

DISSERTATION

Zwischen Maßregelvollzug und Justizvollzugspsychiatrie –
soziodemographische, strafrechtliche und klinische Aspekte
psychisch kranker Rechtsbrecher in Deutschland

Sociodemographic, Clinical and Penal Aspects of Prison
Psychiatry in Germany

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Britta Neumann

Erstbetreuung: Prof. Dr. med., Norbert, Konrad

Datum der Promotion: 23.03.2024

INHALTSVERZEICHNIS

ZUSAMMENFASSUNG	II
Abstract (deutsch)	II
Abstract (englisch)	III
1 Einführung.....	1
2 Material und Methodik.....	5
2.1 Psychiatrisches Störungsprofil im länderübergreifenden Vergleich – Schizophrene Straftäter zwischen Maßregelvollzug und Justizvollzugspsychiatrie	5
2.2 Violent Behavior During Psychiatric Inpatient Treatment in a German Prison Hospital.....	6
2.3 Foreign National Patients in German Prison Psychiatry	7
3 Ergebnisse	8
3.1 Psychiatrisches Störungsprofil im länderübergreifenden Vergleich – Schizophrene Straftäter zwischen Maßregelvollzug und Justizvollzugspsychiatrie	8
3.2 Violent Behavior During Psychiatric Inpatient Treatment in a German Prison Hospital.....	15
3.3 Foreign National Patients in German Prison Psychiatry	16
4 Diskussion	19
5 Literaturverzeichnis.....	23
EIDESSTATTLICHE VERSICHERUNG	V
ANTEILSERKLÄRUNG	VI
DRUCKEXEMPLARE DER AUSGEWÄHLTEN PUBLIKATIONEN.....	VIII
LEBENS LAUF	IX
PUBLIKATIONS LISTE	X
DANKSAGUNG	XI

Zusammenfassung

Einführung: Im Zuge der Deinstitutionalisierung der Allgemeinpsychiatrie mit konsekutiver Abschiebung psychisch kranker Rechtsbrecher ins Strafvollzugssystem sind schizophrene Patienten einer besonders hohen Vulnerabilität ausgesetzt. Die Debatte um Forensifizierung ergänzend, nimmt der Anteil psychisch kranker ausländischer Patienten, Patienten mit Migrationshintergrund und Patienten ethnischer Minderheiten an der Gefängnispopulation weltweit zu. In dieser Arbeit soll in drei einzelnen Studien erörtert werden, ob die restriktive Durchlässigkeitspraxis zwischen Maßregelvollzug und Justizvollzug den Zugang zu Therapiemaßnahmen für schizophrene und ausländische Patienten innerhalb des deutschen Rechtssystems weiter verschärft.

Material und Methodik: Als Ausgangsmaterial dienten die Datenbank der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie der Justizvollzugsanstalt Berlin-Plötzensee sowie für die erste und dritte Studie eine Sammeldatenbank aus acht Maßregelvollzugseinrichtungen in Baden-Württemberg. Für die erste Studie wurde der Behandlungszeitraum zwischen 2009 und 2016 ausgewertet. Mittels Chi²-Test und Fisher Test wurden die Hauptdiagnosen, die Klassifikation psychotischer Störungen und Persönlichkeitsstörungen, der Substanzkonsum und die Nationalität der Patienten aus Maßregelvollzug und Justizvollzugspsychiatrie verglichen. In der zweiten Studie erfolgte eine logistische Regressionsanalyse zur Identifizierung von Faktoren, die bei Patienten der psychiatrischen Abteilung des Berliner Justizvollzugskrankenhauses im Behandlungszeitraum von 1997 bis 2006 und 2010 bis 2016 mit gewalttätigem Verhalten assoziiert werden konnten. Die Signifikanz der zeitlichen Fluktuation des Anteils an Patienten, die gewalttätiges Verhalten demonstrierten sowie des Anteils an Patienten, bei denen eine Schizophrenie diagnostiziert wurde, ließ sich durch eine Mehrebenenanalyse ermitteln. In die dritte Studie gingen die Patientendaten aus Berlin und Baden-Württemberg aus dem Zeitraum von 2010 bis 2015 ein. Mittels logistischer Regressionsanalyse wurden für ausländische Patienten die Odds Ratio für eine Behandlung im Maßregelvollzug statt in der Justizvollzugspsychiatrie berechnet (unabhängig von Diagnose, Alter bei Aufnahme, Familienstand oder Substanzkonsum) sowie für den Erhalt einzelner Diagnosen ermittelt. Mittels Chi²-Test und Fisher Test wurden die Hauptdiagnosen von deutschen und nicht-deutschen Patienten in Maßregelvollzug und Justizvollzugspsychiatrie sowie das Risiko selbstverletzenden Verhaltens gegenübergestellt.

Ergebnisse: Die erste Studie deutet an, dass der große Anteil von schizophrenen Patienten mit komorbidem Substanzmissbrauch sowohl im Maßregelvollzug als auch in der

Justizvollzugspsychiatrie einen hohen Behandlungsbedarf indiziert. Die zweite Studie zeigt einen Zusammenhang zwischen nicht-deutscher Staatsbürgerschaft, der Diagnose einer Schizophrenie, den Nichtgebrauch eines Dolmetschers, fehlende Elternschaft und die seltenere Existenz von Vorstrafen mit gewalttätigem Verhalten. Aus der dritten Studie geht hervor, dass die Wahrscheinlichkeit für psychisch kranke ausländische Straftäter in der Justizvollzugspsychiatrie statt in einer Maßregelvollzugseinrichtung behandelt zu werden, gegenüber deutschen Patienten über alle Diagnosen hinweg signifikant erhöht war. Ausländische Patienten der Justizvollzugspsychiatrie demonstrierten signifikant häufiger selbstverletzendes Verhalten als deutsche Patienten.

Diskussion: Angesichts des im Maßregelvollzug gegenüber der Justizvollzugspsychiatrie weitaus umfangreicheren Therapieangebotes droht die mangelnde Durchlässigkeit schizophrene und ausländische Patienten einer zweiten Forensifizierung zu unterziehen. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass verkannte Symptome im Sinne einer Exazerbation bei ausländischen Patienten zu schwerwiegenden Verhaltensauffälligkeiten führen könnten.

Introduction: In the course of deinstitutionalization with consecutive shift of mentally ill criminal offenders into the penal system, schizophrenic patients are exposed to a particularly high vulnerability. Complementing the debate on forensification, the proportion of mentally ill foreign national patients, migrant patients, and ethnic minority patients in the prison population is increasing worldwide. In this paper, three separate studies will discuss whether the restrictive permeability practice between high-security hospitals and the correctional system further impedes access to therapeutic measures for schizophrenic and foreign national patients within the German legal system.

Material and Methods: Data from the inpatient psychiatry ward of a Berlin prison hospital and, for the first and third study, from eight high-security hospitals in Baden-Württemberg, served as the source material. For the first study, the treatment period between 2009 and 2016 was evaluated. Using the Chi² test and Fisher's exact test, the main diagnoses, the subdivision of psychotic and personality disorders, substance use, and the nationality of the patients from prison hospital psychiatry and high-security hospital psychiatry were compared. In the second study, a logistic regression analysis was performed to identify factors associated with violent behavior in patients from the Berlin prison hospital psychiatry ward during the treatment period from 1997 to 2006 and 2010 to 2016. The significance of the fluctuation over time in the proportion of patients demonstrating violent behavior and the proportion of patients diagnosed with schizophrenia could be determined by hierarchical linear modeling. Patient data from Berlin and

Baden-Württemberg from 2010 to 2015 were included in the third study. Logistic regression analysis was used to determine the odds ratio for treatment in high-security hospitals rather than in prison hospital psychiatry (regardless of diagnosis, age at admission, marital status, or substance use) and for receiving specific diagnoses for foreign patients. The Chi² test and Fisher test were used to compare the main diagnoses of German and non-German patients in high-security hospitals and prison hospital psychiatry, as well as the risk of self-injurious behavior.

Results: The first study suggests that the large proportion of schizophrenic patients with comorbid substance abuse indicates a high need for treatment both in prison hospital psychiatry and high-security hospitals. The second study reveals the association of non-German citizenship, schizophrenia, not consulting an interpreter, lack of parenthood and having received less prior convictions with violent behavior. The likelihood for mentally ill foreign national offenders to be treated in prison psychiatry rather than in a high-security hospital was significantly increased compared to German patients across all diagnoses. In prison hospital psychiatry, foreign national patients demonstrated self-injurious behavior significantly more often than German patients.

Discussion: In view of the far more extensive range of therapies offered in high-security hospitals compared to prison hospital psychiatry, the lack of permeability threatens to subject schizophrenic and foreign national patients to a second forensification. The results indicate that unrecognized symptoms in the sense of an exacerbation could lead to serious behavioral problems in foreign national patients.

