichtigt werden. Die fehlenden 223 Bogen wurden vermutlich entweder im Laufe des Prozedere nicht an den Ablageort platziert oder wurden nicht ausgefüllt, systematische Fehler, wie persönliche Fehler sind hier nicht auszuschließen. Im Sinne der Schadensvermeidung wurden im Prozedere auch die Fragebogen berücksichtigt, die nicht vollständig ausgefüllt waren und dennoch 3 Punkte erreicht wurden. Somit ergab sich eine unterschiedliche Fallzahl für die Einordnung in die Hochrisikogruppe und der Personen, bei denen der Bogen vollständig ausgefüllt wurde. Der niedrigste Summenscore betrug 0 Punkte, der höchste Wert 7 Punkte, keiner erfüllte die Kriterien einer maximalen Punktzahl von 8 Punkten. Der Mittelwert betrug 1,56 Punkte, die Standardabweichung betrug 1,1. Als Gesamtergebnis ist festzuhalten, dass 14,21% (86 Probanden) die Kriterien des Screenings als Hochrisikoperson erfüllten und mindestens 3 Punkte in der Auswertung erhielten und somit eine Vorstellung beim Fachdienst indiziert war. Betrachten wir die Punktwerte detailliert (Abbildung 1), so kann festgehalten werden, dass 9,3% der Personen einen Wert von 3 Punkten, 2,5% einen Wert von 4 Punkten, 1,3% einen Wert von 5 Punkten und weniger als 1% einen Wert von 6-7 Punkten erreichten. (Dezsö and Opitz-Welke, 2018)

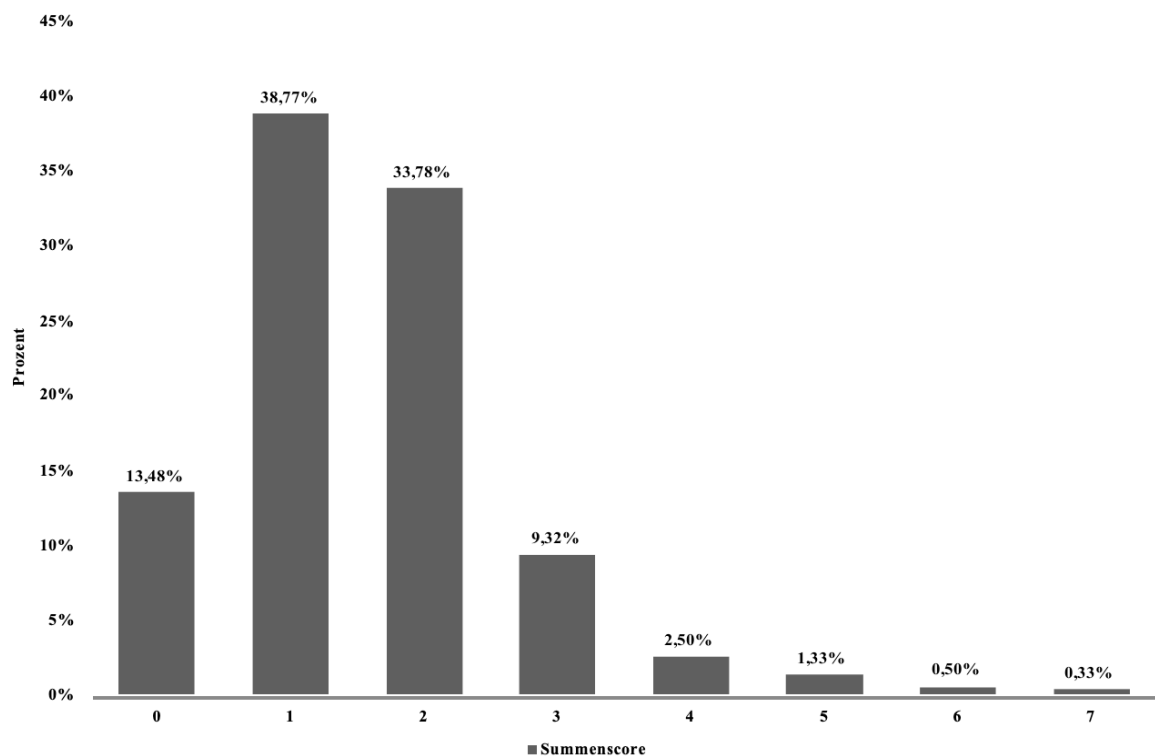


Abbildung 1: Prozentuale Verteilung der Screeningpunkte

Die Ergebnisse der Hypothesentestung werden im Folgenden zusammengefasst.

Hypothese 1. Geplant war eine direkte Einschätzung des psychologischen Dienstes nach jeder Abklärung im digitalen Dokumentationssystem, ob aus ihrer Sicht ein Gespräch notwendig war. Aufgrund der internen Regelungen machte der psychologische Dienst leider keine direkte Evaluierung der Screeningergebnisse. Das lag daran, dass die Fachleute im Falle einer erhöhten Suizidgefahr verpflichtet sind, spezifische Interventionen wie z.B. die Unterbringung im Kriseninterventionsraum einzuleiten. Aus fachlicher Sicht ist es jedoch trotz erhöhter Suizidgefahr bei erhaltener Absprachefähigkeit nicht immer sinnvoll, direkt vollzugliche Interventionen anzuordnen. In manchen Situationen ist es erfolgversprechender z.B. engmaschige psychologische Gespräche anzubieten, falls die Suizidabsicht noch beeinflussbar ist. Mit diesem Hintergrund lässt sich lediglich sagen, dass bei 4 Probanden aus der Experimentalgruppe nach dem Screening eine direkte vollzugliche Anordnung dokumentiert wurde (z.B. Notgemeinschaft, besondere Beobachtung, Kriseninterventionsraum). Bei mehreren Inhaftierten aus der Hochrisikogruppe war eine Indikation für mehrere (mindestens 2) psychologische Gespräche gegeben (Abbildung 2).

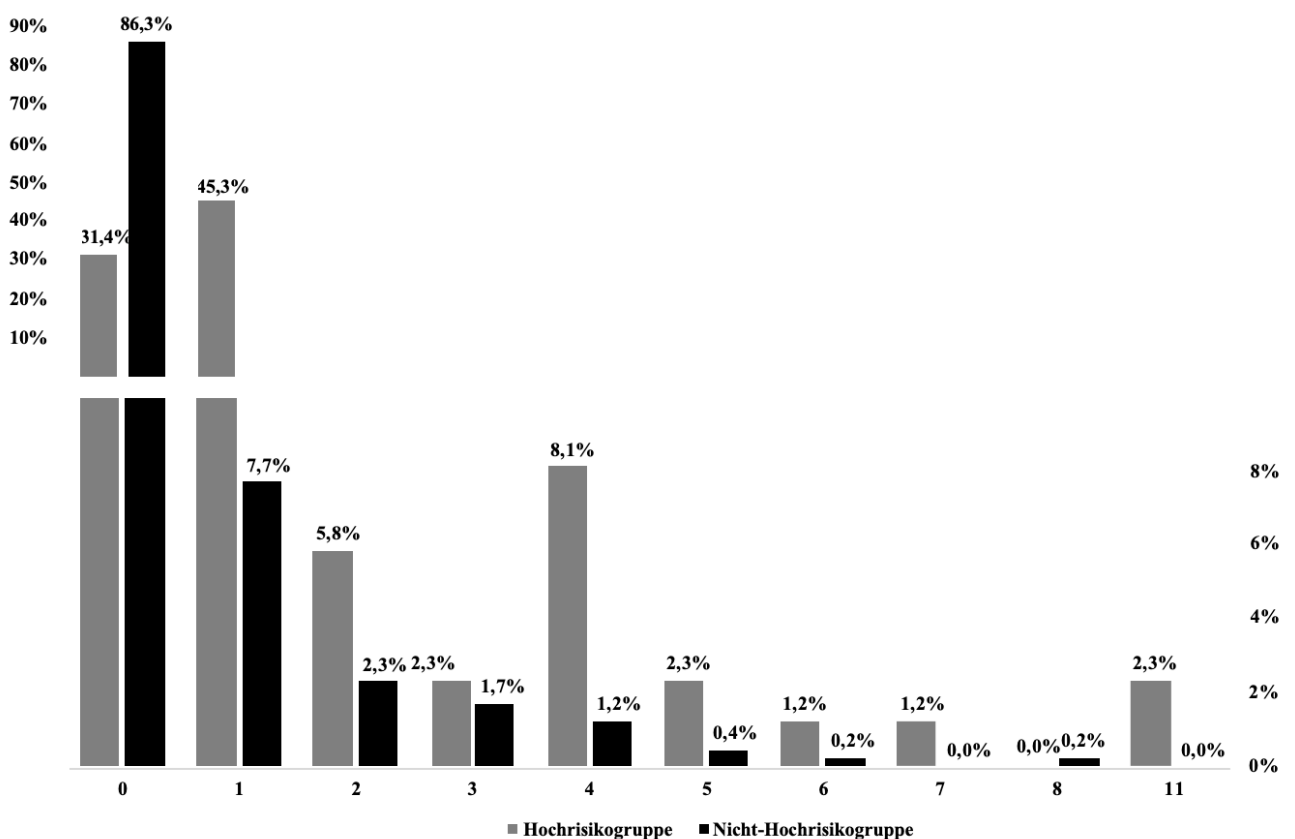


Abbildung 2: Prozentuale Verteilung der psychologischen Gespräche von Hochrisiko- und Nicht-Hochrisikogruppen

Hinsichtlich der Anzahl der psychologischen Gespräche zeigten sich signifikante Unterschiede (N=605, Kruskal Wallis Test, $p < .001$) zwischen der Hochrisikogruppe und der Nicht-Hochrisikogruppe (Hypothese 2.1). Wie aus Abbildung 2 zu entnehmen ist, wurden mit 31,4% (27 Personen) der Hochrisikogefangenen keine psychologischen Gespräche geführt, dies ist möglich, da ein Teil der Gefangenen nach 16 Uhr aufgenommen wurde. In diesem Fall wurden sie dem medizinischen Dienst vorgestellt. Mit 45,3% (39 Probanden) wurde ein einziges psychologisches Gespräch (welches durch das Suizidscreening indiziert war) geführt. Mit 23,3% (20 Probanden) wurden 2 oder mehrere psychologische Gespräche geführt, wobei 2 und 4 Gespräche am häufigsten waren (5 bzw. 7 Personen). Betrachtet man die Nicht-Hochrisikogruppe, so lässt sich beobachten, dass 86% (448 Probanden) kein einziges psychologisches Gespräch erhalten haben, 7,7 % (40 Probanden) ein einziges Gespräch und lediglich 6% erhielten 2 oder mehr psychologische Gespräche im weiteren Verlauf.

Weiter konnten signifikante Unterschiede hinsichtlich der Frequenz der psychiatrischen Konsile (N=605, Kruskal Wallis Test, $p < .001$) dokumentiert werden (Hypothese 2.2) Insgesamt war zu beobachten, dass 40,7% (n=35) der Hochrisikogruppe und 20,6% (n=107) der Nicht-Hochrisikogruppe eine psychopharmakologische Behandlung erhielten. Es konnte aufgezeigt werden, dass Probanden aus der Hochrisikogruppe signifikant häufiger antidepressive Medikationen (N=605, Pearson Chi-Quadrat-Test= 6,414, p-Value=0,011) erhielten, im Vergleich zur Nicht-Hochrisikogruppe (Hypothese 2.3). 23,3% (n=20) der Hochrisikogruppe und lediglich 12,9% (n=67) der Nicht-Hochrisikogruppe erhielt eine antidepressive Medikation. Überdies erhielten 22% (n=19) der Hochrisikogruppe und lediglich 8,6% (n=45) der Nicht-Hochrisikogruppe im weiteren Verlauf neuroleptische und sedierende Medikationen.

Hypothese 2.4 konnte bestätigt werden, Hochrisikopersonen wurden im weiteren Verlauf signifikant häufiger im Kriseninterventionsraum untergebracht (N=605, Kruskal Wallis Test, $p < .001$).

Die in Hypothese 2.5 formulierten Unterschiede der Hochrisiko- und Nicht-Hochrisikogruppe im Hinblick auf die stationär psychiatrische Behandlung konnte nicht bestätigt werden (N=605, Pearson Chi-Quadrat-Test= 4,229; $p= 0,099$).

Hypothese 2.6-2.7 konnten bestätigt werden. Hinsichtlich der Anzahl der Anordnungen von besonderen Beobachtungen (N=605, Kruskal Wallis Test, $p < .001$) und Notgemeinschaften (N=605, Kruskal Wallis Test, $p < .001$) zeigten sich ebenfalls signifikante Unterschiede zwischen der Hochrisikogruppe und der Nicht-Hochrisikogruppe.

Die Ergebnisse des Vergleichs der Kontroll- und Experimentalgruppe über einen Zeitraum von 6 Monaten zeigten folgendes Ergebnis:

Hypothese 3 konnte bestätigt werden. Es gab keine signifikanten Unterschiede angesichts der Häufigkeit der Inanspruchnahme von psychologischen Gesprächen (N=1510, Kruskal Wallis Test, p-value= 0,185) und psychiatrischen Konsilen (N=1510, Kruskal Wallis Test, p-value= 0,881). Zudem gab es keine signifikanten Unterschiede (N=1510, Pearson Chi-Quadrat-Test= 6,414, p-value= 0,880) in der antidepressiven Medikamentenverordnung. In beiden Gruppen erhielten 14-15% der Probanden eine antidepressive Medikation. Sowohl in der Kontrollgruppe, als auch in der Experimentalgruppe erhielten rund 10-11% sonstige psychopharmakologische Medikamente.

Ein signifikanter Unterschied vor und nach der Einführung des Screenings zeigte sich in der Variablen der Unterbringung im Kriseninterventionsraum (N=1510, Kruskal Wallis Test, p-value=0,007). In der Kontrollgruppe wurden 7,45% (67 Probanden), in der Experimentalgruppe 4 % (24 Probanden) im Kriseninterventionsraum untergebracht.

Ein weiterer signifikanter Unterschied (N=1510, Pearson Chi-Quadrat-Test= 13,844, $p < .001$) zeigte sich hinsichtlich der stationär psychiatrischen Unterbringung. In der Kontrollgruppe war bei 3,7% (33 Probanden) und in der Experimentalgruppe bei 0,6% (4 Probanden) eine Verlegung in eine stationäre psychiatrische Klinik notwendig.

Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Anordnungen von Notgemeinschaften (N=1510, Kruskal Wallis Test, p-value=0,747) und besonderen Beobachtungen (N=1510, Kruskal Wallis Test, p-value=0,280).

In der Zeit der Datenerhebung wurde kein Suizidversuch verzeichnet.

Die Ergebnisse der Anwenderbefragung zeigten eine eher geringe Akzeptanz des Screenings (Hypothese 4-5). Es konnte kein Zusammenhang der Antworttendenzen mit den Dienstjahren bzw. mit der Dienstserfahrung gefunden werden. Wir erhielten insgesamt 14 von 46 (30,43%) Antwortbogen zurück, die Mehrheit wurde von den Mitarbeitern des allgemeinen Vollzugsdienstes abgegeben. Eine Likert-Skala der Anwenderbefragung von 1 („trifft überhaupt nicht zu“) bis 4 („trifft voll und ganz zu“) sollte die Zufriedenheit bezüglich Handhabung des Screenings, Arbeitsbedingungen während der Anwendungszeit und Nützlichkeit-Akzeptanz darstellen.

Im Bereich *Handhabung* des Screenings lag der durchschnittliche Wert bei 2,66 Punkten (1-4). Rund 1/3 der Anwenderinnen hatten große Schwierigkeiten mit der praktischen Anwendung des

Screenings. 3 von 14 Personen gaben an, Schwierigkeiten bei der Beantwortung der Items „Suizidale Äußerungen oder Suizidversuch“ und „Bekannte frühere Suizidversuche oder selbstschädigende Handlungen“ zu haben. Item 2 („Ohne festen Wohnsitz“) und Item 4 („Multipler Missbrauch harter Drogen“) wurden von zwei Anwenderinnen als schwierig zu beantworten genannt, Item 3 („Keine oder eine frühere Inhaftierung“) von einer Person und mit Item 1 („Alter 40+“) gab es keine Schwierigkeiten bei der Beantwortung (Dezsö and Opitz-Welke, 2018).

Im Bereich *Arbeitsbedingungen* waren 45% der Anwenderinnen der Meinung, dass nicht ausreichend Zeit zur Verfügung stand. Laut den uns vorliegenden Antworten wurden für das Ausfüllen des Screenings im Durchschnitt 10,33 Minuten benötigt. Insgesamt war eine große Streuung zu beobachten, dies zeigt große individuelle Unterschiede in der Bearbeitungsdauer des Screenings. 10 Anwenderinnen benötigten laut eigenen Angaben durchschnittlich zwischen 3-6 Minuten, 3 Personen benötigten 10 Minuten, 1 Person 20 Minuten und eine Person 60 Minuten. Der Medianwert betrug 5 Minuten (Dezsö and Opitz-Welke, 2018).

Im Bereich *Nützlichkeit-Akzeptanz* kann zusammenfassend gesagt werden, dass die Mehrzahl der Anwenderinnen (11 Personen (68%)) das Screening als sehr kostenaufwendig empfand, da es einen erheblichen Mehraufwand verursache. Lediglich eine Person empfand die Kosten des Screenings als gering. Ebenfalls fanden 68% das Screening als nicht nützlich und nicht als Hilfestellung. Der Mittelwert der Bewertung der Kosten-Nutzen-Relation beträgt 1,87 (1-4), die Mehrzahl der Anwenderinnen empfand die Kosten-Nutzen-Relation als unbefriedigend.

4 Diskussion der Ergebnisse

Durch die Einführung des Screenings erhofften wir uns einen strukturierten Handlungsablauf zum bewussten Umgang mit Suizidalität auf Systemebene zu implementieren, ohne dabei einen erheblichen, unzumutbaren Mehraufwand zu generieren.

Die Experimentalgruppe unterscheidet sich in den meisten Dimensionen nicht signifikant von der Kontrollgruppe, so dass kein erheblicher Mehraufwand im Hinblick auf die Anzahl und Häufigkeit spezifischer Maßnahmen beobachtet wurde. Aus der Experimentalgruppe erfüllten 14,21% (86 Probanden) die Kriterien einer erhöhten Gefährdung, somit sind die anfänglichen Bedenken, dass zu viele Inhaftierte als gefährdet eingestuft werden, nicht eingetroffen.

Ein wesentlicher Effekt, der sich abzeichnete, war die Verschiebung der Inanspruchnahmen zugunsten der Hochrisikogruppe. Dies deutet darauf hin, dass die vorhandenen Ressourcen effektiver genutzt wurden. Am aussagekräftigsten ist die Verteilung der Inanspruchnahme von psychologischen Gesprächen und antidepressiver Medikation. Es wird davon ausgegangen, dass

die Fachkräfte die Kompetenz besitzen, die Funktionen und Grenzen eines Screenings zu berücksichtigen bzw. die Indikation für weitere Gespräche anhand klinischer Kriterien prüfen und nicht wegen der erhöhten Punktzahl mehrere Gespräche geführt wurden. Die Ergebnisse aus dem Vergleich der Experimental- und Kontrollgruppe unterstützen diese Prämisse, da sonst die generelle Anzahl der geführten Gespräche in der Implementierungsphase verglichen mit der Zeit ohne Intervention ebenfalls erhöht gewesen wäre. Eine mögliche Erklärung der Ergebnisse ist, dass vor dem Screening häufig die Personen zum psychologischen Dienst kamen, die aktiv einen Antrag auf psychologische Gespräche stellten oder sich sehr laut und auffällig verhielten (Liebling et al., 2005). Liebling (1999) untersuchte 102 Suizidversuche und fand heraus, dass die Gruppe der Suizidversucher öfter zurückgezogen und mehr Zeit in den Hafträumen verbrachten. Es ist zu vermuten, dass durch die Einführung des Screenings der psychologische Dienst die Möglichkeit hatte, ein anderes Klientel anzusprechen, nämlich die stillen Gefährdeten (Lohner, 2015; Pöldinger, 1968; Ringel, 1953) die häufig nicht gesehen werden bzw. nicht auffallen.

Die Ergebnisse zeigten, dass in der Hochrisikogruppe die antidepressive- und weitere psychopharmakologische Medikationsverordnung erhöht war, jedoch generell nicht mehr Verabreichungen in dem Implementierungszeitraum verzeichnet wurden. Zwar wird der Einsatz von antidepressiver Medikation in der Depressionsbehandlung und Suizidprophylaxe in der Literatur und den Medien kontrovers diskutiert (Menke et al., 2012), es wird jedoch nach Status Quo in der Medizin davon ausgegangen, dass antidepressive Medikationen Spannungsgefühlen, Schlafstörungen und Depressionen entgegenwirken. Insbesondere depressive- und psychotische Störungen zeigen einen starken Zusammenhang mit Suizidalität (Frühwald et al., 2001), somit wird davon ausgegangen, dass diese Veränderungen im Sinne der Suizidprävention wirken (Favril et al., 2017).

Es zeigte sich, dass bei Hochrisikopersonen häufiger Notgemeinschaften, besondere Beobachtungen und die Unterbringungen im Kriseninterventionsraum angeordnet wurden. Die Unterbringung im Kriseninterventionsraum ist manchmal notwendig, um Personen vor Reizen zu isolieren und ihnen durch eine akute Krise zu helfen. Somit hat diese Maßnahme die offizielle Funktion der Suizidvorbeugung. Jedoch ist hier auch kritisch zu bemerken, dass die Isolierung aus akuter Suizidgefahr nicht immer im Sinne der Suizidprävention wirkt und manchmal auch bei Gefangenen mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten als Disziplinarmaßnahme eingesetzt wird (Liebling et al., 2005). Somit lässt sich dieses Ergebnis nicht eindeutig einordnen, es lässt sich lediglich sagen, dass es ein Indikator dafür ist, dass der Inhaftierte in irgendeiner Hinsicht auffällig geworden ist.

Dennoch zeigte der Vergleich der Kontroll- und Experimentalgruppe, dass vor der Einführung des Screenings häufiger Unterbringungen im Kriseninterventionsraum und stationäre psychiatrische Unterbringungen notwendig waren. Eine mögliche Erklärung könnte der frühzeitige Erhalt psychologischer und psychopharmakologischer Unterstützung sein.

Ein weiteres wichtiges Ergebnis der Studie betrifft die Anwenderbefragung, welche die Akzeptanz des Verfahrens messen sollte. Aufgrund der geringen Rücklaufquote lässt sich mit Vorbehalt sagen, dass eine eher geringe Akzeptanz zustande gekommen ist. Eine mögliche Ursache der Bedenken gegenüber dem Screening könnte sein, dass die Anwenderinnen das Gefühl haben könnten, dass viele Aufgaben von einem bestimmten Berufsfeld durchgeführt werden müssen, somit wird auch ein geringer Mehraufwand oft als zusätzliche Last empfunden (Dimension *Arbeitsbedingungen*). Dies würde erklären, dass der Medianwert von 5 Minuten Zeitaufwand in der subjektiven Einschätzung als zu kostspielig empfunden wurde.

Die Ergebnisse hinsichtlich der *Handhabung* des Screenings zeigten, dass die Einschätzung des Suizidversuches und suizidaler Äußerungen bzw. bekannte frühere Suizidversuche und selbstschädigende Handlungen am schwierigsten waren. Unsere Ergebnisse deuten darauf hin, dass die einzelnen Bediensteten bislang eher subjektiv und anhand individueller Kriterien Suizideinschätzungen tätigten. Dieses Prozedere birgt die Risiken, dass wesentliche Faktoren, wie z.B. selbstverletzendes Verhalten in der Risikoeinschätzung keine Berücksichtigung finden. Das Fehlen der Klärung der bereits erfolgten Selbstverletzung bzw. Suizidversuches in der Risikoeinschätzung könnte jedoch fatale Folgen haben, da ein vorangegangener Suizidversuch „der stärkste Prädiktor für einen späteren vollendeten Suizid“ ist (Bennefeld-Kersten, 2015, S108). Die Schwierigkeiten bei der Einschätzung, ob ein Inhaftierter einen polizeilich gemeldeten Wohnsitz besitzt, könnten mit den geographischen Eigenschaften der Stadt Berlin erklärt werden. Durch die Nähe der polnischen Grenze konnte es Unsicherheiten bezüglich Personen gegeben haben, die nur in Polen einen festen Wohnsitz besitzen. Insgesamt zeigte die Anwenderbefragung, dass Veränderungsprozesse im Vollzug viel Zeit und Rücksprachen benötigen und Implementierungen langsam und mit Schwierigkeiten einhergehen.

Die Beziehung zwischen Aggression, Impulsivität und Suizidalität wurde in einer Vielzahl von Studien untersucht. Grupp (2009, S. 34) fasst in seiner Dissertation zum Thema Aggression und Suizidalität zusammen, dass „impulsiv aggressive Persönlichkeitszüge zumindest als Teil einer individuellen Prädisposition zu suizidalem Verhalten zu werten“ sind. Eine gesteigerte Impulsivität stellt eines der größten Probleme in der Behandlung suizidaler Personen dar, weil sie die Vorhersehbarkeit eines Suizidversuches erschwert. Unser Projekt 2 (Seidel et al., 2019, Projekt

2/ Publikation 3) setzt den Fokus auf impulsives und aggressives Verhalten. Wir haben anhand von 210 dokumentierten aggressiven Vorfällen des Justizvollzugskrankenhauses von Berlin die gemeinsamen Risikofaktoren bzw. protektive Faktoren aggressiven Verhaltens anhand der dokumentierten „dienstlichen Meldungen“ zwischen 1997-2006 bzw. 2010-2016 untersucht. Auf Grundlage der Forensifizierungshypothese (siehe Einleitung), vermuteten wir, dass Patienten mit dokumentierten gewalttätigen Verhalten in der Tendenz jung, psychiatrisch krank und mehrere Vorinhaftierungen aufweisen. Zudem erwarteten wir einen generellen Anstieg der gewalttätigen Verhaltensweisen und einen Anstieg der diagnostizierten schizophrenen Erkrankungen in der Vollzugspsychiatrie. Aus den dienstlichen Meldungen wurden folgende Daten extrahiert: Jahr des aggressiven Verhaltens, Nationalität, Inanspruchnahme eines Übersetzers, Haftstatus (Untersuchungshaft oder Strafhaft), bekannte Selbstverletzungen in der Vorgeschichte, psychiatrische Diagnose, Vorinhaftierung und die Existenz von eigenen Kindern. Mittels logistischer Regression konnte im Einklang mit der Literatur ein signifikanter Zusammenhang ($p < 0,05$) zwischen aggressiven Handlungen und einer schizophrenen Erkrankung gefunden werden. Zudem stellten wir fest, dass eine nicht deutsche Nationalität, kein Dolmetscher, keine Kinder und keine frühere Vorinhaftierung in Verbindung mit aggressivem Verhalten standen ($p < 0,05$).

Es zeichnete sich ab, dass bestimmte Risikofaktoren eine Schnittstelle im Spektrum der Aggression bilden. Es ist möglich, dass bestimmte Risikofaktoren sowohl die external gerichtete Aggression, als auch autoaggressive Tendenzen begünstigen. So zeigte unsere Studie, dass die erste Inhaftierungserfahrung und auch eine schizophrene Erkrankung sowohl in Verbindung mit aggressivem als auch mit suizidalem Verhalten stehen.

Für die klinischen Implikationen bedeutet diese Studie (3), dass es für die angemessene Behandlung dieser Menschen essenziell ist, protektive Faktoren wie sozialer Rückhalt und eine familiäre Bindung bzw. die Vaterrolle zu stärken. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass das Einbinden eines Dolmetschers essenziell ist, um die objektive Kommunikationsunfähigkeit der vulnerablen Inhaftierten zu reduzieren und das entstandene Hilflosigkeitserleben abzuschwächen bzw. einen modulierenden Effekt zu bewirken. Die Einbeziehung von Dolmetschern ist somit sowohl im Strafprozess zur Klärung der Schuldfähigkeit nach § 63, 64 StPO, in der Präventionsarbeit der Untersuchungshaft, als auch im späterem Vollzugsalltag als essenzieller Teil der Gewalt- und Suizidprävention anzusehen. Die systematische Übersichtsarbeit von Zhong et al. (2021) unterstützt weitestgehend unsere Ergebnisse. Die Autoren schlussfolgern, dass aufgrund der Wichtigkeit der klinischen Variablen das Vollzugspersonal im Hinblick auf die frühzeitige

Erkennung von selbstverletzenden Verhalten und depressiven bzw. psychotischen Verhalten gesondert geschult werden sollte. Neben den klinischen Faktoren solle ein besonderes Augenmerk auf die modifizierbaren institutionellen Faktoren gelegt werden. Deckungsgleich mit unseren Studien (1-3) fand die Arbeitsgruppe eine starke Assoziation zwischen der Abwesenheit von Besuchern und der Einzelunterbringung mit suizidalem Verhalten. Im Rahmen der Gewalt- und Suizidprävention und des Risikomonitorings ist es besonders sinnvoll, diese Faktoren zu berücksichtigen. So sollten Inhaftierten mit bekannten psychischen Auffälligkeiten und selbstschädigendem Verhalten häufiger Doppelzellenbelegungen bzw. besondere Beobachtungen angeordnet werden. Zudem sollte bei Straftätern mit Migrationshintergrund und psychischen Auffälligkeiten darauf geachtet werden, dass sie Unterstützung eines Dolmetschers erhalten und ihre soziale Integration gefördert wird. Das kann durch eine gezielte Gestaltung der Tagesstruktur erreicht werden, so dass soziale Interaktionen geschaffen werden. Ein weiterer modifizierbarer institutioneller Faktor ist die Einschränkung der Besucher- und Einschlusszeiten. Trotz hoher Sicherheitsstandards sollte dieser Aspekt immer mitberücksichtigt werden.

5 Schlussbetrachtung und Ausblick

Abschließend lässt sich sagen, dass mit der Einführung eines einfachen und kurzen Screenings diverse Änderungen im Vollzugssystem bemerkbar waren. Durch einen strukturierten Ablauf wurde der psychologische Dienst mehr in das Aufnahmeverfahren involviert und konnte mit seiner Fachkompetenz im Bereich der Suizidalität gezielter eingesetzt werden. Das Screening erfüllte in der Implementierungsphase das Ziel, einen strukturierten und kostengünstigen Ablauf der Suizidprävention zu etablieren und damit den Angestellten langfristig eine Entlastung und Hilfe zu bieten. Die anfänglichen Bedenken, dass solch ein Screening einen unzumutbaren Mehraufwand mit sich bringt, wurden nicht bestätigt. Es fand eine Verschiebung der spezifischen Interventionen in Richtung Hochrisikogruppe statt, während die Anzahl der Interventionen in der Zeit vor und während der Implementierungsphase auf Vollzugsebene nicht signifikant angestiegen ist. Zudem lässt sich mit Vorbehalt festhalten, dass weniger psychiatrische Dekompensationen auf der Vollzugsebene in der Pilotphase festgehalten wurden. Diese Ergebnisse widersprechen dem subjektiven Eindruck der Anwenderinnen und müssen in den klinischen Implikationen ihre Berücksichtigung finden.

5.1 Limitationen der Studie

Trotz der umfangreichen Stichprobengröße ist das relativ seltene Auftreten des vollzogenen Suizids eine wesentliche Limitation dieser Studie. Neben relativ einheitlicher retrospektiver Studienlage bezüglich assoziierter Risikofaktoren (Zhong et al, 2021), limitiert die indirekte

Messung der Suizidalität dennoch die Interpretierbarkeit der Ergebnisse. Für Folgestudien sollten mit einer längerfristigen angesetzten follow-up Periode der Aspekt der direkten Suizidmessung berücksichtigt werden. Eine weitere Einschränkung der Studie ergibt sich aus den strukturellen Gegebenheiten des Justizvollzuges. In den aktuellen Studienergebnissen könnten Einflüsse wie personelle Veränderungen, hohe Krankheitsstände und persönliche Einstellungen die Ergebnisse beeinflusst haben. Zudem muss bei den Schlussfolgerungen auch berücksichtigt werden, dass unsere Stichprobe aufgrund der Trennungsanordnung im Justizvollzug keine weiblichen Probanden beinhaltet.

5.2 Klinische Implikationen

Vor einer obligatorischen Einführung des Screenings in der Untersuchungshaft sollte die Einschätzung der Notwendigkeit und die Beurteilung des Verfahrens durch die Anwenderinnen verbessert werden. Es ist unverzichtbar, sich mit den Bediensteten auszutauschen, um die Einschätzungen jener, die keine Antwort abgegeben haben, aufzudecken. Um die Akzeptanz des Verfahrens zu erhöhen, sollte besser auf die Funktion eines Screenings eingegangen werden. Es sollte stärker betont werden, dass das Screening nicht die Eindrücke des Personals ersetzen und ergänzende Beobachtungen keinesfalls außer Acht gelassen werden sollen. Auf die Ängste und Kritikpunkte sollte ggf. strukturell eingegangen werden. Es wäre beispielsweise vorstellbar, dass das Screening der allgemeine Vollzugsdienst durchführen könnte.