1 Einführung

Die Behandlung psychisch kranker Straftäter unterliegt in Deutschland meist dem Kompetenzbereich der forensischen Psychiatrie, der es bisweilen an der Implementation konsistenter Behandlungsrichtlinien mangelt (1–5). Während Straftätern, die sich im Verlauf einer richterlich angeordneten forensisch-psychiatrischen Begutachtung als vermindert schulfähig oder schuldunfähig erweisen, eine Zwangsmaßnahme in einer Maßregelvollzugseinrichtung auferlegt werden kann, wird Strafgefangenen, die eine reguläre Haftstrafe abbüßen, bei gegebener Indikation eine Versorgung durch die zuständige Justizvollzugspsychiatrie zuteil (sofern vorhanden) (2, 3, 6–9). Obgleich beide Bereiche der forensischen Psychiatrie zugeordnet werden, entbehren Maßregelvollzug und Justizvollzugspsychiatrie bereits eines gemeinsamen Fundamentes in Form einheitlicher Rechtsvorschriften (1–3) – ein Missstand, den auch verschiedene Reformen nicht abzustellen vermochten (10).

Insbesondere unter dem Aspekt einer fehlenden Transparenz hinsichtlich der Anordnung von Zwangsunterbringungen (1, 4, 7, 10–13) monieren Kritiker, dass die restriktive Gesetzgebung der postulierten Durchlässigkeit zwischen Maßregelvollzug und Strafvollzug entgegensteht (1, 10, 12–14). Nach einer Studie von Bosinski et al. (11) ist eine psychiatrische Begutachtung selbst bei Straftaten, deren Schwere und Ausmaß dieser bedürfen, nicht immer von Bestand (1, 7). Versäumnisse in der Einhaltung von Qualitätsstandards bei der Anfertigung ebensolcher Gutachten werden massiv bemängelt (1, 15–17). Erschwerend wirkt sich aus, dass sich die Steuerungsfähigkeit des Straftäters bei fehlendem Nachweis eines akuten Krankheitsschubes zum Tatzeitpunkt schwerlich beurteilen lässt (1, 7, 18).

Des Weiteren gilt es zu berücksichtigen, dass eine psychische Störung im Strafprozessverfahren nicht immer offenbar wird (1, 14, 19), sei es infolge etwaiger (Kommunikations-)Barrieren (1, 8, 20, 21) oder vorsätzlicher Vorenthaltung von Symptomen (1, 12, 22). In Anbetracht der unabwendbaren Konsequenzen – der Verwahrung therapieresistenter Patienten im Maßregelvollzug und der unzulänglichen Betreuung therapiebedürftiger Patienten im Strafvollzug, denen der Zugang zu einer an den breitgefächerten Defiziten forensisch-psychiatrischer Patienten ausgerichteten Behandlung (1, 5) verwehrt bleibt – erreicht die Diskrepanz in der Versorgungsqualität eine maßgebliche Relevanz (1, 10, 12, 13).

Indessen generiert die Forensifizierung – also die im Zuge von ökonomischen und gesundheitspolitischen Reformen stattfindende Abschiebung von Patienten der

Allgemeinpsychiatrie in die forensische Psychiatrie – ohnehin eine prekäre Versorgungssituation für schwerkranke (überwiegend schizophrene) Patienten (1, 8, 12, 23–26). Das Zusammenspiel aus störungsspezifischen Verhaltensmustern und unzureichenden externen Hilfemaßnahmen bildet den Auftakt einer Abwärtsspirale, die für den Patienten in der Delinquenz zu münden droht (1, 8, 18, 23, 25, 27–30). So gewinnt etwa der Einfluss von kriminogenen Krankheitsfaktoren, wie die der sozialen Isolation und der Realitätsverknennung, die bereits per definitionem als Ausdruck der Symptomatik von psychotischen Patienten gewertet werden können (18, 31), im Kontext der Deinstitutionalisierung zusätzlich an Brisanz (1, 25, 27, 28). Ferner stellten Dönisch-Seidel et al. (28) heraus, dass sich die stationäre Behandlungszeit von schizophrenen Patienten bei einer zusätzlichen Komorbidität mit einer Sucht- oder Persönlichkeitsstörung sogar signifikant verkürzte (1).

Die mangelnde Durchlässigkeit zwischen Maßregelvollzug und Strafvollzug droht die Problematik der Forensifizierung innerhalb des deutschen Rechtssystems weiter zu verschärfen (1, 8, 10, 12, 25). Die strafrechtliche Verfolgung von begangenen Rechtswidrigkeiten birgt für psychisch kranke Straftäter zwar den vermeintlichen Vorteil einer (erstmaligen) medizinischen Versorgung (1, 3, 8, 32), deren Umfang richtet sich jedoch zunächst nach den Modalitäten der jeweiligen Einrichtung und ist demzufolge vorrangig durch das vorausgehende Strafmaß determiniert (6–8, 10, 19, 33). In der Justizvollzugspsychiatrie erschwert nicht nur die gegenüber dem Maßregelvollzug weniger differenzierte psychosoziale Betreuung den gewünschten Behandlungserfolg (1, 5, 8, 10, 12, 19), die Rekonvaleszenz wird durch die abträglichen Auswirkungen der strapaziösen Haftbedingungen vielmehr konterkariert (1, 3, 8, 19, 29, 30).

Die Debatte um Forensifizierung ergänzend, erweist sich auch die allgemeinpsychiatrische Versorgungsstruktur von Ausländern, Menschen mit Migrationshintergrund und Angehörigen ethnischer Minderheiten zuweilen als defizitär (1, 8, 21, 32, 34–37). Wurzelnd in einem multifaktoriellen Geflecht aus sozioökonomischer Deprivation sowie sozialer Isolation, kulturellen und sprachlichen Diskrepanzen, nährt sich die Vulnerabilität dieser Patienten von den Auswüchsen der Deinstitutionalisierung (8, 21, 32, 34, 35, 37–44). Im Kontext der fortschreitenden Globalisierung lassen sich die Auswirkungen dieser Dynamik auf eine Vielzahl multikultureller Gesellschaften projizieren, die in den letzten Jahren einen überproportionalen Anstieg dieser Personengruppe an der Gefangenenspopulation verzeichnen und dessen Entwicklungstendenz nicht ausschließlich Verstößen gegen das Einwanderungsgesetz anzulasten ist (8, 38, 40, 41, 45–53). Analog zum Modus Procedendi in Deutschland ist die Versorgung psychisch kranker Straftäter in vielen westlichen Nationen in der Rechtsordnung verankert und

orientiert sich mehrheitlich an dem Prinzip der Steuerungs- und Schuldfähigkeit hinsichtlich der Auferlegung einer Zwangsbehandlung (8, 33, 42). Gemäß diverser Studien aus den USA, Großbritannien, den Niederlanden und Deutschland scheint der Zugang zu (fakultativen) Maßnahmen der psychischen Gesundheitsfürsorge für ausländische Patienten, Patienten mit Migrationshintergrund und Patienten, die einer ethnischen Minderheit angehören, im Vergleich zu einheimischen Patienten erschwert (8, 41, 50, 54–59). Gemessen an der Bevölkerungszahl stellen Patienten mit Migrationshintergrund im deutschen Maßregelvollzug de facto einen überproportionalen Anteil, was insbesondere hinsichtlich der geringeren Inanspruchnahme von allgemeinspsychiatrischen Versorgungsstrukturen eingehender Überprüfung bedarf (36, 38, 60). Bezugnehmend auf den Strafvollzug (und die Strafvollzugspsychiatrie) sind ausländische Patienten im Maßregelvollzug hingegen deutlich unterrepräsentiert (1, 8, 41, 52, 61), wenngleich sich in den letzten Jahren eine schrittweise Annäherung der Entziehungsanstalten an den Strafvollzug verzeichnen lässt (52, 62).

Derweil wäre es naheliegend davon auszugehen, dass psychische Störungen, die länger verkannt oder unbehandelt blieben, zu einer Häufung von Verhaltensauffälligkeiten führten (8). Die Autoren Borrill und Taylor (63) berichteten in einer ihrer Studien über vermehrte Suizidhandlungen unter ausländischen Patienten in England und Wales und betonten in diesem Zusammenhang die medikamentöse Fehlbehandlung von psychiatrisch relevanten Symptomen (8). Laut einer Studie von Kaba et al. (64) wurden psychisch kranke hispanische und schwarze Patienten einer Gefangenenanstalt in New York City gegenüber weißen Patienten durchschnittlich später diagnostiziert und häufiger in Isolationshaft – die meist als Folge disruptiven Benehmens eingesetzt wird und ihrerseits mit einem erhöhten Risiko für selbstverletzendes Verhalten einhergeht (65) – verbracht (8).