Die Ergebnisse unserer Studie sind aufgrund der Ausrichtung auf nicht klinische Parameter nur schwer mit internationalen Studien vergleichbar. Aufgrund der finanziell begrenzten Möglichkeiten in Deutschland wurde in der aktuellen Studie eine Handlungsanweisung entwickelt, in der auf die klinischen Parameter der vergleichbaren internationalen Suizidpräventionskampagnen (Humber et al., 2011) weitgehend verzichtet wurde. Dennoch zeigten unsere Ergebnisse, dass es zukünftig unabdingbar ist, ein strukturiertes und regelmäßiges Anwendungstraining für die Anwenderinnen einzuführen, um ein flächendeckendes Risiko-Monitoring zu gewährleisten. Das Training sollte sowohl symptomatisches Wissen über schizophrene Erkrankungen bzw. Deeskalations- und Stabilisierungsmaßnahmen beinhalten als auch einen multidimensionalen Einblick in die Suizidprävention geben. Hierbei betont Frau Bennefeld-Kersten (2015) die Notwendigkeit, Ambivalenzen in Bezug auf das Thema freien Raum zu lassen und diese zu bearbeiten.

6 Literatur

- Amborst, A. (2018). Einführung: Merkmale und Abläufe evidenzbasierter Kriminalprävention In: Kober, Walsh, M., Pniewski, B. & Armborst. *Evidenzbasierte Kriminalprävention in Deutschland*, Springer Verlag, 3-19.
- Ayhan, G., Arnal, R., Basurko, C., About, V., Pastre, A., Pinganaud, E., Sins, D., Jehel, L., Falissard, B. & Nacher, M. (2017). Suicide risk among prisoners in French Guiana: prevalence and predictive factors, *BMC Psychiatry*, 17:156, doi 10.1186/s12888-017-1320-4.
- Bebbington, P., Jakobowitz, S., McKenzie, N., Killaspy, H., Iveson, R., Duffield, G. & Kerr, M. (2017). Assessing needs for psychiatric treatment in prisoners: 1. Prevalence of disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(2):221–29, <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1311-7>.
- Bennefeld-Kersten, K., Lohner, J. & Pecher, W. (2015). *Freitod? Selbst Mord? Bilanz Suizid? Wenn Gefangene sich das Leben nehmen*, Pabst Science Publishers, Lengerich.
- Blaauw, E., Kerkhof, A.J.F.M., Winkel, F.W., & Sheridan, L. (2001). Identifying suicide risk in penal institutions in the Netherlands, *British Journal of Forensic Practice*, 3: 22-28, <https://doi.org/10.1108/14636646200100024>.
- Bronson, J. & Berzofsky, M. (2017). Indicators of mental health problems reported by prisoners and jail inmates. 2011-2012, Bureau of Justice Statistics (BJS), 1–17, <https://www.bjs.gov/content/pub/pdf/imhprpji1112.pdf>. (21.02.2020)
- Dahle, K.P., Lohner, J.H., & Konrad (2005). Suicide Prevention in Penal Institutions: Validation and Optimization of a Screening Tool for Early Identification of High-Risk Inmates in Pretrial Detention, In: *International Journal of Forensic Health*, 4(1), 53-62, doi 10.1080/14999013.2005.10471212.
- Dezsö, D. & Opitz-Welke, A. (2018). Einsatz von Suizid – Screening - Instrumenten im BerlinerStrafvollzug als Option zur Verhinderung von Gefängnis – Suizid? In: *Recht und Psychiatrie*, Schwerpunkt: Haftpsychiatrie, Psychiatrie Verlag, 36, 21-26.
- Fazel, S., Ramesh, T. & Hawton, K. (2017). Suicide in prisons: an international study of prevalence and contributory factors, *Lancet Psychiatry*, 4, 946–52, doi 10.1016/S2215-0366(17)30430-3.
- Fazel, S. & Seewald, K. (2012). Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: systematic review and metaregression analysis, *The British Journal of Psychiatry*, 200, 364–373, doi 10.1192/bjp.bp.111.096370.
- Favril, L., Vander Laenen, F., Vandeviver, C. & Audenaert, K. (2017). Suicidal ideation while incarcerated: Prevalence and correlates in a large sample of male prisoners in Flanders, Belgium, *International Journal of Law and Psychiatry*, 55, 19-28.
- Freud, S. (1917). *Trauer und Melancholie*, G.W.X., 427 ff.S. Fischer, Frankfurt.
- Frottier, P., König, F., Matschnig, T., Seyringer, M. E., & Frühwald, S. (2008). VISCI--Viennese Instrument for Suicidality in Correctional Institutions. *Psychiatrische Praxis*, 35(1), 21-27.
- Frühwald, S., Eher, R., Frottier, P. (2001). What was the Relevance of Previous Suicidal Behaviour in Prison Suicides? *Canadian Journal of Psychiatry*, 46(8), 763.

- Grupp, M. O. (2009): Aggressive Persönlichkeitsmerkmale bei suizidalem Verhalten, Dissertation zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin, Ludwig-Maximilians-Universität, München.
- Humber, N., Hayes, A., Senior, J. & Shaw, J. (2011). Identifying, monitoring and managing prisoners at risk of self-harm/suicide in England and Wales. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 22 (1), 22-51.
- Kette, G. (1991). Haft: eine sozialpsychologische Analyse, Hogrefe, Göttingen.
- Lev-Belz, Y., Gvion, Y. & Apter, A. (2019). Editorial: The Psychology of Suicide: From Research Understandings to Intervention and Treatment. *Frontiers in Psychiatry*. doi 10.3389/fpsyt.2019.00214.
- Liebling, A. (1999). Prison Suicide and Prisoner Coping, In: Tonry, M. & Petersilia, J. (Hrsg.), *Crime and Justice*, 26, 283-359.
- Liebling, A., Tait, S., Durie, L., Stiles, A. & Harvey, J. (2005). An Evaluation of the Safer Locals Programme- Final Report, Cambridge Institute of Criminology, Prisons Research Centre.
- Lohner, J. (2008). Suizidversuche und selbstschädigendes Verhalten im Justizvollzug, Dr. Kovac Verlag.
- Lohner, J. (2015). Screening. In: Bennefeld-Kersten, K., Lohner, J. & Pecher, W.: *Freitod? Selbst Mord? Bilanz Suizid? Wenn Gefangene sich das Leben nehmen*, Teil III, 293-300, Pabst Science Publishers.
- Mann, J., Waternaux, C., Gretchen, D., Haas, L., Malone, D. & Malone, M. (1999). Toward a Clinical Model of Suicidal Behaviour in Psychiatric Patients, *American Journal of Psychiatry*, 156:181–189.
- Menke, A., Domschke, K., Czamara, D., Klengel, T., Hennings, J., Lucae, S., Baune, B. T., Arolt, V., Müller-Myhsok, B., Holsboer, F. & Binder, E. B. (2012). Genome-Wide Association Study of Antidepressant Treatment-Emergent Suicidal Ideation, *Neuropsychopharmacology*, 37(3), 797–807. doi10.1038/npp.2011.257.
- Neumann, B., Ross, T. & Opitz-Welke, A. (2020). Foreign National Patients in German Prison Psychiatry. *Frontiers in Psychiatry*, doi 10.3389/fpsyt.2019.00988.
- Pesch, M. (2015). Suizidalität in sächsischen Justizanstalten. Einfluss von Haftdauer, Persönlichkeitsauffälligkeiten und Persönlichkeitsstörungen auf die Suizidalität von Inhaftierten, Dissertationsschrift, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, Technische Universität Dresden.
- Pödinger, W. (1968). Die Abschätzung der Suizidalität, Bern, Verlag Hans Huber.
- Rabe, K. & Konrad, N. (2010). Aktuelle Aspekte des Gefängnis-suizids. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*. 4:182–192, doi 10.1007/s11757-010-0064-5.
- Ringel, E. (1953). Der Selbstmord. Abschluss einer krankhaften psychischen Entwicklung. Eine Untersuchung an 745 geretteten Selbstmördern, Wien: Maudich.
- Ritter, D., Pesch, M., Lewitzka, U. & Jabs, B. (2016). Suizidalität von Inhaftierten. Einfluss von Haftdauer, Persönlichkeitsauffälligkeiten und Persönlichkeitsstörungen, *Nervenarzt*, 87:496-505, doi 10.1007/s00115-016-0121-1.

- Seidel, P., Konrad, N., Negatsch, V., Dezsö, D., Kogan, I., Gauger, U., Neumann, B., Voulgaris, A. & Opitz-Welke, A. (2019). Violent Behavior During Psychiatric Inpatient Treatment in a German Prison Hospital, *Frontiers in Psychiatry*, doi 10.3389/fpsy.2019.00961.
- Sykes, G.M. (1958). *The society of captives. A study of a maximum-security prison.* Princeton Univ. Press, Princeton NJ.
- Voulgaris, A., Kose, N., Konrad, N. & Opitz-Welke, A. (2018). Prison Suicide in Comparison to Suicide Events in Forensic Psychiatric Hospitals in Germany, *Frontiers in Psychiatry*, 9: 398, doi 10.3389/fpsy.2018.00398.
- Wolfersdorf, M., Schneider, B. & Schmidtke, A. (2015): Suizidalität: ein psychiatrischer Notfall, Suizidprävention: eine psychiatrische Verpflichtung, *Nervenarzt*, 86: 1124., doi 10.1007/00115-014-4150-3.
- Zhong, S., Senior, M., Yu, R., Perry, A., Hawton, K. Shaw, J. & Fazel, S. (2021). Risk-factors for suicide in prisons: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*, doi 10.1016/S2468-2667(20)30233-4.

7 Anhang

7.1 Untersuchungsinstrument: Erhebungsbogen

Fragebogen zur Erprobungsphase des Suizidscreenings in der JVA Moabit

Sehr geehrte Befragungsteilnehmerinnen, sehr geehrte Befragungsteilnehmer,

seit dem 01.03.2016 wird das Suizid-Screening SIRAS in einem dreimonatigen Probelauf im Aufnahmebereich der JVA Moabit eingesetzt. Diese Erprobungsphase soll im Rahmen einer Prozessevaluation wissenschaftlich begleitet werden.

Zu diesem Zweck wurde der vorliegende Fragebogen entwickelt. Das Ziel der Befragung besteht darin, Ihre Erfahrungen bei der Anwendung des Suizid-Screenings während der Erprobungsphase genauer zu erfassen. Die zusammengetragenen Erkenntnisse sollen dann die Grundlage für die Entscheidung bilden, ob und in welchem Umfang das Suizid-Screening zukünftig im BerlinerJustizvollzug eingesetzt wird und ggf. welche Optimierungen im Verfahrensablauf vorgenommen werden können.

Wir bitten Sie daher herzlich, den vorliegenden Fragebogen auszufüllen. Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig und anonym.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Im folgenden Abschnitt geht es zunächst um statistische Angaben zur Anwendung des Screening-Bogens.

F01.	Bei wie vielen Inhaftierten haben Sie während der Erprobungsphase das Screening durchgeführt (ggf. bitte schätzen)?	
F02.	Wie viel Zeit (in Minuten) haben Sie durchschnittlich (gemittelt über alle Fälle) für die Bearbeitung und Dokumentation für einen Probanden benötigt (ggf. bitte schätzen)?	

Im nachfolgenden Abschnitt möchten wir gern etwas genauer wissen, welche Erfahrungen Sie bei der Anwendung des Suizid-Screenings gemacht haben. Beziehen Sie sich in Ihren Einschätzungen bitte auf den gesamten Erprobungszeitraum. Bitte beantworten Sie jede Frage aus Ihrer persönlichen Sicht, das Antwortformat reicht von „trifft überhaupt nicht zu“ bis „trifft voll und ganz zu“.

		trifft überhaupt nicht zu		trifft voll und ganz zu	
F03.	Ich fühle mich ausreichend über das konkrete Vorgehen in Bezug auf die Anwendung des Suizid-Screenings informiert.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
F04.	Die Fragen und Anweisungen zur Bearbeitung des Screening-Bogens sind verständlich formuliert.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
F05.	Die Handlungsschritte bei der Übertragung der Screening-Ergebnisse in BASIS-Web sind klar formuliert.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
F06.	Die Handlungsschritte bezüglich der Kontaktaufnahme mit dem psychologischen/psychiatrischen Dienst sind klar formuliert.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
F07.	Ich hatte ausreichend Zeit für das vollständige Ausfüllen des Screening-Bogens.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
F08.	Für die vollständige Bearbeitung des Suizid-Screenings lagen mir alle klientenbezogenen Informationen vor, die ich benötigte.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
F09.	Ich hatte mit der Beantwortung bestimmter Fragen im Screening-Bogen häufig Schwierigkeiten .	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
	falls zutreffend: es handelte sich dabei um folgende Frage(n):				
	Alter 40+			<input type="radio"/>	
	ohne festen Wohnsitz			<input type="radio"/>	
	keine oder eine frühere Inhaftierung			<input type="radio"/>	
	multipler Missbrauch harter Drogen			<input type="radio"/>	
	bekannte frühere Suizidversuche oder selbstschädigendes Verhalten			<input type="radio"/>	
F10.	Durch die Verwendung des Screening-Bogen fühle ich mich sicherer in der Arbeit mit den Gefangenen.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4

F11.	Das Ausfüllen des Screening-Bogens bedeutet für mich einen erheblichen zeitlichen Mehraufwand .	<input type="radio"/> O ₁	<input type="radio"/> O ₂	<input type="radio"/> O ₃	<input type="radio"/> O ₄
F12.	Ich finde, dass dieser Suizid-Screening-Bogen nützlich für meine Arbeit ist.	<input type="radio"/> O ₁	<input type="radio"/> O ₂	<input type="radio"/> O ₃	<input type="radio"/> O ₄
F13.	Der für die Bearbeitung des Screening-Bogens entstehende Aufwand steht in einem angemessenen Verhältnis zum Nutzen .	<input type="radio"/> O ₁	<input type="radio"/> O ₂	<input type="radio"/> O ₃	<input type="radio"/> O ₄
F14.	Ich bin zufrieden mit dem Suizid-Screening und dem vorgegebenem Ablaufplan.	<input type="radio"/> O ₁	<input type="radio"/> O ₂	<input type="radio"/> O ₃	<input type="radio"/> O ₄
F15.	Insgesamt empfehle ich den Einsatz des Screening-Bogens im BerlinerJustizvollzug.	<input type="radio"/> O ₁	<input type="radio"/> O ₂	<input type="radio"/> O ₃	<input type="radio"/> O ₄

Zum Schluss bitten wir Sie noch um demografische Angaben zu Ihrer Person.

Ihr Geschlecht

<input type="radio"/> O ₁	männlich	<input type="radio"/> O ₂	weiblich
--------------------------------------	----------	--------------------------------------	----------

Ihr Alter

<input type="radio"/> O ₁	unter 25 Jahre	<input type="radio"/> O ₅	41 bis 45 Jahre
<input type="radio"/> O ₂	26 bis 30 Jahre	<input type="radio"/> O ₆	46 bis 50 Jahre
<input type="radio"/> O ₃	31 bis 35 Jahre	<input type="radio"/> O ₇	über 50 Jahre
<input type="radio"/> O ₄	36 bis 40 Jahre		

Wie lange sind Sie bereits im Justizvollzug beschäftigt?

<input type="radio"/> O ₁	weniger als 1 Jahr	<input type="radio"/> O ₄	mehr als 5 Jahre bis einschließlich 10 Jahre
<input type="radio"/> O ₂	mehr als 1 Jahr bis einschließlich 3 Jahre	<input type="radio"/> O ₅	mehr als 10 Jahre
<input type="radio"/> O ₃	mehr als 3 Jahre bis einschließlich 5 Jahre		

Wie lange arbeiten Sie bereits im Aufnahmebereich der JVA Moabit?

<input type="radio"/> O ₁	weniger als 1 Jahr	<input type="radio"/> O ₄	mehr als 5 Jahre bis einschließlich 10 Jahre
<input type="radio"/> O ₂	mehr als 1 Jahr bis einschließlich 3 Jahre	<input type="radio"/> O ₅	mehr als 10 Jahre
<input type="radio"/> O ₃	mehr als 3 Jahre bis einschließlich 5 Jahre		

Welcher Dienstgruppe gehören Sie an?

<input type="radio"/> O ₁	Allgemeiner Vollzugsdienst	<input type="radio"/> O ₃	Psychologischer Dienst
<input type="radio"/> O ₂	Sozialdienst	<input type="radio"/> O ₄	ZMA

7.2 Deliktverteilung der gesamten Stichprobe

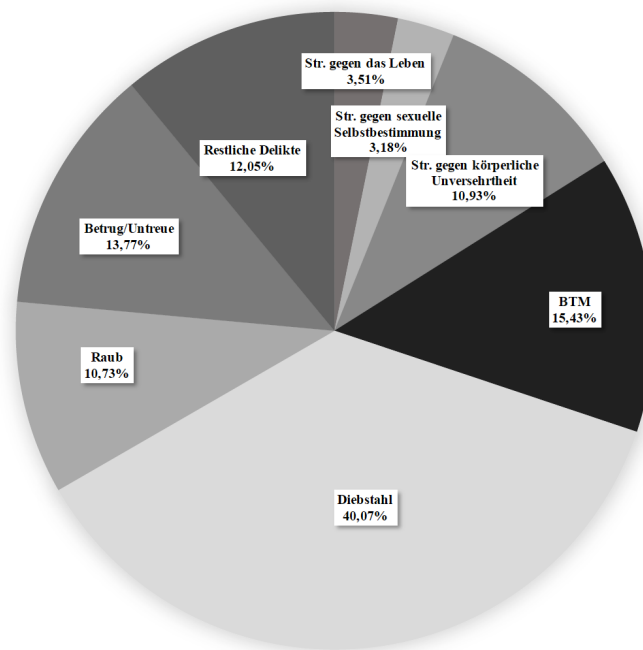


Abbildung 3: Deliktverteilung der gesamten Stichprobe

8 Eidesstattliche Versicherung

Ich, Dora Dezsö, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: *Berliner Krisen im Vollzugsalltag- Suizidprävention in der Berliner Untersuchungshaft / Crisis intervention in daily prison life – Suicide prevention in Berlin Remand Prison* 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/innen beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) werden von mir verantwortet.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem Erstbetreuer angegeben sind. Für sämtliche im Rahmen der Dissertation entstandenen Publikationen wurden die Richtlinien des ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors; www.icmje.org) zur Autorenschaft eingehalten. Ich erkläre ferner, dass ich mich zur Einhaltung der Satzung der Charité – Universitätsmedizin Berlin zur Sicherung Guter Wissenschaftlicher Praxis verpflichte.

Weiterhin versichere ich, dass ich diese Dissertation weder in gleicher noch in ähnlicher Form bereits an einer anderen Fakultät eingereicht habe.

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

30.06.2021

Unterschrift

9 Anteilserklärung an den erfolgten Publikationen

Dora Dezsö hatte folgenden Anteil an den folgenden Publikationen:

Publikation 1: Dezsö, D. & Opitz-Welke, A. Einsatz von Suizid – Screening - Instrumenten im Berliner Strafvollzug als Option zur Verhinderung von Gefängnis – Suizid?, Recht und Psychiatrie, Schwerpunktthema: Haftpsychiatrie, 2018

Beitrag im Einzelnen: Nach dem Literaturüberblick von Frau Dr. Opitz-Welke erfolgte von mir die Ausarbeitung und Ausformulierung des Studiendesigns, die Zusammentragung und Auswertung aller Daten (Hypothesenprüfung) sowie die Konzeption und Erstellung der Tabellen (1 und 2) und der Abbildung 1. Die abschließende Deutung der Ergebnisse erfolgte in Zusammenarbeit mit der Co-Autorin.

Publikation 2: Dezsö, D., Konrad, N., Seewald, K. & Opitz-Welke, A. Implementation of a Suicide Risk Screening Instrument in a Remand Prison Service in Berlin, Front. Psychiatry, 2018

Beitrag im Einzelnen: Ich war verantwortlich für die Erarbeitung und Niederschrift des Literaturüberblickes sowie des Studiendesigns, die Zusammentragung und Auswertung aller Daten, die Konzeption und Erstellung aller Tabellen (1,2 und 3) und Abbildungen (1 und 2) sowie die Erarbeitung und Niederschrift der Diskussion. Das abschließende Korrekturlesen erfolgte durch die Co-Autoren.

Publikation 3: Seidel, P., Konrad, N., Negatsch, V., Dezsö, D., Kogan, I., Gauger, U., Neumann, B., Voulgaris, A. & Opitz-Welke, A. Violent Behavior During Psychiatric Inpatient Treatment in a German Prison Hospital, Frontiers in Psychiatry, 2019

Beitrag im Einzelnen: Hierunter fiel die detaillierte Literaturrecherche und Artikelanalyse, die Zusammentragung der Daten und die Konsultationen mit Co-Autoren.

Unterschrift der Doktorandin

10 Publikationen

10.1 Publikation 1

Das Urheberrecht an Recht & Psychiatrie ist Eigentum des Psychiatrie Verlag GmbHs. Diese Ausgabe hat keine DOI-Nummer, der Originalartikel kann unter folgendem Link angefordert werden:

<https://psychiatrie-verlag.de/product/recht-psychiatrie-1-2018/>

Das Urheberrecht an Recht & Psychiatrie ist Eigentum des Psychiatrie Verlag GmbHs. Diese Ausgabe hat keine DOI-Nummer, der Originalartikel kann unter folgendem Link angefordert werden:

<https://psychiatrie-verlag.de/product/recht-psychiatrie-1-2018/>

Das Urheberrecht an Recht & Psychiatrie ist Eigentum des Psychiatrie Verlag GmbHs. Diese Ausgabe hat keine DOI-Nummer, der Originalartikel kann unter folgendem Link angefordert werden:

<https://psychiatrie-verlag.de/product/recht-psychiatrie-1-2018/>

Das Urheberrecht an Recht & Psychiatrie ist Eigentum des Psychiatrie Verlag GmbHs. Diese Ausgabe hat keine DOI-Nummer, der Originalartikel kann unter folgendem Link angefordert werden:

<https://psychiatrie-verlag.de/product/recht-psychiatrie-1-2018/>

Das Urheberrecht an Recht & Psychiatrie ist Eigentum des Psychiatrie Verlag GmbHs. Diese Ausgabe hat keine DOI-Nummer, der Originalartikel kann unter folgendem Link angefordert werden:

<https://psychiatrie-verlag.de/product/recht-psychiatrie-1-2018/>

Das Urheberrecht an Recht & Psychiatrie ist Eigentum des Psychiatrie Verlag GmbHs. Diese Ausgabe hat keine DOI-Nummer, der Originalartikel kann unter folgendem Link angefordert werden:

<https://psychiatrie-verlag.de/product/recht-psychiatrie-1-2018/>



Implementation of a Suicide Risk Screening Instrument in a Remand Prison Service in Berlin

Dora Dezsö¹, Norbert Konrad¹, Katharina Seewald² and Annette Opitz-Welke^{1*}

¹ Institute of Forensic Psychiatry, Charité University Hospital Berlin, Berlin, Germany, ² Research & Development Division, Berlin Prison & Probation Services, Berlin, Germany

OPEN ACCESS

Edited by:

Athanassios Douzenis,
National and Kapodistrian University
of Athens Medical School, Greece

Reviewed by:

Axel Haglund,
Swedish National Board of Forensic
Medicine, Sweden
Petros Ntounas,
Athens University Medical School,
"Attikon" General Hospital and the
Psychiatric Hospital of Attica, Greece

*Correspondence:

Annette Opitz-Welke
Annette.opitz-welke@charite.de

Specialty section:

This article was submitted to
Forensic Psychiatry,
a section of the journal
Frontiers in Psychiatry

Received: 20 September 2018

Accepted: 19 November 2018

Published: 11 December 2018

Citation:

Dezsö D, Konrad N, Seewald K and
Opitz-Welke A (2018) Implementation
of a Suicide Risk Screening Instrument
in a Remand Prison Service in Berlin.
Front. Psychiatry 9:665.
doi: 10.3389/fpsy.2018.00665

In the present study, we examined the effects of implementing the suicide risk screening instrument SIRAS in a pre-trial detention facility for men in Berlin. Within a period of 3 months, all newly arriving prisoners were screened ($n = 611$) by social workers or prison officers. Cases of elevated suicide risk were immediately referred to a psychologist or medical staff the same day. Follow-up over a 6-month period showed that 14% of all incoming prisoners were classified as high-risk individuals. These individuals received significantly more psychological and psychiatric treatment and were significantly more likely to be accommodated in crisis intervention rooms and emergency community accommodation (shared prison cells). In addition, it was found that despite the increased amount of treatment in the high-risk group, the number of specific measures did not increase significantly compared to the pre-implementation phase ($N = 1,510$).

Keywords: suicide prevention, suicide screening, penal institution, pre-trial detention, prison suicide

BACKGROUND

Prevalence of psychiatric disorders among prisoners is many times higher and suicide is one of the leading causes of death in prison (1–4). The exact rate of suicide varies widely according to the study design, with values most frequently reported at 2- to 10-times higher rate compared to the general population (5, 6). Different studies use different suicide-rate calculations, sometimes with major methodological problems (7, 8). Thus, for example, the presumably large number of unreported and hence unofficial numbers of suicides in the general population is not sufficiently taken into account as a comparison group whereas the number of unreported cases in prison settings is relatively low due to close monitoring. The arising problem is the difficulty to compare the suicide rates of those two groups. In addition, statistics can be distorted as well by varying definitions of suicide; some studies include the overdose of drugs or are unable to include suicidal intentions covered as traffic or household accidents (9).

Despite methodological issues, it can generally be claimed that suicide is a real problem in prison and prisoners face an elevated number of risk factors. Konrad (10) found a 6.5 times higher suicide rate among male prisoners compared to the age- and sex- matched general population (11). Lohner and Konrad (12) found that the characteristics of suicides in pre-trial detention appear relatively homogenous as opposed to detention where those risk factors are more heterogeneous.

For example, a census conducted by the criminologists in the Lower Saxony prison on 1067 cases between 2000 and 2013 ($N = 1,067$) shows that among detained prisoners suicide risk among prisoners increased in several age ranges, younger age groups having a higher risk as opposed to remand prisoners where high risk group prisoners were mainly in the over-40s age group. Similarly, the timing of the suicidal act showed differences between sentenced and remand prisoners (13).

It is widely known that within the prison system, suicides are more common among remand prisoners. Especially in the first days of detention, an increased suicide is generally found (5, 14). A possible explanation is the so-called “confinement shock” (2, 15–17). First incarceration experiences, social deprivation, loss of control and uncertainty characterize the period of pre-trial detention and therefore require stable and pronounced coping skills (18).

With regards to suicidal development according to Plödingner (19), 3 phases can be observed. At deliberation stage (Phase 1), suicidality is considered as a possible solution to the problem. The stage of ambivalence (Phase 2) is characterized by a struggle between life-sustaining and self-destructive impulses, direct and indirect suicide announcements can appear. At the decision-making stage (Phase 3), the decision to take one's life is already made and expressed to the environment in form of apparent relaxation and calmness and should not be misunderstood as improvement (20). Hence, the identification of individuals at risk of suicide requires a lot of attention and sensitivity and is even a greater challenge in daily routine.

One option to deal with this problem is the use of screening tools to be able to detect prisoners at high risk of suicide faster and transfer them to specialized staff accordingly. By identifying risk factors highly associated with suicide screening procedures can be used for all prisoners and detect vulnerable individuals. It is important to emphasize that screening procedures are not designed to replace a professional judgment. In fact it can facilitate to transfer high-risk prisoners for further assessments (21) since when assessing the risk of suicide not only the presence of certain risk factors must be considered but suicidality should also be clarified in a direct, empathetic and open face-to-face conversation (22).

If we want to measure the effects of suicide prevention, we face the problem of small absolute numbers in prison settings. To capture the impact of introducing a screening instrument it is therefore only possible to measure parameters that, according to established literature (1, 2, 8, 23–27) are associated with acute crises and suicidal behavior such as frequency of psychological interventions, psychiatric consultation, referral to inpatient psychiatric wards, use of antidepressant medication and other psychotropic drugs, transfer to high-secure-cells due to acute suicidal tendencies, arrangement of special observations and placement in emergency community accommodation i.e., shared prison cells.

Some of these associated parameters are well-documented in the context of the German prison system in the established literature.

In Germany, prison sentences are usually served in single accommodation. Research shows that most suicides are committed between 7:00 p.m. and 7:00 a.m. (28) and in single accommodation (8). Therefore, in Germany, in the case of suspected suicidality, a so-called “emergency community accommodation” is ordered as a preventive measure to reduce suicide risk. When an “emergency community accommodation” is ordered, the detainee is moved to a community cell with two detainees each. This reduces social isolation and facilitates

interpersonal exchange with a roommate. Another measure in the case of suicide suspicion is the order of special observation, in which the staff visits the detainees at regular intervals. Liebling (29) found that people preferred to share a detention room before their suicide attempt, that they experienced isolation and were more frequently in crisis intervention space. An extensive study of 423 suicides (9) found that about two-thirds of the prisoners were in solitary confinement at the time of the suicide.

Although the use of antidepressant medication in the treatment of depression and suicide prophylaxis is controversial in the literature and the media (30), it is assumed, according to status quo in medicine, that antidepressant medication counteracts feelings of tension, insomnia, and depression. Studies indicate a prevalence of 14–95% of mental illnesses in suicide cases in prisons (16, 17, 31, 32). In particular, depressive and psychotic disorders show a strong association with suicidality (33), so it can be assumed that these changes act in the sense of suicide prevention (2).

In the study we used the associated parameters mentioned in this section to follow up the usefulness of the modified suicide screening method SIRAS (11).

AIMS AND HYPOTHESES

The present study aims at examining the impact of the implementation of a suicide risk screening tool in Berlin remand detention. The study continues the work by Dahle et al. (11) using the screening instrument SIRAS and—by measuring the impact on the number of specific interventions during the study period and its targeting to the identified high-risk-group—testing the usefulness of implementing a short suicide risk screening instrument in practice. The screening was implemented with an Experimental Group (EG) of prisoners arriving to the prison facility over a certain timeframe and compared with a Comparison Group (CG) of prisoners arrived prior to the implementation. Both groups were followed up for the subsequent 6 months to test the hypothesis.

The following research hypotheses were examined:

- Hypothesis 1: The screening instrument reliably predicts suicide risk.
- Hypothesis 2: High-risk inmates receive a significantly higher amount of interventions compared to the non-high-risk group.
 - 2.1 High-risk inmates will receive significantly more psychological interventions.
 - 2.2 High-risk inmates will receive significantly more psychiatric examinations.
 - 2.3 High-risk inmates will receive significantly more often psychopharmacological treatment.
 - 2.4 High-risk inmates will be transferred more frequently in the Crisis Intervention Room (CIR).
 - 2.5 High-risk inmates will be referred significantly more often to inpatient psychiatric treatment.
 - 2.6 Specialized observations are ordered significantly more often in the case of high-risk inmates.

2.7 For high-risk inmates, emergency community accommodation (i.e., shared cells) will be ordered significantly more often in the future.

Hypothesis 3: In the Experimental Group (EG) the interventions are more targeted as in the Comparison group (CG). There is no significant difference in the number of interventions between the Experimental Group (EG) and Comparison group (CG).

Through the structured introduction of the screening, our aim was to expand the skills of employees in dealing with suicidality and thus relieve the staff.

METHODS

Materials

The suicide screening procedure (SIRAS) was used for a period of 3 months between March and May in Berlin pre-trial detention for men.

The instrument is based on the Dutch instrument Screening of Suicide Risk of Prisoners by Blaauw et al. (25). By analyzing the files of 95 detainees who died of suicide, the research group identified 8 risk factors that could be replicated both in UK and US prison settings (34).

Aiming at simplifying the application of the instrument for clinically untrained personnel in German prison settings Dahle et al. (11) conducted a retrospective file analysis of 30 prisoners who died of suicide in the Berlin pre-trial detention. The instrument was validated, optimized and translated in German. For non-clinical use, the two items “Psychosis or Axis II Disorders (DSM-IV)” and “Past Psychiatric Treatment” were removed from the original version. Although these clinical factors are of great relevance, the assessment of these items in the screening process by non-clinical staff is difficult.

In addition, the evaluation process was simplified by recoding. The new threshold of 3 points was determined using an ROC analysis (AUC 0.881, $p < 0.001$, 95% CI from 0.793 to 0.969). The modified version of the screening sheet had a sensitivity of 70% and a specificity of 93%. (11).

The final version of the German Scale for Initial Risk Assessment (SIRAS) contains the weighted items presented in Table 1: age, pre-detention, drug use, previous attempted suicide or self-harming behavior, current suicidal statements, or suicide attempts (35).

Procedure

Before the key date of the implementation, the users, namely social workers and prison officers were informed about the theoretical background of the screening and received training for the instrument.

As can be seen in Table 1, the data included in the screening instrument are basic data that are usually collected during the admission process. Thus, the novelty is not the collection itself but the structured form the tool been used and the obligatory presentation to a psychologist or medical staff when a certain cutoff (3 or more points) is reached. From 01.03.2016 to 31.05.2016 the screening was carried out with each new arrival to the prison facility. A group of prisoners who entered the

TABLE 1 | Description of screening items and rating.