Obschon die Debatte um Minderheiten in der Gefangenenpopulation zunehmend an Resonanz gewinnt (8, 38, 40, 41, 44, 45, 53, 64), vermag dies nicht über die insuffiziente Studienlage hinwegzutäuschen. In einigen Ländern erfasst die Forschung Auswirkungen zur Ethnizität der Patienten, welcher im angloamerikanischen Raum eine zentrale Bedeutung beigemessen wird (32, 40, 53, 54, 59, 66, 67). Wenngleich bisherige Erkenntnisse zur Annahme berechtigen, dass sich die Staatsangehörigkeit ausländischer Strafgefangener nachteilig sowohl auf gesundheitliche als auch auf strafrechtliche Aspekte auswirkt, sind Studien zu diesem Thema rar (8, 45, 49–51, 57, 68, 69).

In dieser Arbeit soll erörtert werden, ob die restriktive Durchlässigkeitspraxis zwischen Maßregelvollzug und Justizvollzug den Zugang zu Therapiemaßnahmen innerhalb des deutschen

Rechtssystems für schizophrene und ausländische Patienten weiter verschärft und welche Auswirkungen dies auf den Krankheitsverlauf haben könnte.

In der ersten Studie lag das Augenmerk auf einem Vergleich des Störungsprofils und des daraus resultierenden Behandlungsbedarfs der Patienten aus Maßregelvollzug und Justizvollzugspsychiatrie. Es wurde angenommen, dass das Störungsprofil der Patienten der Justizvollzugspsychiatrie Berlin-Plötzensee bei psychotischen Störungen große Übereinstimmungen mit dem Störungsprofil der Patienten aus den Maßregelvollzugseinrichtungen Baden-Württembergs aufgewiesen habe (bezüglich Anteil, Klassifikation, Komorbidität). Es wurde zudem die Hypothese aufgestellt, dass Patienten ohne deutsche Staatsbürgerschaft in der Justizvollzugspsychiatrie überrepräsentiert gewesen seien (1). Schwerpunkt der zweiten Studie war die Auswertung von mit gewalttätigem Verhalten assoziierter Faktoren bei Patienten der Berliner Justizvollzugspsychiatrie. Es wurde angenommen, dass Patienten, die gewalttätige Verhaltensweisen zeigten, jünger gewesen seien, häufiger freiheitsentziehende Vorstrafen verbüßt hätten und häufiger an einer Schizophrenie erkrankt gewesen seien. Ebenso wurde angenommen, dass die Bereitschaft zur Ausübung von Gewalt bei Patienten des Justizvollzugskrankenhauses im Vergleich zu Patienten der allgemeinpsychiatrischen stationären Versorgung größer gewesen sei. Es wurde die Hypothese aufgestellt, dass es im zeitlichen Verlauf zu einer Zunahme der mit Schizophrenie diagnostizierten Patienten und somit auch der Gewaltbereitschaft gekommen sei (26). Die dritte Studie setzte den Fokus auf einen Vergleich des Störungsprofils psychisch kranker ausländischer und deutscher Straftäter. Es wurde angenommen, dass Patienten ohne deutsche Staatsbürgerschaft unabhängig von Alter, Substanzmissbrauch, Familienstand und Diagnose seltener eine therapeutische Behandlung in einer Einrichtung des Maßregelvollzugs zu Teil geworden sei als in der Justizvollzugspsychiatrie. Des Weiteren wurde angenommen, dass ausländische Patienten unabhängig von Alter, Familienstand oder Substanzkonsum ein weniger differenziertes Diagnoseprofil aufgewiesen hätten. Es wurde die Hypothese aufgestellt, dass Patienten der Justizvollzugspsychiatrie ohne deutsche Staatsbürgerschaft häufiger selbstverletzendes Verhalten gezeigt hätten (8).

2 Material und Methodik

Für die Verarbeitung der Daten liegt eine datenschutzrechtliche Genehmigung des Kriminologischen Dienstes für den Berliner Justizvollzug und der Sozialen Dienste der Justiz vor. Die Zustimmung der Ethikkommission der Charité - Universitätsmedizin Berlin wurde im Rahmen der Publikationen erteilt, so wie es erforderlich war.

2.1 Psychiatrisches Störungsprofil im länderübergreifenden Vergleich – Schizophrene Straftäter zwischen Maßregelvollzug und Justizvollzugspsychiatrie

Die Patientendaten der Justizvollzugspsychiatrie stammen aus der Datenbank der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Justizvollzugskrankenhauses Berlin-Plötzensee. Im Rahmen der routinemäßigen Administration werden soziodemografische, strafrechtliche und medizinische Daten erfasst. Da sich die Patienten nicht durchgehend, sondern intermittierend in stationärer Therapie befinden, wird jede Neuaufnahme als neuer Eintrag in der Datenbank vermerkt. Die Vergabe einer individuellen Patientenidentifikationsnummer aus den ersten drei Buchstaben des Nachnamens und des Vornamens sowie dem Geburtsdatum gewährleistete die Zuordnung der einzelnen Einträge zu den Patienten auch bei (kleineren) Übertragungsfehlern ohne eine ausreichende Personalisierung der Daten zu gefährden. Anschließend wurden diese Patientenidentifikationsnummern anonymisiert. Insgesamt acht der 878 Einträge wurden mangels eines Aufnahmedatums von der weiteren Analyse ausgeschlossen. Die verbliebenen 870 Einträge aus den Jahren 2010 bis 2016 ließen sich 662 Patienten zuordnen (1).

Die Vergleichsdaten für den Maßregelvollzug stammen aus einer Sammeldatenbank aus Baden-Württemberg, die soziodemografische, strafrechtliche und medizinische Routinedaten von Patienten aus acht Maßregelvollzugseinrichtungen umfasst. Um die Validität und Reliabilität zu gewährleisten, erfolgt die Eingabe der Daten institutsübergreifend nach den gleichen Standards und in anonymisierter Form. Das Monitoring der Behandlung geschieht kontinuierlich und jedwede Vorkommnisse werden in jährlichen Einträgen dokumentiert. Gewertet wurden die Patientendaten zwischen 2009 und 2015. Mithilfe einer datenbankinternen Patientennummer ließen sich die 9812 Einträge zunächst 4770 Personen zuordnen. Da sich diese Patientennummern jedoch beispielsweise im Rahmen einer Verlegung verändern können, wurde ein zusätzlicher Identifikationscode erstellt, der sich, in Ermangelung an spezifischeren personenbezogenen Daten, aus Geburtsdatum und Geburtsort (sofern erfasst) zusammensetzte. Das Risiko einer fehlerhaften Übereinstimmung des Identifikationscodes wurde zugunsten der

Vermeidung von Mehrfacherfassungen in Kauf genommen, sodass die 4770 Datenbankeinträge letztendlich 3321 Patienten zugeordnet wurden (1).

Um die Vergleichbarkeit zwischen Maßregelvollzug und Justizvollzugspsychiatrie zu gewährleisten, gingen die Daten jedes Patienten nur einmal in die Auswertung ein. Unter der Annahme, dass die Reliabilität der erhobenen Messgrößen im zeitlichen Verlauf der Behandlung steigt, wurde jeweils der letzte Eintrag der Patienten gewertet. Infolgedessen wurden jegliche Verdachts- oder Vordiagnosen zugunsten der zuletzt zugewiesenen Diagnosen in der weiteren Datenanalyse nicht berücksichtigt (1).

Während Substanzmissbrauch in der Sammeldatenbank aus Baden-Württemberg als eigenständige dichotome Variable (ja/nein) erfasst wurde, musste diese Information bei den Patienten der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie Berlin den Haupt- und Nebendiagnosen entnommen werden. Diese Art der Dokumentation beinhaltet hingegen den Vorteil, dass die Substanzart ebenfalls abgerufen werden konnte. Bei Patienten der Maßregelvollzugseinrichtungen war diese Angabe nur bei Unterbringung in einer Entziehungsanstalt verfügbar, sodass die Aufteilung der Substanzen nicht für alle suchtauffälligen Patienten repräsentativ war (1).

In der Datenbank der Justizvollzugspsychiatrie Berlin-Plötzensee wurde die Staatsbürgerschaft der Patienten in Form einer trichotomen Variable erfasst (deutsch, nicht-deutsch, unklar).

Demgegenüber erfolgte die Aufteilung der Maßregelvollzugspatienten nach deren Migrationshintergrund, anhand dessen sich die Nationalität der Patienten ermitteln ließ.