Items	Description	Yes	No
Age 40+	Aged 40 years or more	1	0
No permanent residency	No permanent residency prior to incarceration	1	0
None or one previous incarceration	None or one previous incarceration	1	0
Multiple misuse of drugs	Biographical consumption of serious drugs (at least one a week) combined with regular consumption of weaker drugs and/or consumption of a greater amount of alcohol and/or medication.	1	0
Known previous suicide attempts or self-harming behavior	Biographical suicidal attempts or intentional self-harming behavior (cuts, intoxication, etc.) are known.	1	0
Suicidal expressions or suicide attempt	Suicidal ideation is expressed during current incarceration or suicide attempts have taken place already.	3	0
Sum			

With a sum score of three or more the individual should immediately be transferred to a psychologist or medical staff.

prison during the 3 months prior the study period (01.12.2015–29.02.2016) served as comparison group. Both groups were followed up for the subsequent 6 months. The experimental group was additionally divided according to the screening results into a high-risk group (sum of 3 or more) and the non-high-risk group.

In the Berlin pre-trial detention each newly admitted person goes through a reception routine. As part of a regular admission interview which is carried out by a social worker or prison officer when prisoners arrive outside of office hours, the SIRAS sheet was completed and the result recorded in the digital documentation system. In the case of a positive screening result of three points or more, the person had to be presented to a psychologist or medical staff the same day, who would initiate adequate interventions in case of indication.

Participants

The sample consisted of all arrivals to Berlin remand prison between March and May 2016. Two exclusion criteria were defined (1) transport prisoners were excluded who, because of their status, did not undergo the routine procedure of pre-trial detention and probably spend only a short time in the prison; (2) those detainees who had been admitted prior to the study period but were temporarily transferred to the prison hospital for health reasons.

The final sample included data from 1,510 male volunteers, the mean age in the comparison and experimental group was 35 years. All the subjects participating were admitted and located in remand prison. Majority were in remand although some of the inmates were already convicted. Table 2 shows descriptive results. The majority of subjects were accused of theft (40.07%), drug offenses (15.43%), and fraud (13.77%).

TABLE 2 | Descriptive of study sample.

Variable	Study period	N	Remand custody	Age min-max	Mean age
Comparison group	01.12.15–29.02.16	899	70%	20–97	35.2
Experimental group	01.03.16–31.05.16	611	69%	21–73	35.3

Data Analysis

Data entry and analysis was performed by the first author who was not associated to the prison but present on-site as a point of contact every week during the study period. The analysis was carried out using SPSS (36). The variables were tested for normal distribution using the Kolmogorov–Smirnov test. In the absence of a normal distribution, non-parametric methods (Kruskal–Wallis test and Chi-squared test) were used, which do not have the assumption of a normal distribution or a similarly large group size. The significance level was set at 5%.

RESULTS

During the implementation phase, $n = 834$ detainees were admitted to the remand prison facility. In $n = 223$ cases data on suicide screening was missing, resulting in a total sample of $n = 611$ collected screening data, of which $n = 605$ were reliably completed and could be considered in the evaluation. In order to avoid any damage, the questionnaires which were not completely filled out but reached a sum score above three (crucial cut off) were considered for inclusion into the high-risk group, leading to a sample of $n = 611$.

Sum score ranged from 0 to 7 point, mean score was 1.56, standard deviation was 1.10. The overall result is that 14.21% ($n = 86$) of the subjects met the screening criteria as a person at high-risk of suicide. Thus, 14.21% ($n = 86$) of newly arrested detainees were presented to a psychologist or medical staff on the day of arrival. Looking at the scores in detail (Figure 1), it can be noted that 9.32% ($n = 56$) of the experimental group reached a score of 3 points, 2.50% ($n = 15$) a score of 4 points, 1.33% ($n = 8$) a score of 5 points and <1% reached 6–7 points ($n = 3$, $n = 2$) (37).

No clear pattern can be identified when comparing the SIRAS score to allegedly committed offense. It can however be established that 39% ($n = 22$) of the detainees with a SIRAS score of 3 and 33% ($n = 5$) of the detainees with a SIRAS score of 4 were detained for alleged theft, while 38% ($n = 3$) of the detainees with a SIRAS score of 5 were detained for alleged drug offenses. Detainees with a SIRAS score of 6 were detained in equal ratios either for alleged causing of bodily injuries, drug offenses, or theft (33% each, $n = 3$). Detainees with a SIRAS score of 7 were detained in equal parts for alleged sexual assault or theft (50% each, $n = 2$).

Hypothesis 1. During the study period, there was no suicide reported in the facility. In $n = 4$ individuals enforceable arrangement was documented (e.g., emergency community accommodation, special observation, crisis intervention room).

Hypothesis 2.1. There were significant differences in the number of psychological interventions ($N = 605$, Kruskal–Wallis test, $p \leq 0.01$) between the high-risk group and the non-high-risk group. There were no psychological interventions in 31.4% ($n = 27$) high-risk prisoners, instead they received medical attention, potentially because they were admitted after 5 p.m. In 45.30% ($n = 39$), a single psychological intervention was conducted. Two or more psychological interventions were conducted with 23.20% ($n = 20$), with 2 and 4 interviews being most frequent ($n = 5$, $n = 7$) (Figure 2). Looking at the non-high-risk group, it can be observed that 86.30% ($n = 448$) did not receive a single psychological interview, 7.70% ($n = 40$) a single and only 6.00% received 2 or more subsequent interventions (Figure 2).

Furthermore, significant differences in the frequency of the psychiatric consultation ($N = 605$, Kruskal–Wallis test, $p \leq 0.01$) were observed (Hypothesis 2.2).

Looking closer at the psychopharmacological treatment, 40.70% ($n = 35$) of the high-risk group and 20.62% ($n = 107$) of the non-high-risk group did receive any type of psychopharmacological medication. 22.09% ($n = 19$) of the high-risk group and 8.67% ($n = 45$) of the non-high-risk group received neuroleptic or sedative medication. 23.26% ($n = 20$) of the high-risk group and only 12.91% ($n = 67$) of the non-high-risk group received antidepressant medication.

Data confirms significantly more prisoners in the high-risk group received antidepressant medication (hypothesis 2.3) as opposed to the non-high-risk group ($N = 605$, Pearson chi-squared test = 6.414, $p < 0.05$).

Hypothesis 2.4 could also be confirmed, high-risk individuals were placed significantly more often in the crisis intervention rooms ($N = 605$, Kruskal–Wallis test, $p = 0.000$) (Table 3).

Differences between the high-risk and non-high-risk groups regarding admission to inpatient psychiatric treatment (Hypothesis 2.5) did not exist ($N = 605$, Pearson chi-squared test = 4.229, Exact $p = 0.099$).

Hypotheses 2.6 and 2.7 could be confirmed. The number of special observations ($N = 605$, Kruskal–Wallis test, $p < 0.01$) and emergency community accommodation ($N = 605$, Kruskal–Wallis test, $p < 0.01$) were significantly different between the high-risk group and the non-high risk-group.

Following section presents retrospective analysis of the comparison group (admission between 01.12.2015 and 29.02.2016) to the experimental group. Results confirm Hypothesis 3:

Overall, there were no significant differences given the frequency of psychological interventions ($N = 1,510$, Kruskal–Wallis test, $p = 0.185$) and psychiatric consultations ($N = 1,510$, Kruskal–Wallis test, $p = 0.881$).

Also, there were no significant differences ($N = 1,510$, Pearson chi-squared test = 6.414, $p = 0.880$) in the antidepressant drug prescription. 14.68% ($n = 132$) of the subjects in the comparison group and 14.40% ($n = 88$) in the experimental group received antidepressant medication. 11.34% ($n = 102$) of the subjects in the comparison group and 10.47% ($n = 64$) in the experimental group received neuroleptic or sedative medication.

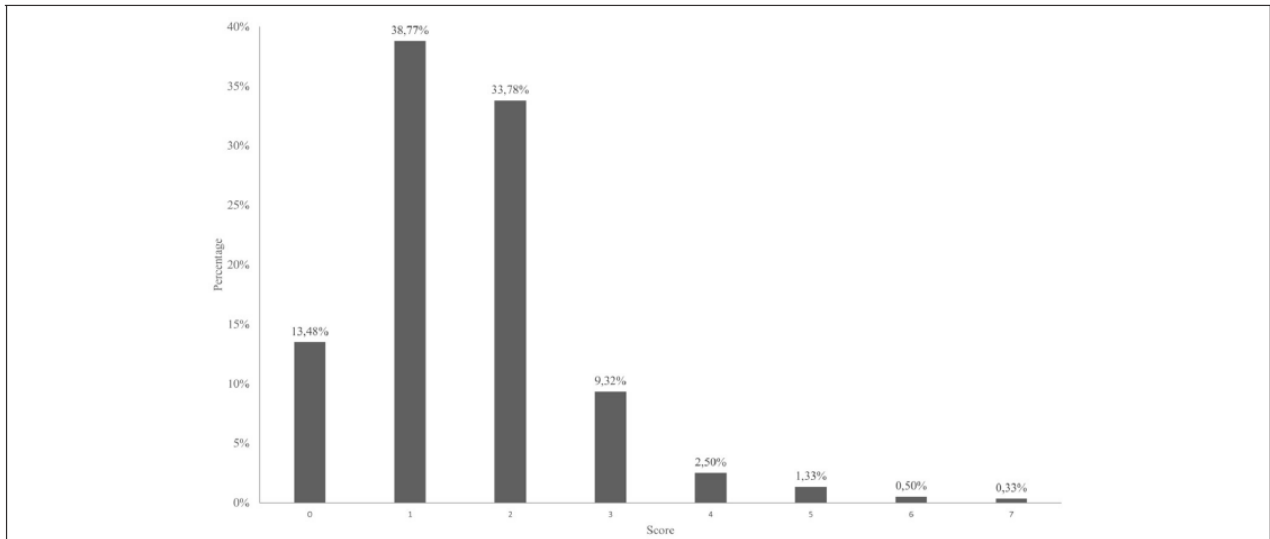


FIGURE 1 | Distribution of sum scores in screening tool for new arrivals during study period.

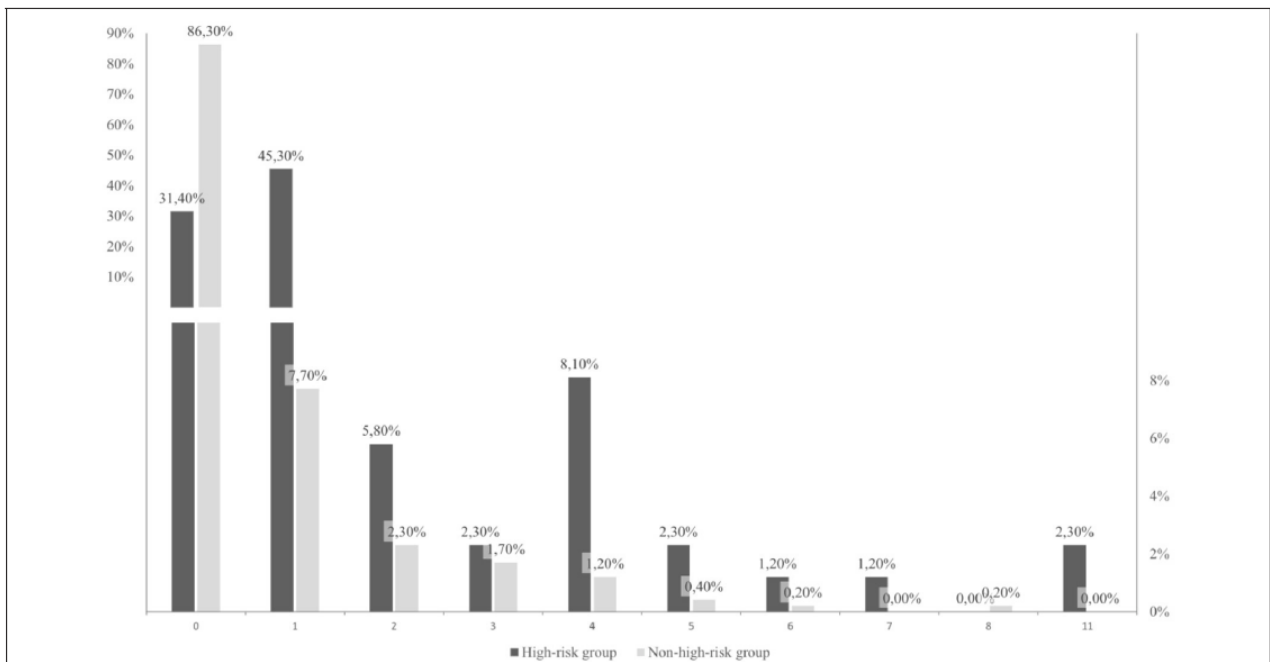


FIGURE 2 | Percentage distribution of psychological interventions between the experimental groups (high-risk and non-high-risk). The chart is using a finer scaling until 10% to display smaller percentages.

Significant difference ($N = 1,510$, Pearson chi-squared test = 13.844, $p < 0.01$) was found with regards to admission to inpatient psychiatric treatment. In the comparison group, $n = 33$ out of $N = 899$ people (3.7%) and in the experimental group, $n = 4$ out of $N = 611$ people (0.6%) required inpatient treatment. There were no significant differences in the arrangements of emergency community accommodation ($N = 1,510$, Kruskal–Wallis test, $p = 0.747$) and

specific observations ($N = 1,510$, Kruskal–Wallis test, $p = 0.280$).

DISCUSSION

By introducing the screening, our aim was to implement a structured course of action for the deliberate handling of

TABLE 3 | Rank mean scores of accommodation in crisis intervention cell.

Variable	N	Mean rank
Non-high-risk group	519	299.19
High-risk group	86	325.97

suicidality in the remand prison system, without generating a significant, unreasonable additional effort.

In order to test effectiveness of suicide handling we set up the study to analyze the number of suicide related treatments between the risk groups. The dimension of additional effort was analyzed comparing the overall number of treatments before and after the implementation phase of the screening tool.

14.21% ($n = 86$) of the experimental group scored with 3 points or more and were thus classified as high-risk individuals. The comparison of the experimental (EG) and comparison group (CG) showed that there was no significant additional effort during the study period compared to the period before introducing the new screening tool. However, a significant effect was the shift in focus of interventions in favor of the high-risk group. This indicates a more effective use of resources after implementation of the screening tool.

Most interesting is the distribution of the need of psychological interventions and antidepressant medication. It is assumed that a psychologist is able to assess the function and the limits of a screening tool and examine the indication for further intervention. Significantly more subjects in the high-risk group received 2 or more psychological interventions on the basis of clinical criteria and not only because of an elevated screening score. The results from analyzing the experimental group and the comparison group support this hypothesis, since the general number of interventions in the implementation phase (study period) did not increase significantly. One possible explanation for this result is that individuals who were actively requesting psychological interventions or who were very vocal and exposed are often screened before the screening. However, this approach often overlooks individuals who are at risk of suicide. It is probable that the introduction of the screening tool enabled the psychologists to address another clientele, the silent endangered (38).

It was found that high-risk individuals were more likely to be accommodated in an emergency community, crisis intervention cell or to receive specific observations. The accommodation in the crisis intervention room is sometimes necessary to isolate individuals from external stimuli. However, it is also critical to note here that isolation in a phase of acute suicidal tendencies does not always work in the sense of suicide prevention and is sometimes used as a disciplinary measure even for prisoners with pronounced behavioral problems (38). It can only be claimed that it is an indicator that the detainee has become exposed in any way. Nevertheless, the comparison of the comparison- and the experimental group showed that before implementing the screening, more frequent accommodation in the crisis intervention room and in-patient psychiatric accommodation were necessary. One possible explanation could be the early receipt of psychological and psychopharmacological support during the study period of implementing the new tool.

This supported by the results showing that antidepressant drug prescription and other psychopharmacological medications were increased in the high-risk group, but generally no more prescriptions were recorded during the implementation period compared to the period before implementation.

CLINICAL IMPLICATIONS

Suicide in jail is influenced by the combination of individual and institutional risk factors (1). Since specific prisons differ widely in terms of various aspects affecting suicidality (type of detention, level of overcrowding, number of professionals, structural conditions, management style, etc.) it is important to emphasize that any transformation or modification of the screening sheet should be accompanied in advance by statistical knowledge. Lohner (39) propose that each institution should set up a risk profile with regards to its individual circumstances or, in view of the scarcity of resources, use at least one screening instrument which, in the developmental sample, resembles that of its own institution.

Future studies should also consider the salutogenic model by Antonovsky (40), and include the nature and the relation of stressors and risk factors and generalized resistance resources (protective factors) in the risk assessment of suicidality.