Die Behandlungsdauer der Patienten wurde jeweils als Differenz des Aufnahme- und Entlassungsdatums des letzten Eintrags gewertet. Es ist davon auszugehen, dass dieses Vorgehen die Ergebnisse zu einem gewissen Teil beeinflusst, da sich das Aufnahmedatum bei Patienten des Maßregelvollzugs im Verlauf einer Unterbringung verändern kann (beispielsweise aufgrund einer Verlegung oder eines Widerrufs). Bei Patienten der Justizvollzugspsychiatrie wurde analog dazu ebenfalls der letzte Eintrag berücksichtigt. Das hat zur Folge, dass im Falle von Mehrfachaufnahmen von einer Abweichung zur gesamten Behandlungszeit – die sich möglicherweise über mehrere Inhaftierungszeiten streckt – in der psychiatrischen Abteilung des Justizvollzugskrankenhauses ausgegangen werden muss. Die Datenanalyse erfolgte mittels Chi²-Test und Fisher Test (1).

2.2 Violent Behavior During Psychiatric Inpatient Treatment in a German Prison Hospital

Gewertet wurden Patientendaten des Justizvollzugskrankenhauses Berlin-Plötzensee von 1997

bis 2006 und 2010 bis 2016. Von 1997 bis 2006 wurden Vorfälle gewalttätigen Verhaltens in Form „dienstlicher Meldungen“ protokolliert. Infolge administrativer Veränderungen werden Routinedaten, die auch Verhaltensstörungen umfassen, seit 2010 in einer digitalen Datenbank registriert. Die zugrundeliegenden Richtlinien zur Meldung dieser Vorfälle blieben weitgehend erhalten, gewertet wurden nur Fälle physischer Gewalt (26).

Insgesamt ließen sich 244 Vorfälle gewalttätigen Verhaltens 210 Individuen zuordnen. Erfasst wurde das Jahr des Vorfalls, das Alter, die Staatsbürgerschaft, gegebenenfalls der Einsatz eines Dolmetschers, der Haftstatus, vorherige Haftstrafen, selbstschädigendes Verhalten, die Hauptdiagnose und die mögliche Elternschaft. Der jährliche Anteil gewalttätiger Patienten an allen Aufnahmen wurde tabellarisch dargestellt, Fluktuationen wurden mit Hilfe einer Mehrebenenanalyse bestimmt. Patienten, die gewalttätiges Verhalten zeigten, wurden anschließend einer nicht-gewalttätigen Vergleichsgruppe gegenübergestellt (exakter Test nach Fisher). Der Einfluss der unabhängigen Variablen auf die abhängige Variable „gewalttätiges Verhalten“ wurde mittels logistischer Regressionsanalyse ermittelt (26).

2.3 Foreign National Patients in German Prison Psychiatry

Infolge der Akzentuierung dieser Studie auf psychisch kranke ausländische Straftäter in der forensischen Psychiatrie in Deutschland wurden angesichts der starken jährlichen Fluktuation der Ausländerraten in der Bevölkerung nur die Patienten gewertet, die im deckungsgleichen Erhebungszeitraum von 2010 bis 2015 in der Justizvollzugspsychiatrie Berlin respektive den Maßregelvollzugseinrichtungen in Baden-Württemberg aufgenommen wurden. Da weibliche Patienten aus der JVA Berlin-Plötzensee nicht über die geländeinterne Justizvollzugspsychiatrie behandelt werden, wurden Patientinnen aus Baden-Württemberg ebenso wie Patienten, deren Angaben zur Staatsangehörigkeit nicht bekannt waren (davon waren fünf Patienten aus Berlin betroffen), von der Datenanalyse ausgeschlossen (8).

Die einzelnen Einträge der Datenbank des Justizvollzugskrankenhauses Berlin wurden analog zur ersten Studie mittels der aus Namen und Geburtsdatum generierten Identifikationsnummer 567 Patienten zugeteilt (8).

Bei der Aufbereitung der Sammeldatenbank von Maßregelvollzugspatienten in Baden-Württemberg ergaben sich einige Änderungen im Vergleich zur ersten Studie. Gewertet wurden die Daten der Patienten nur dann, wenn als Rechtsgrundlage eine Verminderung der Schuldfähigkeit infolge einer psychischen Störung (§ 63 StGB) oder einer Suchterkrankung (§ 64 StGB) vorlag oder eine vorangehende einstweilige Unterbringung (§ 126a StPO) verfügt

wurde. Bei Überweisung in den Vollzug einer anderen Maßregel, einer (vorläufigen) Aussetzung des Widerrufs oder bei befristeter Wiedereinvollzugsetzung wurden die Einträge aufgrund mangelnder Rückverfolgbarkeit des tatsächlichen Aufnahmedatums nicht gewertet (8).

Infolgedessen ließ sich der vorstehend beschriebene Identifikationscode aus Geburtsort und -datum um das Datum des rechtskräftigen Urteils ergänzen, was die Zuordnung der jährlichen Einträge (im parallelen Abgleich mit der datenbankinternen Patientennummer) stark vereinfachte. Gewertet wurden die Daten von 1883 Patienten. Familienstatus und Alter bezogen sich immer auf die (initiale) Aufnahmesituation im Ermessungszeitraum 2010 bis 2015. Der Status bei einer möglichen Aufnahme vor diesem Zeitraum konnte nicht berücksichtigt werden. Zur Erfassung von Substanzkonsum und selbstverletzendem Verhalten wurde alle Einträge und Aufnahmen berücksichtigt, eine Einstufung als positiv (vorhanden) erfolgte, sobald dieses Verhalten einmalig im Behandlungszeitraum dokumentiert worden war (8).

Analog zum ersten Studiendesign wurden die zuletzt erteilten Diagnosen in die Berechnungen miteinbezogen. Bei Maßregelvollzugspatienten ist eine Änderung der Diagnose, die einen wesentlichen Teil der Rechtsgrundlage der Unterbringung darstellt, nur in äußerst selten Fällen anzunehmen. Anschließend erfolgte die Evaluation der Daten mittels logistischer Regressionsanalyse (95 %-Konfidenzintervall der Odds Ratio), Chi²-Test und Fisher Test (8).

3 Ergebnisse

3.1 Psychiatrisches Störungsprofil im länderübergreifenden Vergleich – Schizophrene Straftäter zwischen Maßregelvollzug und Justizvollzugspsychiatrie

Tabelle 1: Hauptdiagnose im Vergleich von Berlin und Baden-Württemberg (BW)

Diagnosen	Berlin		Baden-Württemberg		BW § 63 StGB
	N	%	N	%	%
Schizophrene Störungen	325	50,0	1146	34,6	66,2
Störungen durch psychotrope Substanzen	47	7,2	1576	47,6	1,6
Neurol., Belastungs- und somatische Störungen	169	26,0	14	0,4	0,1
Persönlichkeitsstörungen	37	5,7	280	8,5	17,2
Affektive Störung	50	7,7	68	2,1	2,3
Intelligenzstörung	4	0,6	101	3,0	6,0
Organische Störungen	12	1,8	82	2,5	4,7
Verhaltens und emotionale Störungen	5	0,8	21	0,6	0,8
Entwicklungsstörungen	0	0,0	13	0,4	0,8
andere	1	0,2	11	0,3	0,2

p ≤ 0,001

Veröffentlicht in: Neumann B, Ross T, Opitz-Welke A. Psychiatrisches Störungsprofil im länderübergreifenden Vergleich: Schizophrene Straftäter zwischen Maßregelvollzug und Justizvollzugspsychiatrie. *Recht & Psychiatrie* 2018; 36:3–14, S.6.

Tabelle 2a: Vergleich des Anteils von Schizophrenien, schizotypen und wahnhaften Störungen an den Hauptdiagnosen in Berlin und Baden-Württemberg (BW)

F20 – F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	Berlin		Baden-Württemberg	
	N	%	N	%
F20 Schizophrenie	291	89,5	948	82,7
F22 Anhaltende wahnhafte Störungen	8	2,5	52	4,5
F23 Akute vorübergehende psychotische Störungen	11	3,4	4	0,3
F25 Schizoaffective Störungen	13	4,0	131	11,4
F21, F24, F26, F27, F28, F29	2	0,6	11	1,0

p ≤ 0,001

Veröffentlicht in: Neumann B, Ross T, Opitz-Welke A. Psychiatrisches Störungsprofil im länderübergreifenden Vergleich: Schizophrene Straftäter zwischen Maßregelvollzug und Justizvollzugspsychiatrie. Recht & Psychiatrie 2018; 36:3–14, S.6.

Tabelle 2b: Vergleich der verschiedenen schizophrenen Störungen an den Hauptdiagnosen in Berlin und Baden-Württemberg

F20.0 – F20.9 Schizophrenie	Berlin		Baden-Württemberg	
	N	%	N	%
F20.0 Paranoide Schizophrenie	270	92,8	816	86,1
F20.1 Hebephrene Schizophrenie	10	3,4	31	3,3
F20.3 Undifferenzierte Schizophrenie	1	0,3	20	2,1
F20.5 Schizophrenes Residuum	3	1,0	60	6,3
Alle übrigen F20.X-Diagnosen	7	2,4	21	2,2

p ≤ 0,001

Veröffentlicht in: Neumann B, Ross T, Opitz-Welke A. Psychiatrisches Störungsprofil im länderübergreifenden Vergleich: Schizophrene Straftäter zwischen Maßregelvollzug und Justizvollzugspsychiatrie. Recht & Psychiatrie 2018; 36:3–14, S.6.

Tabelle 3: Hauptdiagnosen nach Haftstatus in Berlin

Hauptdiagnose	Strafhaft		Untersuchungshaft	
	N	%	N	%
Schizophrene Störungen	261	50,6	63	48,1
Störungen durch psychotrope Substanzen	40	7,8	7	5,3
Neurol., Belastungs- und somatische Störungen	130	25,2	38	29,0
Persönlichkeitsstörungen	31	6,0	6	4,6
Affektive Störung	37	7,2	13	9,9
Organische Störungen	10	1,9	2	1,5
andere	7	1,4	2	1,5

p = 0,801

Veröffentlicht in: Neumann B, Ross T, Opitz-Welke A. Psychiatrisches Störungsprofil im länderübergreifenden Vergleich: Schizophrene Straftäter zwischen Maßregelvollzug und Justizvollzugspsychiatrie. Recht & Psychiatrie 2018; 36:3–14, S.7.

Tabelle 4a: Vergleich der Staatsbürgerschaft in Berlin und Baden-Württemberg

Staatsbürgerschaft	Berlin		BW	
	N	%	N	%
Deutsch	387	59,0	2628	79,2
Nicht Deutsch	269	41,0	689	20,8

Exakter Fisher-Test $p \leq 0,001$

Veröffentlicht in: Neumann B, Ross T, Opitz-Welke A. Psychiatrisches Störungsprofil im länderübergreifenden Vergleich: Schizophrene Straftäter zwischen Maßregelvollzug und Justizvollzugspsychiatrie. Recht & Psychiatrie 2018; 36:3–14, S.7.

Tabelle 4b: Vergleich der Nationalität nicht deutscher Häftlinge Berlin
Baden-Württemberg

Berlin			Baden-Württemberg		
Nationalität	N	%	Nationalität	N	%
Polen	45	17,2	Türkei	231	33,8
Türkei	30	11,5	Italien	60	8,8
Libanon	27	10,3	Kroatien	32	4,7
Rumänien	12	4,6	Polen	26	3,8
Litauen	10	3,8	Griechenland	25	3,7
Serbien	10	3,8	Albanien	23	3,4
Russland	8	3,1	Bosnien	22	3,2

Veröffentlicht in: Neumann B, Ross T, Opitz-Welke A. Psychiatrisches Störungsprofil im länderübergreifenden Vergleich: Schizophrene Straftäter zwischen Maßregelvollzug und Justizvollzugspsychiatrie. Recht & Psychiatrie 2018; 36:3–14, S.7.

Tabelle 5: Staatsbürgerschaft in Bezug auf die Hauptdiagnosen in Berlin und Baden-Württemberg

Berlin [§]	Deutsch		Nicht Deutsch	
	N	%	N	%
Schizophrene Störungen	177	46,6	143	54,2
Störungen durch psychotrope Substanzen	32	8,4	15	5,7
Neurol., Belastungs- und somatische Störungen	97	25,5	71	26,9
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	29	7,6	8	3,0
Affektive Störungen	30	7,9	20	7,6
Organische Störungen	9	2,4	3	1,1
Andere Diagnosen	6	1,6	4	1,5
Baden-Württemberg [#]	N	%	N	%
Schizophrene Störungen	829	31,7	317	46,0
Störungen durch psychotrope Substanzen	1275	48,7	298	43,3
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	258	9,9	22	3,2
Intelligenzminderung	88	3,4	13	1,9
Affektive Störung	57	2,2	11	1,6
Organische Störungen	66	2,5	15	2,2
Andere Diagnosen	46	1,8	13	1,9

§: $p = 0,103$; #: $p \leq 0,001$

Veröffentlicht in: Neumann B, Ross T, Opitz-Welke A. Psychiatrisches Störungsprofil im länderübergreifenden Vergleich: Schizophrene Straftäter zwischen Maßregelvollzug und Justizvollzugspsychiatrie. Recht & Psychiatrie 2018; 36:3–14, S.8.

Tabelle 6a: Behandlungsdauer in Berlin und Baden-Württemberg (BW) im Vergleich in Tagen (d)

	Berlin	BW	BW § 63 StGB	BW § 64 StGB
Arithm. Mittelwert (d)	57,34	900,57	1863,02	620,48
Standardabweichung (d)	60,628	1100,305	1528,620	385,984
Minimum (d)	0	1	1	3
Maximum (d)	505	15215	15215	2431

Veröffentlicht in: Neumann B, Ross T, Opitz-Welke A. Psychiatrisches Störungsprofil im länderübergreifenden Vergleich: Schizophrene Straftäter zwischen Maßregelvollzug und Justizvollzugspsychiatrie. Recht & Psychiatrie 2018; 36:3–14, S.8.

Tabelle 6b: Behandlungsdauer in Berlin und (BW) bei einer F2-Hauptdiagnose in Tagen (d)

	Berlin	Baden-Württemberg
Arithm. Mittelwert (d)	63,54	1258,99
Standardabweichung (d)	59,644	1388,877
Minimum (d)	1	1
Maximum (d)	359	12264

Veröffentlicht in: Neumann B, Ross T, Opitz-Welke A. Psychiatrisches Störungsprofil im länderübergreifenden Vergleich: Schizophrene Straftäter zwischen Maßregelvollzug und Justizvollzugspsychiatrie. Recht & Psychiatrie 2018; 36:3–14, S.8.

Tabelle 7a: Berlin: Persönlichkeitsstörungen bei einer F2-Hauptdiagnose

Anzahl der Patienten mit min. einer diagnostizierten Persönlichkeitsstörung als Nebendiagnose bei einer F2-Hauptdiagnose, davon:	9
Dissoziale Persönlichkeitsstörung	4
Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung	2
Kombinierte u.a. Persönlichkeitsstörungen	1
Andere Persönlichkeitsstörungen	2

Veröffentlicht in: Neumann B, Ross T, Opitz-Welke A. Psychiatrisches Störungsprofil im länderübergreifenden Vergleich: Schizophrene Straftäter zwischen Maßregelvollzug und Justizvollzugspsychiatrie. Recht & Psychiatrie 2018; 36:3–14, S.9.

Tabelle 7b: Aufteilung der Persönlichkeitsstörungen im Vergleich von Berlin und Baden-Württemberg (BW)

	Berlin		Baden-Württemberg	
	N	%	N	%
Dissoziale Persönlichkeitsstörung	23	24,2	35	12,5
Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung	27	28,4	54	19,3
Paranoide Persönlichkeitsstörung	2	2,1	7	2,5
Histrionische Persönlichkeitsstörung	4	4,2	6	2,1
Andere spezifische Persönlichkeitsstörungen	16	16,8	23	8,2
Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen	15	15,8	105	37,5
Störungen der Sexualpräferenz	2	2,1	43	15,4
Andere	6	6,3	7	2,5
Gesamt	95		280	

$p \leq 0,001$

Veröffentlicht in: Neumann B, Ross T, Opitz-Welke A. Psychiatrisches Störungsprofil im länderübergreifenden Vergleich: Schizophrene Straftäter zwischen Maßregelvollzug und Justizvollzugspsychiatrie. Recht & Psychiatrie 2018; 36:3–14, S.9.

Tabelle 8a: Vergleich der Suchtauffälligkeit in Berlin und Baden-Württemberg (BW). Durch Mehrfachdiagnosen in Berlin ergeben einzelne Prozentwerte addiert > 100%.

	Berlin		Baden-Württemberg	
	N	%	N	%
Nein	266	40,2	748	25,5
Ja	396	59,8	2180	74,5
	Berlin		Baden-Württemberg	
	N	%	N	%
Missbrauchte Substanzen				
Alkohol	121	18,3	505	15,2
Opioide	24	3,6	358	10,8
Kokain	16	2,4	77	2,3
Cannabis	83	12,5	81	2,4
Andere	18	2,7	33	1,0
Polyvalent	232	35,0	255	7,7
Keine/unbekannt	266	40,2	2012	60,6

p ≤ 0,001

Veröffentlicht in: Neumann B, Ross T, Opitz-Welke A. Psychiatrisches Störungsprofil im länderübergreifenden Vergleich: Schizophrene Straftäter zwischen Maßregelvollzug und Justizvollzugspsychiatrie. Recht & Psychiatrie 2018; 36:3–14, S.10.