Also, since the inclusion of interpreters on the day of admission seems to be relatively difficult future studies should target how conducting a suicide screening with non-German-speaking prisoners can be managed.

STRENGTHS AND LIMITATIONS OF THE STUDY

The main advantage of the study is the prospective design. Collecting pre-defined variables tailored to the requirements of the study is less prone to bias errors and uncovers additional knowledge as opposed to a retrospective design studies (18).

An additional strength of the study is the large sample size and the nature of the sample as a cohort of admissions.

Most research in suicide prevention follows a retrospective design and can thus measure suicidality with fixed outcome events (8). The key limitation of this study comes from the use of associated parameters to measure the risk of suicide. As we opted to gain additional knowledge in comparison to the various retrospective file analyzes (18), the prospective design of this study lacked focus on the outcome event of suicide. In the future, further validation of the suicide screening tool using outcome measures of suicide should be undertaken.

Another limitation of the study comes from its naturalistic design. Some factors (e.g., staffing and prison regimen) are hard to keep stable during the length of the study.

CONCLUSION

Finally, with implementing a simple and short screening, various changes in the handling of suicidality in remand prison system were noticeable. There has been a shift in specific interventions toward the high-risk group, while the number of interventions

in the period before and during the implementation phase did not significantly increase. In addition, it can be stated with reservations that fewer psychiatric decompensation levels were recorded during the implementation of the tool. Through a structured process, the psychologists were more involved in the admission procedure and could use its expertise more effectively. The screening fulfilled the goal of establishing a structured and cost-efficient course of suicide prevention and thus can support staff in the long run.

ETHICS STATEMENT

This study was carried out in accordance with the recommendations of the Charité's Ethics Committee (Berlin) and in accordance with the Declaration of Helsinki. Since the study relied on basic data already collected by the

institution, no separate written consent was necessary by the subjects. The study was conducted in full compliance with the predefined terms of and under the prior approval of the Ethics Committee of the Charité University Hospital Berlin.

AUTHOR CONTRIBUTIONS

DD, AO-W, and NK designed the study. DD collected the data. DD, AO-W, and NK analyzed and interpreted the data. DD and AO-W wrote the initial draft of the manuscript. DD and AO-W had full access to all the data in the study and take responsibility for the integrity of the data and the accuracy of data analysis. KS translated and proof read the manuscript. All authors have contributed to read, and approved the final version of the manuscript.

REFERENCES

- Fazel S, Ramesh T, Hawton K. Suicide in prisons: an international study of prevalence and contributory factors. *Lancet Psychiatry* (2017) 4:946–52. doi: 10.1016/S2215-0366(17)30430-3
- Favril L, Vander Laenen F, Vandeviver C, Audenaert K. Suicidal ideation while incarcerated: Prevalence and correlates in a large sample of male prisoners in Flanders, Belgium. *Int J Law Psychiatry* (2017) 55:19–28. doi: 10.1016/j.ijlp.2017.10.005
- Fazel S, Ballargeon J. The health of prisoners. *Lancet* (2011) 377:956–65. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61053-7
- Hall B, Gabor P. Peer suicide prevention in prison. *J Crisis Intervent Suicide Prev.* (2004) 25:19–26. doi: 10.1027/0227-5910.25.1.19
- Ayhan G, Arnal R, Basurko C, About V, Pastre A, Pinganaud E, et al. Suicide risk among prisoners in French Guiana: prevalence and predictive factors. *BMC Psychiatry* (2017) 17:156. doi: 10.1186/s12888-017-1320-4
- Fazel S, Grann M, Kling B, Hawton K. Prison suicide in 12 countries: an ecological study of 861 suicides during 2003–2007. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* (2011) 46:191–5. doi: 10.1007/s00127-010-0184-4
- Suto I, Arnaut GLY. Suicide in prison: a qualitative study. *Prison J.* (2010) 90:288–312. doi: 10.1177/0032885510373499
- Daniel AE. Preventing suicide in prison: a collaborative responsibility of administrative, custodial, and clinical staff. *J Am Acad Psychiatry Law* (2006) 34:165–75.
- Bennefeld-Kersten K. *Ausgeschieden Durch Suizid - Selbsttötungen im Gefängnis. Zahlen, Fakten, Interpretationen.* Lengede: Pabst Verlag (2009).
- Konrad, N. Suizid in haft-europäische entwicklungen unter berücksichtigung der situation in der schweiz. *Schweiz. Arch. Neurol. Psychiatr.* (2002) 153:131–6. doi: 10.4414/sanp.2002.01268
- Dahle KP, Lohner JC, Konrad N. Suicide prevention in penal institutions: validation and optimization of a screening tool for early identification of high-risk inmates in pretrial detention. *Int J Forensic Health* (2005) 4:53–62. doi: 10.1080/14999013.2005.10471212
- Lohner J, Konrad N. Preventing suicide in penal institutions. *Direct Psychiatry* (2009) 29:39–49.
- Bennefeld-Kersten K, Lohner J, Pecher W. *Freitod? Selbst Mord? Bilanz Suizid? Wenn Gefangene sich das Leben nehmen.* Lengering: Pabst Science Publishers (2015).
- Bogue J, Power K. Suicide in Scottish prisons, 197–1993. *J Forensic Psychiatry* (1995) 6:527–40. doi: 10.1080/09585189508410781
- Cox JE, Morschauser PC. A solution of the problem of jail suicide. *Crisis J Crisis Intervent Suicide Prev.* (1997) 18:178–84. doi: 10.1027/0227-5910.18.4.178
- Gupta A, Girdhar NK. Risk factors of suicide in prisoners. *Delhi Psychiatry J.* (2012) 15:45–9.
- Blaauw E, Kerkthof AJFM, Hayes LM. Identification of Suicide vulnerability in inmates on the basis of demographic and criminal characteristics and indicators of psychiatric problems. *Suicide Life Threat Behav.* (2005) 35:63–75. doi: 10.1521/suli.35.1.63.59268
- Dye MH. Deprivation, importation, and prison suicide: combined effects of institutional conditions and inmate composition. *J Crim Justice* (2010) 38:796–806. doi: 10.1016/j.jcrimjus.2010.05.007
- Pödingner W. *Die Abschätzung der Suizidalität.* Bern: Verlag Hans Huber (1968).
- Meischner-Al-Mousawi M. Fortbildung-Suizidprävention für Bedienstete der Justiz. 279–292. In: Bennefeld-Kersten K, Lohner J, and Pecher W, editors. *Freitod? Selbst Mord? Bilanz Suizid? Wenn Gefangene sich das Leben nehmen.* Lengering: Pabst Science Publishers (2015) 279–292.
- Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry* (2016) 3:646–59. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30030-X
- Wolfersdorf M, Franke C, König F. Einschätzung von Suizidgefahr. *Notfall Rettungsmedizin* (2002) 5:96–101. doi: 10.1007/s10049-001-0412-2
- Nock MK, Hwang I, Sampson NA, Kessler RC. Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry* (2010) 15:868–76. doi: 10.1038/mp.2009.29
- Huey M, McNulty TL. Institutional conditions and prison suicide: conditional effects of deprivation and overcrowding. *Prison J.* (2005) 85:490–514. doi: 10.1177/0032885505282258
- Blaauw E, Kerkhof AJFM, Winkel FW, Sheridan L. Identifying suicide risk in penal institutions in the Netherlands. *Br J Forensic Prac.* (2001) 3:22–8. doi: 10.1108/14636646200100024
- Fazel S, Cartwright J, Norman-Nott A, Hawton D. Suicide in prisoners: a systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry* (2008) 69:1721–31. doi: 10.4088/JCP.v69n1107
- Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet* (2009) 373:1372–81. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60372-X
- He XY, Felthous AR, Holzer CE, Nathan P, Veasey S. Factors in prison suicide: one year study in Texas. *J Forensic Sci* (2001) 46:896–901. doi: 10.1520/JFS15065J
- Liebling A. Prison suicide and prisoner coping. In: Tonry M, and Petersilia J, editors. *Crime and Justice* Chicago, IL: The University of Chicago Press (1999). p. 283–359. doi: 10.1086/449299
- Menke A, Domschke K, Czamara D, Klengel T, Hennings J, Lucae S, et al. Genome-wide association study of antidepressant treatment-emergent suicidal ideation. *Neuropsychopharmacology* (2012) 37:797–807. doi: 10.1038/npp.2011.257
- Baillargeon J, Penn JV, Thomas CR, Temple JR, Baillargeon G, Murray OJ. Psychiatric disorders and suicide in the nation's largest state prison system. *J Am Acad Psychiatry Law* (2009) 37:188–93.

32. Frühwald S, Frottier P, Benda N, Eher R, König F, Matschnig T. Psychosoziale Charakteristika von Suizidopfern in Gefängnissen. *Wiener Klinische Wochenschrift* (2002) 114:691–6.
33. Frühwald S, Eher R, Frottier P. What was the relevance of previous suicidal behaviour in prison suicides? *Can J Psychiatry* (2001) 46:763. doi: 10.1177/070674370104600818
34. Blaauw E, Kerkhof AJFM, Hayes LM. Identification of suicide vulnerability in inmates on the basis of demographic and criminal characteristics and indicators of psychiatric problems. Unpublished.
35. Lohner J. *Suizidversuche und selbstschädigendes Verhalten im Justizvollzug*. Kovac Verlag (2008).
36. IBM Corp. *IBM SPSS Statistics for Windows*. Version 23.0. Armonk, NY: IBM Corp (2015).
37. Dezsö D, Opitz-Welke A. Einsatz von Suizid – Screening - Instrumenten im Berliner Strafvollzug als Option zur Verhinderung von Gefängnis – Suizid? In: Lindemann E, editor. *Recht und Psychiatrie, Schwerpunkttheft: Haftpsychiatrie*, Bielefeld: Psychiatrie Verlag (2018). p. 21–6
38. Liebling A, Tait S, Durie L, Stiles A, Harvey J. *An Evaluation of the Safer Locals Programme. Final Report*. Cambridge Institute of Criminology, Prisons Research Centre (2005).
39. Lohner J. Screening. In: Bennefeld-Kersten K, Lohner J, and Pecher W, editors. *Freitod? Selbst Mord? Bilanz Suizid? Wenn Gefangene sich das Leben Nehmen, Teil III*, Lengerich: Pabst Science Publishers (2015). p. 293–300.
40. Antonovsky A. Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In: Franke A, and Broda M, editors. *Psychosomatische Gesundheit Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept*, Tübingen: DGVT-Verlag (1993). p. 3–14.

Conflict of Interest Statement: The authors declare that the research was conducted in the absence of any commercial or financial relationships that could be construed as a potential conflict of interest.

Copyright © 2018 Dezsö, Konrad, Seewald and Opitz-Welke. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC BY). The use, distribution or reproduction in other forums is permitted, provided the original author(s) and the copyright owner(s) are credited and that the original publication in this journal is cited, in accordance with accepted academic practice. No use, distribution or reproduction is permitted which does not comply with these terms.



Violent Behavior During Psychiatric Inpatient Treatment in a German Prison Hospital

P. Seidel¹, N. Konrad², V. Negatsch², D. Dezső², I. Kogan², U. Gauger², B. Neumann², A. Vulgaris^{3†} and A. Opitz-Welke^{2*†}

¹ Justizvollzugskrankenhause, JVA Plötzensee, Berlin, Germany, ² Institut für Forensische Psychiatrie, Charité, Berlin, Germany, ³ Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie, Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf, Hamburg, Germany

OPEN ACCESS

Edited by:

Thomas Masterman,
Karolinska Institute (KI), Sweden

Reviewed by:

Axel Haglund,
Swedish National Board
of Forensic Medicine,
Sweden

Peter Andiné,
University of Gothenburg,
Sweden

*Correspondence:

A. Opitz-Welke
Annette.opitz-welke@charite.de

†These authors have contributed
equally to this work

Specialty section:

This article was submitted to
Forensic Psychiatry,
a section of the journal
Frontiers in Psychiatry

Received: 31 December 2018

Accepted: 23 September 2019

Published: 31 October 2019

Citation:

Seidel P, Konrad N, Negatsch V,
Dezső D, Kogan I, Gauger U,
Neumann B, Vulgaris A and
Opitz-Welke A (2019) Violent Behavior
During Psychiatric Inpatient Treatment
in a German Prison Hospital.
Front. Psychiatry 10:762.
doi: 10.3389/fpsy.2019.00762

Violent behavior in correctional facilities is common and differs substantially in type, target, implication, and trigger. Research on frequency and characteristics of violent behavior in correctional facilities and psychiatric hospitals is limited. Results from recent research suggest that comorbidity of severe mental disorder, personality disorder, and diagnosis of substance abuse is related to a higher risk of violent behavior. In the Berlin prison hospital, a database was created to collect data from all violent incidences (n=210) between 1997 and 2006 and between 2010 and 2016. In a retrospective, case-control study, we analyzed specific socioeconomic data and psychiatric diagnosis and compared the group of prisoners with violent behavior with randomly selected prisoners of the same department without violent behavior (n = 210). Diagnosis of schizophrenia, non-German nationality, no use of an interpreter, no children, and no previous sentence remained significantly associated with the dependent variable violent behavior. There were no significant differences regarding age and legal statuses. Practical implications for clinical work are discussed.

Keywords: violent behavior, mental disorder, prison hospital, schizophrenia, age

INTRODUCTION

Violent behavior is a complex phenomenon linked to biological, psychological, and social factors (1), and it constitutes a common problem in mental health care settings, as well as in correctional facilities. Altogether, there is limited evidence on the prevalence of violent behavior in medical and mental health settings and even less evidence for prison environments. Regarding facilities of community-based mental health care, violent behavior was reported in about 2–7% of all admissions in psychiatric hospitals in Germany (2, 3). Recently, Müller *et al.* reported a moderate increase in violent behavior against staff members in psychiatric inpatient settings between 2008 and 2015, with an average increase in violent incidences of 4% per year (4). A recent meta-analysis, including 23,972 hospitalized psychiatric patients, reported that 17% had at least once acted violently during their hospital stay (5). Staggs *et al.* described no changes from 2007 to 2013 regarding the frequency of violent assaults in U.S. American psychiatric wards (6), but reports from other countries are lacking.

The literature suggests a higher risk of violent behavior in individuals suffering from a severe mental disorder (7–9). Results from a prospective cohort study in Finland (1997) including 12,058 unselected individuals born in 1966 revealed an odds ratio of 3.1 for any criminal offense

and an odds ratio of 7.0 for violent offenses in people with schizophrenia (10). Analyzing data of more than 18,000 cases of schizophrenia and other psychosis, Fazel et al. pointed out that the risk for violent behavior was increased compared to the risk of the general population. Furthermore, they described a significant increase in risk for comorbid substance abuse disorder (8). In terms of specific factors for violent behavior in general psychiatry, a history of violent offending, non-adherence to therapy (psychotherapy and/or medication), younger age, male gender, coming from a disadvantaged neighborhood, and recent alcohol misuse were described as risk factors (11) while depressive symptoms and better clinical insight regarding the symptoms were predictors of non-violent behavior (12).

Since the 1960s in Europe and North America, efforts were made to transfer the treatment of individuals suffering from mental disorders from segregated institutions to outpatient treatment facilities placed in the communities. During the last decades, this so-called “deinstitutionalization” was accompanied by a constant reduction of psychiatric beds (13). There is an ongoing discussion of whether the reduction of beds in psychiatric hospitals leads to an increase of severe mentally disordered individuals in prison (14, 15). In a review including 33,588 prisoners in 24 countries, the prevalence of psychotic disorder did not appear to be increasing over time (16). Comparing the level of distress in long- and short-term prisoners in Germany revealed a clinically significant level of depression, paranoid ideation, and psychosis in long-time prisoners (17).

Within the prison system of Berlin, Germany, specialist care is provided for mentally disordered prisoners in the department for psychiatry in the Berlin prison hospital. Admission is possible during every aspect of prisoner life, during remand prison and for the duration of the regular sentence. Typical clinical indications for admission are (exacerbation of) psychosis, suicidal ideation, violent behavior of unclear origin, depression, and adjustment disorders with comorbid personality disorders and substance abuse disorders. Due to the limited size, a waiting list system is implemented to manage the admission process. Also, weekly outpatient treatment is possible directly in the prisons. During the inpatient treatment, a personalized treatment plan includes, e.g., pharmacological treatment and psychotherapy and different options of group therapy including occupational therapy, art therapy, music therapy, addiction therapy, athletic training, and team sports. For severely disordered patients, the possibility of time-limited isolation in specific treatment rooms is available.

In general, in Berlin, male prisoners with a mental disorder are not transferred to a general psychiatric ward outside of the prison system.