Tabelle 8b: Suchtauffälligkeit und missbrauchte Substanzen nach Hauptdiagnose in Berlin und Baden-Württemberg

Berlin: Suchtauffälligkeit [§]	Suchtauffällig		Nicht suchtauffällig			
	N	%	N	%		
Schizophrene Störungen	207	63,7	118	36,3		
Affektive Störungen	26	52,0	24	48,0		
Neurol. und Belastungsstörungen	91	53,8	78	46,2		
Persönlichkeitsstörungen	18	48,6	19	51,4		
Andere	9	42,9	12	57,1		
Berlin: Substanzart [§]	Alkohol		Andere Substanzen		Keine Substanz	
	N	%	N	%	N	%
Störungen durch psych. Substanzen	7	14,9	34	72,3	6	12,8
Schizophrene Störungen	29	8,9	178	54,8	118	36,3
Affektive Störungen	8	16,0	18	36,0	24	48,0
Neurol. und Belastungsstörungen	16	9,5	75	44,4	78	46,2
Persönlichkeitsstörungen	1	2,7	17	45,9	19	51,4
Andere	4	19,0	5	23,8	12	57,1
BW: Suchtauffälligkeit [§]	Suchtauffällig		Nicht suchtauffällig			
	N	%	N	%		
Organische Störungen	22	31,9	47	68,1		
Schizophrene Störungen	598	59,1	413	40,9		
Affektive Störungen	26	41,9	36	58,1		
Persönlichkeitsstörungen	128	53,3	112	46,7		
Intelligenzminderung	21	23,1	70	76,9		
Andere	15	34,1	29	65,9		

§: p = 0,049; §: p ≤ 0,001; %: p ≤ 0,001

Veröffentlicht in: Neumann B, Ross T, Opitz-Welke A. Psychiatrisches Störungsprofil im länderübergreifenden Vergleich: Schizophrene Straftäter zwischen Maßregelvollzug und Justizvollzugspsychiatrie. Recht & Psychiatrie 2018; 36:3–14, S.11.

Tabelle 8c: Suchtauffälligkeit bei Persönlichkeitsstörungen in Berlin und Baden-Württemberg

Berlin	Suchtauffällig		Nicht suchtauffällig	
	N	%	N	%
Dissoziale Persönlichkeitsstörung	19	82,6	4	17,4
Emotional instabile Persönlichkeitsstörung	14	51,9	13	48,1
Andere spezif. Persönlichkeitsstörungen	6	27,3	16	72,7
Kombinierte u. a. Persönlichkeitsstörungen	10	66,7	5	33,3
Andere	2	25,0	6	75,0
Baden-Württemberg	Suchtauffällig		Nicht suchtauffällig	
	N	%	N	%
Dissoziale Persönlichkeitsstörung	19	63,3	11	36,7
Emotional instabile Persönlichkeitsstörung	36	78,3	10	21,7
Andere spezif. Persönlichkeitsstörungen	13	48,1	14	51,9
Kombinierte u.a. Persönlichkeitsstörungen	50	54,9	41	45,1
Störungen der Sexualpräferenz	7	17,9	32	82,1
Andere	3	42,9	4	57,1

Berlin und Baden-Württemberg jeweils $p \leq 0,001$

Veröffentlicht in: Neumann B, Ross T, Opitz-Welke A. Psychiatrisches Störungsprofil im länderübergreifenden Vergleich: Schizophrene Straftäter zwischen Maßregelvollzug und Justizvollzugspsychiatrie. *Recht & Psychiatrie* 2018; 36:3–14, S.11.

Tabelle 1 bietet einen Überblick über die Hauptdiagnosen der Patienten aus Justizvollzugspsychiatrie und Maßregelvollzug. Während die F1-Diagnosen mit 47,6 % im gesamten Maßregelvollzug den größten Prozentsatz darstellten, waren es bei nach § 63 StGB untergebrachten Patienten die psychotischen Störungen mit 66,2 %. In der Justizvollzugspsychiatrie betrug der Anteil an psychotischen Störungen 50,0 % und betraf somit die Hälfte aller Patienten. Neurotische und Belastungsstörungen wurden bei 26,0 % der Patienten aus der Justizvollzugspsychiatrie aber nur bei 0,4 % der Patienten des Maßregelvollzugs diagnostiziert. Dahingegen zeigte sich bei Patienten des Maßregelvollzugs mit 8,5 % (im Vergleich zu 5,7 % in der Justizvollzugspsychiatrie) häufiger eine Diagnose aus der Gruppe der Persönlichkeitsstörungen (bei nach § 63 StGB untergebrachten Patienten des Maßregelvollzugs waren es 17,2 %). Die Tabellen 2 a und 2 b zeigen die weitere Klassifikation der F2-Hauptdiagnosen. Demnach entfiel mit 89,5 % in der Justizvollzugspsychiatrie und mit 82,7 % im Maßregelvollzug der weitaus größte Anteil auf eine Schizophrenie. Von diesen Patienten litten wiederum die meisten Patienten sowohl in der Justizvollzugspsychiatrie (92,8 %) als auch im Maßregelvollzug (86,1 %) an einer paranoiden Schizophrenie. Akute psychotische Störungen traten weitaus häufiger in der Justizvollzugspsychiatrie auf während Patienten mit schizoaffektiven oder anhaltenden psychotischen Störungen eher im Maßregelvollzug anzutreffen waren. Gemäß Tabelle 3 ergab sich bei der Unterteilung nach Straf- und Untersuchungsgefangenen der Justizvollzugspsychiatrie im Hinblick auf die Prävalenz von

psychotischen Störungen kein signifikanter Unterschied. Tabelle 4 zeigt die Anteile der Patienten mit deutscher Staatsbürgerschaft, welcher im Maßregelvollzug 20,8 % und in der Justizvollzugspsychiatrie 41,0 % betrug. Tabelle 5 beschreibt einen Vergleich der Staatsbürgerschaft der Patienten bezüglich der Verteilung der psychiatrischen Hauptdiagnose. Ausländische Patienten wiesen im Maßregelvollzug mit 46,0 % häufiger eine psychotische Störung und mit 3,2 % seltener eine Persönlichkeitsstörung als deutsche Patienten auf. Bei Patienten der Justizvollzugspsychiatrie erwies sich die Aufteilung der Diagnosen nach Staatsbürgerschaft nicht als signifikant. Tabelle 6a und Tabelle 6b zeigen die durchschnittliche Behandlungsdauer eines Patienten des Maßregelvollzugs mit 900,57 Tagen (1258,99 Tage bei F2-Hauptdiagnose) und eines Patienten der Justizvollzugspsychiatrie mit 57,34 Tagen (63,54 Tage bei F2-Hauptdiagnose). Tabelle 7 stellt eine Übersicht über die Aufteilung der Persönlichkeitsstörungen bei Patienten mit einer F2-Hauptdiagnose aus der Justizvollzugspsychiatrie dar. Bei vier der neun erfassten Fälle lag eine dissoziale Persönlichkeitsstörung vor. Die weitere Klassifikation der Persönlichkeitsstörungen gibt Tabelle 7b wieder. Demnach wurden Maßregelvollzugspatienten überwiegend mit kombinierten (37,5 %) und emotional-instabilen Persönlichkeitsstörungen (19,3 %) sowie Störungen der Sexualpräferenz (15,4 %) diagnostiziert, während in der Justizvollzugspsychiatrie überwiegend die emotional-instabilen (28,4 %) und die dissozialen Persönlichkeitsstörungen (24,2%) auftraten. Bezugnehmend auf Tabelle 8a zeigten 59,8 % der Patienten der Justizvollzugspsychiatrie und 74,5 % aller Patienten des Maßregelvollzugs suchtauffälliges Verhalten. Gemäß Tabelle 8b entfiel sowohl in der Justizvollzugspsychiatrie (63,7 %) als auch im Maßregelvollzug (59,1 %) der größte Anteil an Substanzmissbrauch auf psychotische Patienten. Tabelle 8c bietet einen Überblick über Patienten mit suchtauffälligem Verhalten und Persönlichkeitsstörungen. Im Maßregelvollzug zeigte sich bei 78,3 % Patienten mit emotional-instabiler und bei 63,3 % Patienten mit dissozialer Persönlichkeitsstörung eine Substanzproblematik. Bei Patienten der Justizvollzugspsychiatrie zeigten häufig Patienten mit dissozialer Persönlichkeitsstörung (82,6 %) und Patienten mit kombinierten und anderen Persönlichkeitsstörungen (66,7 %) suchtauffälliges Verhalten (1).

3.2 Violent Behavior During Psychiatric Inpatient Treatment in a German Prison Hospital

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

Veröffentlicht in: 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. *Front. Psychiatry* 2019; 10:762, S.3.

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

Veröffentlicht in: 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. *Front. Psychiatry* 2019; 10:762, S.4.

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.

Veröffentlicht in: 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. *Front. Psychiatry* 2019; 10:762, S.5.