If, however, during the trial period, the criminal responsibility of a remand prisoner is found to be diminished, he can be transferred to a forensic psychiatric hospital and, thus, leaves the prison system. Due to regulation through the department of justice, only male prisoners are treated in the department of psychiatry. Female prisoners are treated inside the women prison facility *via* outpatient service or are transferred to a specific forensic psychiatric ward outside of the prison system.

In a current review, the lack of intervention research regarding the prevention of violence in forensic psychiatric settings was identified (18). Regarding prison psychiatry specifically, research on trends and risk factors for violent behavior is rare.

Aims of Our Study

The first aim of our study was to provide a description of frequency, trends, and pattern of violent behavior in patients of a psychiatric ward in a prison hospital. In a second step, we aim to identify possible risk or protective factors regarding violent behavior in patients of the psychiatric ward in the Berlin prison hospital. Furthermore, we were interested in the changes in the incidence of violent behavior during the last decades.

Our hypotheses were:

Regarding risk factors for violent behavior research suggests that criminal behavior in the past, younger age, and diagnosis of schizophrenia are risk factors for violent behavior (8, 11, 19–21).

1. We hypothesized that patients with violent behavior were young, had more previous prison sentences, and suffered more often from schizophrenia. Due to the often discussed “forensification” of psychiatric patients and the relocation of bed capacity between general and forensic psychiatry (13, 22),
2. We assumed a higher level of violent behavior in the patients of the psychiatric ward of the Berlin Prison Hospital in comparison to known rates from psychiatric inpatients in community hospital care.
3. We expected an increase in patients with a diagnosis of schizophrenia during the study period.
4. We expected that violent behavior in the prison hospital increased during the last 20 years.

MATERIAL AND METHODS

As part of the routine documentation in German prisons, specific incidents such as violent behavior are reported through a system called “official message” (German: “Dienstliche Meldung”). After 2007, the Berlin prison hospital was no longer an independent unit, but part of the Prison Plötzensee (“JVA Plötzensee”). Consequently, due to administrative changes, the “official message” system was no longer part of medical documentation. From 2010 onwards, new medical files were employed to record patient data. For our study, “official messages” were used to identify patients with violent behavior on the psychiatric ward of the Berlin prison hospital from 1997 to 2006. From 2010 to 2016, we identified violent patients by evaluating medical records. Although a change of the recording system took place during the study period, the basic principles for the assessment of violent behavior remained unchanged.

Between 1997 and 2006, 1,502 “official messages” were documented by the staff members of the psychiatric ward of the Berlin prison hospital. The “official messages” were categorized as “physical violence,” “self-harm,” “verbal violence,” “damage to property,” and “not categorized.” The “not categorized” cases applied when patients offended general prison rules, e.g., behaving noisy, using the telephone without permission,

drinking alcohol, or taking drugs. In this study, we only included the cases categorized as “physical violence.”

Altogether, we identified 244 incidents of violent behavior during the period examined, committed by 210 individuals. We compared this group with an equal number of patients who did not demonstrate this behavior during their stay. For the comparison group, we selected the first non-violent individual who was admitted subsequently to each violent individual. For all individuals who generated more than one official message because of violent behavior, we chose the non-violent individual who was admitted directly after the first violent episode as a control. For the actual analysis, the following items were ascertained for both groups: year of the violent act, age of the offender, nationality, using a language interpreter, status of imprisonment (remand or sentenced), previous sentences, self-harming behavior, psychiatric diagnoses, and parenthood/existence of children. The variable “using a language interpreter” was rated as positive when a language interpreter had to be ordered into the prison hospital to translate between the patient and the medical personnel. The variable “parenthood/existence of children” was extracted by analyzing the medical files of the patients. The other variables were rated using both the medical and prison files. Diagnoses were coded using the ICD-10 Manual. For the data from 2010 to 2016, we used a data set that was extracted for research purposes from routine data (23). The data for the same items regarding the period from 1997 to 2006 were extracted from medical files.

The proportion of violent patients of all patients admitted was assessed for each year from 1997 to 2006 and 2010 to 2016. We performed hierarchical linear modeling to test for annual fluctuations in our results. Fisher’s exact test was applied to detect the significance of differences observed between the groups. The impact of all independent variables on the dependent variable “violent behavior” was calculated using a logistic regression model. The subset of all variables that minimize the AIC (Akaike information criterion) was determined by a stepwise elimination

procedure to derive a final model. All tests were based on a significance level of $p < 0.05$. Analyses were performed with the statistical software R, Version 3.5.1. It is important to note that only male prisoners were included in the study.

RESULTS

Table 1 displays the absolute number of patients admitted to the psychiatric ward of the Berlin prison hospital with recorded violent behavior, the number of patients diagnosed with schizophrenia, and the relative share per year. While the percentages of patients with violent behavior in 1997 to 2006 ranged from approximately 4.7 to 9.3%, the percentages of patients exhibiting violent behavior in 2010 to 2016 were subject to more considerable fluctuations (3.2–15.9%). Despite the increase in patients with violent incidences in the last 2 years, test results showed no statistically significant increase over time ($p = 0.1543$), but the number of individuals in the study group diagnosed with schizophrenia increased significantly ($p = 0.0348$) (see Figure 1).

The univariate analysis of variables associated with violent behavior demonstrated statistically significant results for the items age, previous sentences, nationality, use of an interpreter, children, and diagnosis of a mental disorder (schizophrenia, substance use disorder, and adjustment disorder). While 71.9% of all patients who had displayed violent behavior had no previous convictions, the same only applied to 40.2% of all patients without recorded violent acts ($p < 0.001$). Having children was also highly significant ($p < 0.001$), whereas 89.5% of patients with violent behavior did not have children. Also, using the services of an interpreter was significantly lower ($p < 0.001$) among patients with violent behavior (5.26%) than in patients without recorded incidences (14.3%). Significantly, more patients with a diagnosis of schizophrenia had displayed violent behavior (68.1 vs. 47.6%).

TABLE 1 | Admissions, violent behavior, and diagnosis over time.

Year	Total admissions	Violent behavior N = 210	% Violent of all admissions/ year	N = diagnosis of schizophrenia	% Diagnosis of schizophrenia of study group/year N = 420
1997	156	10	6.4	11	7.1
1998	149	13	8.7	13	8.7
1999	162	15	9.3	14	8.6
2000	233	15	6.4	20	8.6
2001	255	12	4.7	18	7.1
2002	241	17	7.1	18	7.5
2003	212	12	5.7	15	7.1
2004	197	17	8.6	17	8.6
2005	159	9	5.7	9	5.7
2006	122	8	6.6	9	7.4
2010	115	5	4.4	7	6.1
2011	122	13	10.7	17	13.9
2012	127	4	3.2	5	3.9
2013	120	7	5.8	11	9.2
2014	118	8	6.8	12	10.2
2015	145	23	15.9	22	15.2
2016	139	22	15.8	25	18.0

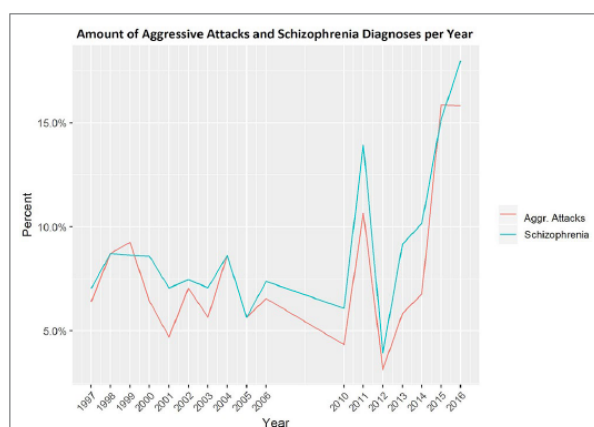


FIGURE 1 | Percentage of admissions of patients with violent behavior per year and of violent patients with schizophrenia per year.

All variables outlined above (Table 2), including the patient's age, were entered into a logistic regression model.

After a stepwise selection of variables using the Akaike information criterion, the final model was developed (Table 3). In this, the variable diagnosis of schizophrenia, non-German nationality, no use of an interpreter, no children, and no previous sentence remained significantly associated with the dependent variable violent behavior ($p < 0.05$). Note that "age" is not among the independent variables.

DISCUSSION

Our results present a rate for patients that demonstrated violent behavior in a prison hospital that ranged from 3.2 to 15.9%. This rate is in the range of rates reported from psychiatric inpatients in community hospital care (2–4). Regarding trends, there was no statistically significant increase in violent behavior in the last 20 years regarding the psychiatric ward of the Berlin prison hospital. Our findings did not support our hypothesis regarding an increase in violent behavior.

Looking for risk and/or protective factors regarding violent behavior, the main findings of our study are that the group of patients that demonstrated violent behavior in the specific setting

of a psychiatric ward of a prison hospital differed statistically significant from the non-violent group regarding diagnoses of schizophrenia, nationality, previous sentences, the existence of children, and the use of an interpreter for communication. Interestingly, after logistic regression, there were no group differences for violent behavior regarding age.

Altogether, our findings suggest a strong relationship between suffering from schizophrenia and the frequency of violent incidents but do not support the hypothesis that violent incidents have increased during the study period or are in total more frequent than in community mental health care.

During the last two decades, there is a lively discussion going on whether changes in the provision of mental health care may lead to marginalization and "forensification" of mentally disordered patients. The process of psychiatric deinstitutionalization has changed the structure of psychiatric care during the study period in Germany, in most European countries and the United States (24). Psychiatric beds in community care were closed, and psychiatric care transferred to community-based outpatient service. This process was accompanied by an increase of placements in forensic psychiatric care (25–27), and this finding revived interest in the validity of the "Penrose hypothesis," which postulates an inverse relationship between the number of psychiatric hospital beds and the size of the prison populations (28). According to Blüml *et al.*, the number of psychiatric beds decreased by 12.6% in Germany between 1993 and 2011, and the prison population increased by 14.8%. Nevertheless, the authors argue that statistical analyses point to a more complicated process and that the "Penrose hypothesis" is a univariate simplification of a complex and multifactorial relationship (29). Our findings of an increase in patients with schizophrenia in the group of violent patients may cautiously support the "Penrose hypothesis."

Due to German law, individuals with mental disorders that committed severe offenses can be admitted directly to forensic psychiatric hospitals instead of prison. It is important to note that bed capacity in forensic psychiatric hospitals increased continuously during our study period (26). Interestingly, in forensic psychiatric hospitals, the literature suggests an increase in violent incidents (21, 22). Maybe, we did not detect a significant increase in violent behavior due to a shift of the most violent subgroup of prisoners with schizophrenia to the care of the local forensic hospital.

Schizophrenia proved to be a statistically significant marker for the patients in the violent group what is in accordance to the international literature on psychosis, substance abuse, and violent behavior (8, 11, 30). Interestingly, rates of violent behavior did not exceed the reported rates from general psychiatry (2–4). Wolf *et al.* recently reported results suggesting that, in specific forensic psychiatric populations, risk factors differ in comparison to general psychiatric populations (31). While in general psychiatric populations, the diagnosis is associated with violent behavior, in forensic psychiatric settings, this is the case regarding gender and previous violent behavior.

There were more patients without a previous sentence in the violent group than in the non-violent group, which contradicted our hypothesis. We hypothesized that there would be a greater percentage of patients with previous

TABLE 2 | Univariate analysis of variables associated with violent behavior.

	Non-violent group N = 210	Violent group N = 210	p-value
Age (mean +/- SD)	33.6 (+/- 10.5)	31.6 (+/- 9.25)	0.041
Self-harming behavior	29 (13.0%)	26 (12.4%)	0.970
Remand status	50 (23.8%)	49 (23.3%)	1,000
Previous sentence:	126 (59.8%)	59 (28.1%)	<0.001
German nationality	133 (63.3%)	109 (51.9%)	0.023
Using an interpreter	30 (14.3%)	11 (5.26%)	0.003
Children	66 (31.4%)	23 (10.5%)	<0.001
Schizophrenia	100 (47.6%)	143 (68.1%)	<0.001
Alcohol- or drug dependency	22 (10.5%)	9 (4.29%)	0.025
Adjustment disorder	51 (24.3%)	25 (11.9%)	0.002

TABLE 3 | Final logistic regression model of variables associated with violent behavior (final model)*.

	Estimate	Std. error	Adjusted OR (95% CI)	P (Wald's Test)
Schizophrenia vs. no schizophrenia	0.775	0.228	2.17 (1.39, 3.4)	<0.001
German nationality vs. no German nationality	-0.633	0.23	0.53 (0.33, 0.84)	<0.007
Interpreter vs. no interpreter	-1.260	0.416	0.28 (0.13, 0.64)	0.002
Children vs. no children	-1.212	0.295	0.3 (0.17, 0.53)	<0.001
Previous sentence vs. no previous sentence	-1.313	0.228	0.3 (0.17, 0.53)	<0.001

*AIC value 486.828, McFadden log likelihood 0.188.

sentences in the violent group than in the non-violent group, due to a potentially higher share of patients with antisocial tendencies in the group of individuals with previous sentences and the findings in the literature that criminal problematic behavior in the past is a risk factor for future behavior (8, 19–21, 31). A possible explanation is that the item “previous sentences” may indicate more individual experience in prison settings and, thus, the “shock” of being imprisoned is not as severe as in the group of “first-timers.” It seems understandable that being imprisoned for the first time in combination with a mental disorder is especially traumatizing. After multivariate testing, this item remained statistically significant. As a possible implication for the clinical work, our results suggest that, in a psychiatric prison setting, a detailed medical history should always include the personal criminal record and past experiences with the penal system. To the best of our knowledge, specific studies on this item as a potentially protective factor against violent behavior in prison hospital settings do not exist.

In our sample, most individuals that demonstrated violent behavior had no children of their own, in contrast to the non-violent group. It seems reasonable that the existence of children may be understood as an indirect marker for general social skills such as social competence, the capability of building romantic relationships, and social networking. The international literature on protective factors suggests competencies in these life areas, such as relationships, family, work, and prosocial attitudes (32, 33). Our data supported our hypothesis that the existence of children for an individual may be regarded as a protective factor for violent behavior in a prison hospital setting.

In the violent group, there were significantly more patients of non-German nationality. This variable was significant after logistic regression analyses. Higher incidence of mental disorder, including schizophrenia in migrants, when compared to the resident population, has been reported consistently (34–36). According to current research, reasons for the increased incidence were multifactorial including higher prevalence rates in origin countries, the experience of an elevated level of stress, isolation, exposure to racism, and lower use of medication for psychotic disorders (37–39). In a past analysis regarding the characteristics of psychiatric inpatients in the Berlin prison hospital, there were no hints for an elevated prevalence of psychotic disorders in non-German prisoners (23). The differences in the frequency of violent

behavior between German and non-German patients may be attributed to stress-related factors as well as to differences in the acceptance of antipsychotic medication. A limitation of our study regarding the item “mental disorder” was that we did not test for treatment adherence or the specific phase of the psychosis (acute, chronic). The available literature on these topics suggests a relationship between the severity of psychosis and violent or otherwise problematic behavior (11, 12, 40, 41).

Regarding the use of a language interpreter due to the lack of German language skills, this was the case statistically significantly more often in the non-violent group than in the violent group. This result supported our hypothesis that the use of language interpreters could have had a positive influence on violent behavior in our specific patient population. Psychiatric patients with additional deficits in the German language may demonstrate violent behavior more frequently, due to the lack of proper means for communication. The literature on the necessity of a language translator in prison settings concerning problematic behavior is, to our knowledge, minimal (42, 43). The regular interaction through language translators may have positive effects on the patient in the prison environment because; in comparison to the German staff, there is an opportunity for the patient to fully communicate with and through the translator, who is often of the same cultural background.

Regarding the patients in the violent group, it may be possible that the staff was unable to organize interpreters as often or as quick as in the non-violent group, although we did not test for that. Also, maybe due to the initial violent behavior of the patient, a proper appointment with an interpreter was difficult because of specific circumstances (e.g., isolation). Our results suggest a positive influence of language interpreters in a psychiatric prison setting.

International literature suggests that young age is a risk factor for violent behavior in psychiatric patients (44) and the general population. In our prison hospital setting, in the group of violent patients, there were more patients of younger age, but after multivariate analysis, age was not significantly associated with violent behavior. A possible reason for this may be that patients in our prison hospital are less heterogeneous regarding age than in a general psychiatric ward in the community. Still, in our population, patients that showed violent behavior were slightly younger.

Being in remand prison is known to be very stressful for individuals in prison with a significantly higher rate for suicide ideation, self-harm events, and mental distress (45, 46). Our hypothesis that remand prisoners who would be violent more often in our sample did not stand ground after multivariate analysis. In both groups, nearly a fourth of the individuals were remand prisoners. A possible reason could be that patients, once admitted into remand prison, are not always transferred to the prison hospital as soon as possible due to, e.g., lack of capacity. During this critical phase, agitated patients receive treatment in remand prison *via* outpatient psychiatric care and, thus, were not included in our population. It would be interesting to investigate the occurrence of violent behavior in the remand prison system and compare it to the prison hospital and the general prison population. Studies on these issues are missing.