Tabelle 1 bietet einen Überblick über die Anteile der Patienten, die sich gewalttätig zeigten, sowie die Anteile der an Schizophrenie erkrankten Patienten an allen Aufnahmen in der psychiatrischen Abteilung des Berliner Justizvollzugskrankenhauses pro Jahr. Während den Schwankungen des Anteils an Patienten mit gewalttätigem Verhalten über die Jahre keine statistische Signifikanz zugrunde lag, stieg der Anteil der mit einer Schizophrenie diagnostizierten Patienten signifikant an ($p = 0,0348$). Wie in Tabelle 2 ersichtlich, zeigte sich im Rahmen der univariaten Analyse für Alter, Vorstrafen, Nationalität, Inanspruchnahme eines Dolmetschers, Elternschaft und Diagnose einer psychischen Störung (Schizophrenie, Substanzkonsumstörung und Anpassungsstörung) ein signifikanter Zusammenhang zu gewalttätigem Verhalten. Die Ergebnisse der endgültigen logistischen Regressionsanalyse wurden in Tabelle 3 zusammengefasst. Demnach litten Patienten, die gewalttätiges Verhalten zeigten, häufiger an einer Schizophrenie. Sie besaßen zudem seltener die deutsche Staatsbürgerschaft, machten seltener Gebrauch eines Dolmetschers, waren seltener Eltern und wiesen seltener Vorstrafen auf (26).

3.3 Foreign National Patients in German Prison Psychiatry

TABLE 1 | Citizenship of patients in high security hospitals and prison hospital psychiatry.

	Prison hospital psychiatry		High security hospitals		P (Fisher's exact test)
	n = 567		n = 1,883		< 0.001
German	329	(58.0%)	1,449	(77.0%)	
Non-German	238	(42.0%)	434	(23.0%)	

Veröffentlicht in: Neumann B, Ross T, Opitz-Welke A. Foreign National Patients in German Prison Psychiatry. *Front. Psychiatry* 2020; 10:988, S.4.

TABLE 2A | Main Diagnoses in prison hospital psychiatry patients.

	German n = 323 ¹		Non-German n = 233 ¹		P (χ^2 -test)
Substance abuse disorders	20	(6.19%)	11	(4.72%)	0.094
Schizophrenia and psychotic disorders	150	(46.4%)	127	(54.5%)	
Affective mood disorders	27	(8.36%)	20	(8.58%)	
Neurotic, stress-related disorders	87	(26.9%)	63	(27.0%)	
Personality disorders	24	(7.43%)	7	(3.00%)	
Other	15	(4.64%)	5	(2.15%)	

¹ Eleven patients with missing diagnoses were excluded from analyses.

Veröffentlicht in: Neumann B, Ross T, Opitz-Welke A. Foreign National Patients in German Prison Psychiatry. Front. Psychiatry 2020; 10:988, S.4.

TABLE 2B | Odds ratios (95% CI) for diagnoses in foreign national patients compared with German patients in prison hospital psychiatry.

Variable	Unadjusted	Adjusted ¹	P (Wald test)
Diagnosis, ref. = F1			
Psychotic disorders	1.46 (0.67,3.18)	1.51 (0.67,3.38)	0.316
Mood affective disorders	1.28 (0.5,3.28)	1.22 (0.45,3.26)	0.699
Neurotic/stress-related disorders	1.25 (0.56,2.81)	1.01 (0.43,2.36)	0.981
Personality disorders	0.5 (0.16,1.55)	0.46 (0.15,1.49)	0.197
Other	0.58 (0.16,2.02)	0.57 (0.16,2.11)	0.404

¹ Adjusted for age, marital status and substance abuse.

Veröffentlicht in: Neumann B, Ross T, Opitz-Welke A. Foreign National Patients in German Prison Psychiatry. Front. Psychiatry 2020; 10:988, S.4.

TABLE 3A | Main Diagnoses in high security hospital patients.

	German n = 1,445 ¹		Non-German n = 431 ¹		P (χ^2 -test)
Substance abuse disorders	872	(60.3%)	230	(53.4%)	< 0.001
Schizophrenia and psychotic disorders	370	(25.6%)	168	(39.0%)	
Affective mood disorders	29	(2.01%)	8	(1.86%)	
Neurotic, stress-related disorders	2	(0.14%)	5	(1.16%)	
Personality disorders	85	(5.88%)	7	(1.62%)	
Other	87	(6.02%)	13	(3.02%)	

¹ Seven patients with missing diagnoses were excluded from analyses.

Veröffentlicht in: Neumann B, Ross T, Opitz-Welke A. Foreign National Patients in German Prison Psychiatry. Front. Psychiatry 2020; 10:988, S.5.

TABLE 3B | Odds ratios (95% CI) for diagnoses in foreign national patients compared with German patients in high security hospitals.

Variable	Unadjusted	Adjusted ¹	P (Wald's test)	P (LR-test)
Diagnosis, ref. = F1				< 0.001
Psychotic disorders	1.74 (1.37,2.19)	2.06 (1.58,2.7)	< 0.001	
Mood affective disorders	1.06 (0.48,2.34)	1.02 (0.45,2.34)	0.956	
Neurotic/stress-related disorders	9.56 (1.84,49.6)	6.06 (1.11,33.07)	0.038	
Personality disorders	0.31 (0.14,0.69)	0.33 (0.15,0.73)	0.006	
Other	0.58 (0.32,1.05)	0.66 (0.35,1.27)	0.216	

¹ Adjusted for age, marital status, and substance abuse.

Veröffentlicht in: Neumann B, Ross T, Opitz-Welke A. Foreign National Patients in German Prison Psychiatry. Front. Psychiatry 2020; 10:988, S.5.

TABLE 4 | Odds ratios (95% CI) for treatment in high security hospitals in foreign national patients compared with German patients.

Variable	Unadjusted	Adjusted ¹	P (Wald's test)	P (LR-test)
All diagnoses	0.41 (0.34,0.5)	0.5 (0.39,0.65)	< 0.001	< 0.001
Psychotic disorders	0.54 (0.4,0.72)	0.57 (0.41,0.77)	< 0.001	< 0.001
Mood affective disorders	0.37 (0.14,0.99)	0.18 (0.05,0.63)	0.008	0.003
Personality disorders	0.28 (0.09,0.88)	0.29 (0.09,0.94)	0.038	0.041

¹ Adjusted for age, marital status, and substance abuse.

Veröffentlicht in: Neumann B, Ross T, Opitz-Welke A. Foreign National Patients in German Prison Psychiatry. Front. Psychiatry 2020; 10:988, S.5.

TABLE 5A | Self-harm in foreign national and German patients in prison hospital psychiatry.

	German patients	Foreign national patients	P (Fisher's exact test)
No self-harm	318 (96.7%)	216 (90.8%)	0.005
Self-harm	11 (3.34%)	22 (9.24%)	

Veröffentlicht in: Neumann B, Ross T, Opitz-Welke A. Foreign National Patients in German Prison Psychiatry. Front. Psychiatry 2020; 10:988, S.5.

TABLE 5B | Self-harm in foreign national and German patients in high security hospitals.

	German patients	Foreign national patients	P (Fisher's exact test)
No self-harm	1,398 (96.5%)	425 (97.9%)	0.177
Self-harm	51 (3.52%)	9 (2.07%)	

Veröffentlicht in: Neumann B, Ross T, Opitz-Welke A. Foreign National Patients in German Prison Psychiatry. Front. Psychiatry 2020; 10:988, S.5.

Tabelle 1 verdeutlicht den signifikanten Unterschied zwischen dem Anteil der Patienten ohne deutsche Staatsbürgerschaft in Maßregelvollzug (23,0 %) und Justizvollzugspsychiatrie (42,0 %). Die Verteilung der Diagnosen in Abhängigkeit von der Nationalität bei Patienten der Justizvollzugspsychiatrie zeigt sich in Tabelle 2A. Der jeweils größte Anteil entfiel dabei auf psychotische Störungen mit 46,4 % der deutschen und 56,5 % der ausländischen Patienten. Dementsprechend wird in Tabelle 2B die Wahrscheinlichkeit für ausländische Patienten aufgeführt, die jeweiligen Diagnosen erhalten zu haben. Unter Berücksichtigung des Alters bei Aufnahme, des Familienstandes und des Substanzmissbrauchs ergab sich kein signifikanter

Unterschied. Analog dazu bezieht sich Tabelle 3A auf die Verteilung der Hauptdiagnose bei ausländischen Patienten und deutschen Patienten des Maßregelvollzugs. Während bei 25,6 % der deutschen Patienten eine psychotische Störung diagnostiziert wurde, war dies bei 39,0% der ausländischen Patienten der Fall. Die Wahrscheinlichkeiten für die einzelnen Diagnosen (unabhängig von Alter bei Aufnahme, Familienstand und Substanzmissbrauch) werden in Tabelle 3B aufgeführt. Demnach wurden bei ausländischen Patienten häufiger psychotische Störungen (OR = 2,06) sowie Belastungsstörungen (OR = 6,06) und seltener Persönlichkeitsstörungen (OR = 0,33) diagnostiziert. Nach Tabelle 4 war es für ausländische Patienten unabhängig von der Diagnose, Alter und Familienstand bei der Aufnahme sowie Substanzmissbrauch halb so wahrscheinlich, im Maßregelvollzug behandelt worden zu sein wie in der Justizvollzugspsychiatrie (bei psychotischen Störungen OR = 0,57, bei affektiven Störungen OR = 0,18, bei Persönlichkeitsstörungen OR = 0,29). Die Tabellen 5A und 5B zeigen jeweils den Anteil der Patienten mit selbstverletzenden Verhaltensweisen aus Justizvollzugspsychiatrie und Maßregelvollzug. Gemäß den Daten zeigten ausländische Patienten in der Justizvollzugspsychiatrie häufiger selbstverletzendes Verhalten als deutsche Patienten (9,24 % vs. 3,34 %) (8).