Several limitations must be considered when interpreting our findings. The retrospective design may have led to various biases, such as a variation of the awareness for violent behavior. The fact that reorganization of routine documentation took place during the study period may have caused different rates of reporting violent incidents. Also, our study included only men and excluded women due to the structure of the specific psychiatric ward in the prison hospital in Berlin. Regarding the diagnosis, we did not check for current medication, the severity of symptoms, or the phase of the disorder. Due to incomplete data, we were unable to include the effects of specific personality disorders on violent behavior. High prevalence of personality disorders in prisoners is known, so this could be a focus for future research. Besides, although we covered a rather long time-span of 20 years, the years between 2007 and 2009 were not included due to missing data (see above).

In summary, to the best of our knowledge, this is the first study that explores violent behavior in the setting of a psychiatric ward in a German prison hospital. In our opinion, this is a vital field

of research because the professionals in this field are confronted regularly with high-risk populations for violent behavior and because optimization of individual treatment may benefit the long-term outcome for the patient, as well as for the general society. We share the opinion that further research is needed in the area of prison psychiatry, preferably in an international context.

DATA AVAILABILITY STATEMENT

All datasets generated for this study are included in the article/supplementary materials.

ETHICS STATEMENT

According to current legal regulation, the study was approved by the local ethic committee at Charité–Universitätsmedizin Berlin.

AUTHOR CONTRIBUTIONS

PS, AO-W, AV, and NK designed the study. PS, VN, IK, DD, and AO-W collected the data. PS, AO-W, AV, UG, and BN analyzed and interpreted the data. PS, AV, and AO-W wrote the final draft of the manuscript. PS, AO-W, and NK had full access to all the data in the study and take responsibility for the integrity of the data and the accuracy of data analysis. All authors have contributed to, read, and approved the final version of the manuscript.

ACKNOWLEDGMENTS

We acknowledge support from the German Research Foundation (DFG) and the Open Access Publication Fund of Charité–Universitätsmedizin Berlin.

REFERENCES

- Rubio-Valera M, Luciano JV, Ortiz JM, Salvador-Carulla L, Gracia A, Serrano-Blanco A. Health service use and costs associated with aggressiveness or agitation and containment in adult psychiatric care: a systematic review of the evidence. *BMC Psychiatry* (2015) 15:35. doi: 10.1186/s12888-015-0417-x
- Steinert T, Vogel WD, Beck M, Kehlmann S. [Aggression by psychiatric patients in the clinic. A one-year study of four state hospitals]. *Psychiatr Prax* (1991) 18:155–61.
- Spießl H, Krischker S, Cording C. [Aggression in the psychiatric hospital. A psychiatric basic documentation based 6-year study of 17,943 inpatient admissions]. *Psychiatr Prax* (1998) 25:227–30.
- Müller MJ, Olschinski C, Jochim D, Feldhordt M. [Assessment of aggressive assaults by patients from 2008 to 2015 in two German psychiatric hospitals: results and implications]. *Psychiatr Prax* (2017) 44:258–65. doi: 10.1055/s-0042-105177
- Iozzino L, Ferrari C, Large M, Nielssen O, de Girolamo G. Prevalence and risk factors of violence by psychiatric acute inpatients: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* (2015) 10:e0128536. doi: 10.1371/journal.pone.0128536
- Staggs VS. Trends victims, and injuries in injurious patient assaults on adult, geriatric, and child/adolescent psychiatric units in US hospitals, 2007–2013. *Res Nurs Health* (2015) 38:115–20. doi: 10.1002/nur.21647
- Völlm BA, Clarke M, Herrando VT, Seppänen AO, Gosek P, Heitzman J, et al. European psychiatric association (EPA) guidance on forensic psychiatry: Evidence based assessment and treatment of mentally disordered offenders. *Eur Psychiatry* (2018) 51:58–73. doi: 10.1016/j.eurpsy.2017.12.007
- Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M. Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* (2009) 6:e1000120. doi: 10.1371/journal.pmed.1000120
- Kudumija Slijepevcic M, Jukic V, Novalic D, Zarkovic-Palijan T, Milosevic M, Rosenzweig I. Alcohol abuse as the strongest risk factor for violent offending in patients with paranoid schizophrenia. *Croat Med J* (2014) 55:156–62. doi: 10.3325/cmj.2014.55.156
- Tiihonen J, Isohanni M, Rasanen P, Koiranen M, Moring J. Specific major mental disorders and criminality: a 26-year prospective study of the 1966 northern Finland birth cohort. *Am J Psychiatry* (1997) 154:840–5. doi: 10.1176/ajp.154.6.840
- Witt K, van Dorn R, Fazel S. Risk factors for violence in psychosis: systematic review and meta-regression analysis of 110 studies. *PLoS One* (2013) 8:e55942. doi: 10.1371/journal.pone.0055942
- Ekinci O, Ekinci A. Association between insight, cognitive insight, positive symptoms and violence in patients with schizophrenia. *Nord J Psychiatry* (2013) 67:116–23. doi: 10.3109/08039488.2012.687767
- Chow WS, Priebe S. How has the extent of institutional mental healthcare changed in Western Europe? Analysis of data since 1990. *BMJ Open* (2016) 6:e010188. doi: 10.1136/bmjopen-2015-010188

14. Priebe S, Frottier P, Gaddini A, Kilian R, Lauber C, Martínez-Leal R, et al. Mental health care institutions in nine European countries, 2002 to 2006. *Psychiatr Serv* (2008) 59:570–3. doi: 10.1176/ps.2008.59.5.570
15. Dressing H, Salize HJ. Pathways to psychiatric care in European prison systems. *Behav Sci Law* (2009) 27:801–10. doi: 10.1002/bsl.893
16. Fazel S, Seewald K. Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *Br J Psychiatry* (2012) 200:364–73. doi: 10.1192/bjp.bp.111.096370
17. Otte S, Vasic N, Nigel S, Streb J, Ross T, Spitzer C. Different yet similar? Prisoners versus psychiatric patients - A comparison of their mental health. *Eur Psychiatry* (2017) 44:97–103. doi: 10.1016/j.eurpsy.2017.04.006
18. Fazel S, Wolf A. A Systematic review of criminal recidivism rates worldwide: current difficulties and recommendations for Best Practice. *PLoS One* (2015) 10:e0130390. doi: 10.1371/journal.pone.0130390
19. Bonta J, Law M, Hanson K. The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: a meta-analysis. *Psychol Bull* (1998) 123:123–42. doi: 10.1037/0033-2909.123.2.123
20. Blais J, Bonta J. Tracking and managing high risk offenders: A Canadian initiative. *Law Hum Behav* (2015) 39:253–65. doi: 10.1037/lhb0000109
21. Fazel S, Wolf A, Palm C, and Lichtenstein P. Violent crime, suicide, and premature mortality in patients with schizophrenia and related disorders: a 38-year total population study in Sweden. *Lancet Psychiatry* (2014) 1:44–54. doi: 10.1016/S2215-0366(14)70223-8
22. Bowers L, Stewart D, Sigh I. Conflict and Containment Research Programme. In: *Inpatient Violence and aggression: A literature review*. (2011). Section of Mental Health Nursing, Kings College London: Amsterdam.
23. Opitz-Welke A, Konrad N. Inpatient treatment in the psychiatric department of a German prison hospital. *Int J Law Psychiatry* (2012) 35:240–3. doi: 10.1016/j.ijlp.2012.02.015
24. Seppanen A, Tormanen I, Shaw C, Kennedy H. Modern forensic psychiatric hospital design: clinical, legal and structural aspects. *Int J Ment Health Syst* (2018) 12:58. doi: 10.1186/s13033-018-0238-7
25. Franke I, Vogel T, Eher R, Dudeck M. Prison mental healthcare: recent developments and future challenges. *Curr Opin Psychiatry* (2019) 32:342–7. doi: 10.1097/YCO.0000000000000504
26. Chow WS, Ajaz A, Priebe S. What drives changes in institutionalised mental health care? A qualitative study of the perspectives of professional experts. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (2019) 54:737–44. doi: 10.1007/s00127-018-1634-7
27. Konrad N, Lau S. Dealing with the mentally ill in the criminal justice system in Germany. *Int J Law Psychiatry* (2010) 33:236–40. doi: 10.1016/j.ijlp.2010.06.005
28. Watt DC. L. S. Penrose FRS (1898–1972). Psychiatrist and professor of human genetics. *Br J Psychiatry* (1998) 173:458–61. doi: 10.1192/bjp.173.6.458
29. Bluml V, Waldhor T, Kapusta ND, Vyssoki B. Psychiatric hospital bed numbers and prison population sizes in 26 European countries: A critical reconsideration of the penrose hypothesis. *PLoS One* (2015) 10:e0142163. doi: 10.1371/journal.pone.0142163
30. Wilson JA, Wood PB. Dissecting the relationship between mental illness and return to incarceration. *J Crim Just* (2014) 42:527–77. doi: 10.1016/j.jcrimjus.2014.09.005
31. Wolf A, Fanshawe TR, Sariaslan A, Cornish R, Larsson H, Fazel S. Prediction of violent crime on discharge from secure psychiatric hospitals: A clinical prediction rule (FoVOx). *Eur Psychiatry* (2018) 47:88–93. doi: 10.1016/j.eurpsy.2017.07.011
32. Borowsky IW, Hogan M, Ireland M. Adolescent sexual aggression: risk and protective factors. *Pediatrics* (1997) 100:E7. doi: 10.1542/peds.100.6.e7
33. Willis GM, Grace RC. The quality of community reintegration planning for child molesters: effects on sexual recidivism. *Sex Abuse* (2008) 20:218–40. doi: 10.1177/1079063208318005
34. Patel K, Kouvonen A, Close C, Vaananen A, O'Reilly D, Donnelly M. What do register-based studies tell us about migrant mental health? A scoping review. *Syst Rev* (2017) 6:78. doi: 10.1186/s13643-017-0463-1
35. Norredam M, Garcia-Lopez A, Keiding N, Krasnik A. Risk of mental disorders in refugees and native Danes: a register-based retrospective cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (2009) 44:1023–9. doi: 10.1007/s00127-009-0024-6
36. Jensen NK, Norredam M, Priebe S, Krasnik A. How do general practitioners experience providing care to refugees with mental health problems? A qualitative study from Denmark. *BMC Fam Pract* (2013) 14:17. doi: 10.1186/1471-2296-14-17
37. Cantor-Graae E, Pedersen CB, McNeil TF, Mortensen PB. Migration as a risk factor for schizophrenia: a Danish population-based cohort study. *Br J Psychiatry* (2003) 182:117–22. doi: 10.1192/bjp.182.2.117
38. Straiton M, Reneflot A, Diaz E. Immigrants' use of primary health care services for mental health problems. *BMC Health Serv Res* (2014) 14:341. doi: 10.1186/1472-6963-14-341
39. Anderson KK, Cheng J, Susser E, McKenzie KJ, Kurdyak P. Incidence of psychotic disorders among first-generation immigrants and refugees in Ontario. *CMAJ* (2015) 187:E279–E86. doi: 10.1503/cmaj.141420
40. Imai A, Hayashi N, Shiina A, Sakikawa N, Igarashi Y. Factors associated with violence among Japanese patients with schizophrenia prior to psychiatric emergency hospitalization: a case-controlled study. *Schizophr Res* (2014) 160:27–32. doi: 10.1016/j.schres.2014.10.016
41. Large MM, Nielssen O. Violence in first-episode psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res* (2011) 125:209–20. doi: 10.1016/j.schres.2010.11.026
42. Stolk Y, Ziguras S, Saunders T, Garlick R, Stuart G, Coffey G. Lowering the language barrier in an acute psychiatric setting. *Aust N Z J Psychiatry* (1998) 32:434–40. doi: 10.3109/00048679809065538
43. Igarashi Y, Hayashi N, Ebata K, Kaneko T. [A social psychiatric study on foreign-born inpatients at Tokyo Metropolitan Matsuzawa hospital]. *Seishin Shinkeigaku Zasshi* (1994) 96:513–29.
44. Howner K, Andiné P, Bertilsson G, Hultcrantz M, Lindström E, Mowafi F. Mapping systematic reviews on forensic psychiatric care: a systematic review identifying knowledge Gaps. *Front Psychiatry* (2018) 9:452. doi: 10.3389/fpsy.2018.00452
45. Hassan L, Birmingham L, Harty MA, Jarrett M, Jones P, King C, et al. Prospective cohort study of mental health during imprisonment. *Br J Psychiatry* (2011) 198:37–42. doi: 10.1192/bjp.bp.110.080333
46. Eytan A. Religion and mental health during incarceration: a systematic literature review. *Psychiatr Q* (2011) 82:287–95. doi: 10.1007/s1126-011-9170-6

Conflict of Interest: The authors declare that the research was conducted in the absence of any commercial or financial relationships that could be construed as a potential conflict of interest.

Copyright © 2019 Seidel, Konrad, Negatsch, Dezsö, Kogan, Gauger, Neumann, Voulgaris and Opitz-Welke. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC BY). The use, distribution or reproduction in other forums is permitted, provided the original author(s) and the copyright owner(s) are credited and that the original publication in this journal is cited, in accordance with accepted academic practice. No use, distribution or reproduction is permitted which does not comply with these terms.

11 Lebenslauf

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

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

12 Publikationsliste

Dezsö, D. (2014): Rezension - Friedenstab T: SEKT im Maßregelvollzug, Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie, Ausgabe 3, Springer Medizin Verlag.

Dezsö, D. & Opitz-Welke, A. (2018): Einsatz von Suizid-Screening-Instrumenten im Berliner Strafvollzug als Option zur Verhinderung von Gefängnis – Suizid?, Recht und Psychiatrie, Schwerpunktheft: Haftpsychiatrie, 36:21-26, Psychiatrie Verlag. Köln

Dezsö, D., Konrad, N., Seewald, K., Opitz-Welke, A. (2018): Implementation of a Suicide Risk Screening Instrument in a Remand Prison Service in Berlin, Front. Psychiatry, 11 December, <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00665>

Seidel, P., Konrad, N., Negatsch, V., Dezsö, D., Kogan, I., Gauger, U., Neumann, B., Voulgaris and Opitz-Welke, A. (2019): Violent behaviour during psychiatric inpatient treatment in a German prison hospital, Front. Psychiatry, 31 October, <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00762>

Kogan, I. & Dezsö, D.: Effectiveness of a psychoeducational intervention for people with schizophrenia in prison psychiatry – a randomized controlled trial, Manuskript zur Publikation eingereicht.

13 Danksagung

Hiermit möchte ich mich bei allen Personen bedanken, die auf unterschiedliche Art und Weise zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben.

Mein hauptsächlicher Dank gilt dem Betreuer dieser Dissertation, Herrn Prof. Dr. Norbert Konrad. Er gab mir nicht nur die Anregung dieser Arbeit, sondern bestärkte mich auch bei unerwartet auftretenden Schwierigkeiten in meiner Zuversicht. Außerdem möchte ich mich bei Dr. Annette Opitz-Welke für die unermüdliche Unterstützung in allen organisatorischen und inhaltlichen Belangen bedanken.

Ein besonderer Dank für die gute Zusammenarbeit gilt der Leitung der JVA Moabit, Herrn Fixon und Frau Stein sowie Herrn Kratz und Frau Temme. Ohne die tatkräftige Unterstützung von Frau Temme, Frau Rieckhoff, Herrn Terhedebrügge, Frau Benditz und Herrn Ladenthin wäre mir das Schreiben dieser Arbeit in dieser Form nicht möglich gewesen. Dafür möchte ich an dieser Stelle Danke sagen.

Mein Dank gilt allen Angestellten und Bediensteten, die an der Entstehung der Dissertation beteiligt waren. Ohne ihre Hilfe wäre diese Dissertation wahrscheinlich nie zum Abschluss gekommen.

Zudem möchte ich mich für die Unterstützung der Senatsverwaltung für Justiz, Verbraucherschutz und Antidiskriminierung, dem Forensisch Psychiatrischem Institut der Charité und dem Kriminologischen Dienst bedanken.

Abschließend gilt mein ganz persönlicher Dank den Menschen in meiner Umgebung, die mich trotz Rückschlägen immer motivierten und mir eine intensive Beschäftigung mit dem Thema ermöglichten. Insbesondere meinem Mann, meiner kleinen Tochter und meiner Mutter möchte ich an dieser Stelle meinen Dank für ihre unerschöpfliche Geduld und Unterstützung aussprechen.