4 Diskussion

Schizotype und wahnhaftige Störungen und Schizophrenien stellten in beiden Einrichtungen sowohl die relative als auch die absolute Mehrheit aller Hauptdiagnosen (Entziehungsanstalten ausgenommen) (1). Gemäß den entsprechenden Subklassifikationen entfiel der Großteil dieser Diagnosegruppe auf die paranoide Schizophrenie (1). Dies deckt sich mit den bisherigen Erkenntnissen über die gestiegene Prävalenzrate psychotischer Störungen in der forensischen Psychiatrie (1, 3, 27, 70).

Angesichts dessen, dass dieser Sachverhalt einem generell erhöhten Konsum psychoaktiver Substanzen in der Allgemeinbevölkerung angelastet wird, scheint es wenig verwunderlich, dass Patienten mit psychotischen Störungen jeweils die höchste Rate an komorbidem Substanzmissbrauch aufwiesen (1, 29, 71, 72). Erwähnenswert ist hingegen, dass sich der Anteil sowohl im Maßregelvollzug als auch in der Justizvollzugspsychiatrie auf ca. 60 % belief, wengleich eine direkte Gegenüberstellung nur unter entsprechender Kenntnisnahme der abweichenden anstaltsinternen Datenerfassung erfolgen sollte (1). Bisherige Studien zu Suchterkrankungen von schizophrenen Patienten verzeichnen zwar einen noch höheren Substanzkonsum, bestätigen jedoch eine vergleichbar hohe Prävalenz in Maßregelvollzug und

Justizvollzugspsychiatrie (1, 27, 61).

Die Komorbidität von psychotischen Störungen, Substanzmissbrauch und dissozialen Persönlichkeitsstörungen – wobei Letztere bereits per definitionem mit einer hohen Delinquenz- und Gewaltbereitschaft einhergehen (1, 31) – ist nicht zuletzt deshalb von eminentem forensisch-psychiatrischem Interesse, da sie vermehrt in aggressionsgetriebenen Gewaltdelikten resultiert (1, 27–29, 71, 73). Die geringe Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen in der Berliner Justizvollzugspsychiatrie lässt angesichts bisheriger Erkenntnisse eine falsch niedrige Verschlüsselung dieser Diagnosen vermuten (1, 3, 61, 74). So verzeichneten die Autoren Frädrich und Pfäfflin (75) in einer ihrer Studien bei 50 % der untersuchten Strafgefangenen eine Persönlichkeitsstörung, davon entfielen 39 % auf die antisoziale Persönlichkeitsstörung. Des Weiteren waren die Nebendiagnosen der Maßregelvollzugspatienten nicht einsehbar, was den Vergleich weiter erschwert (1). Gemäß einer Studie von Kutscher et al. (27) zu Maßregelvollzugseinrichtungen in Nordrhein-Westfalen konnte jedoch bei 17,2 % der schizophrenen Patienten eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert werden, was die Relevanz dieser Komorbidität verdeutlicht. Es sei zu vermerken, dass der größte Anteil der diagnostizierten Persönlichkeitsstörungen sowohl bei schizophrenen Patienten des Maßregelvollzugs in Nordrhein-Westfalen als auch bei psychotischen Patienten der Justizvollzugspsychiatrie Berlin auf die dissoziale Persönlichkeitsstörung entfiel – wenngleich die Reliabilität dieser Ergebnisse in Anbetracht der geringen Fallzahlen zusätzlicher Verifizierung bedarf (1). Indessen verwiesen Hodgins et al. (1, 29, 30) mit Nachdruck auf die aus der Wirksamkeit heraus erwachsenden Unverzichtbarkeit eines spezifischen Therapieangebots für schizophrene Patienten mit antisozialen Verhaltensstörungen, während Schalast in einer seiner Hochschulschriften betonte, dass auch persönlichkeitsgestörte Straftäter von einer Unterbringung im Maßregelvollzug profitieren können (1, 13, 76).

Entsprechend zahlreicher Forschungsarbeiten, die eine höhere Rate an psychotischen Störungen bei Ausländern, Immigranten und ethnischen Minderheiten registrierten (8, 41–43, 59, 77), war der Anteil dieser Diagnosegruppe an den Hauptdiagnosen ausländischer Patienten im Maßregelvollzug mit 39 % im Vergleich zu deutschen Patienten mit 25,6 % signifikant erhöht (8). In der Justizvollzugspsychiatrie ließ sich zwar ein höherer Anteil an psychotischen Störungen unter ausländischen Patienten verzeichnen, dieses Ergebnis erwies sich jedoch nicht als signifikant (8). Ein mögliches Erklärungsmodell basiert auf den Erkenntnissen einer Studie aus Iowa, USA, deren Autoren einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Haftdauer und dem Zeitpunkt der Verschlüsselung von Diagnosen beschrieben. Infolge der eindrucklichen

Symptomatik wurden Psychosen folglich früher erkannt als andere psychiatrische Störungen (8, 66). Die bei Ausländern durch sprachliche und kulturelle Barrieren bedingte und somit ohnehin erschwerte psychiatrische Begutachtung berücksichtigend (8, 20), erscheint es demnach vordergründig plausibel, dass auch im Maßregelvollzug eine Überrepräsentation ausländischer psychotischer Patienten verzeichnet wurde.

Gegenüber der Justizvollzugspsychiatrie und der allgemeinen Gefängnispopulation waren Ausländer im Maßregelvollzug hingegen deutlich unterrepräsentiert. Unabhängig vom Alter bei der Aufnahme, Substanzmissbrauch und Familienstatus war es für einen psychisch kranken ausländischen Straftäter nur halb so wahrscheinlich im Maßregelvollzug behandelt zu werden wie in der Justizvollzugspsychiatrie (8).

Eingedenk der Tatsache, dass die Schwere der Straftat maßgeblich die Anregung einer forensisch-psychiatrischen Begutachtung bedingt (3, 6, 8, 33) und eine derartige Gegenüberstellung von Justizvollzugspsychiatrie und Maßregelvollzug in Ermangelung der Verfügbarkeit der Daten nicht erfolgte (1), sei erwähnt, dass Straftäter ohne deutsche Staatsbürgerschaft gemäß einer Veröffentlichung von Hoffmann aus dem Jahr 2006 (8, 41) nicht nur überproportional häufig Straftaten gegen das Ausländer- und Asylverfahrensgesetz begingen, sondern auch schwerwiegende Gewaltdelikte verübten. Nach einer aktuellen Studie von Querengässer und Traub aus dem Jahr 2019 (52) sind ausländische Straftäter in den Deliktkategorien Raub, Totschlag und Sexualverbrechen weiterhin überrepräsentiert. Derweil wird die vermeintlich hohe Rate an psychotischen Störungen bei Ausländern, Immigranten und ethnischen Minderheiten oft kritisch hinterfragt (8, 41–43, 59, 67, 78, 79). Studien zur Anwendung von kulturadaptierten Diagnosetools lassen vermuten, dass andere psychische Störungen oft verkannt und fälschlicherweise als Psychose eingestuft werden (8, 67, 79). Unzureichende Erfahrung und Voreingenommenheit seitens der Ärzte und Therapeuten (8, 36, 42, 59, 64, 80–83) führt zu Fehleinschätzungen der Patienten, deren Chance auf adäquate therapeutische Fürsorge jedoch an eine entsprechende Diagnose geknüpft ist (1, 3, 6–8, 33, 42, 43, 59).

Im Hinblick darauf, dass eine falsche oder unzureichende Behandlung zur Exazerbation des Krankheitsbildes führen kann, sollte zur Kenntnis genommen werden, dass ausländische Patienten, die in der Justizvollzugspsychiatrie behandelt wurden, signifikant häufiger selbstverletzendes Verhalten zeigten als deutsche Patienten, während dies bei Maßregelvollzugspatienten nicht der Fall war (8). Ferner zeigten psychotische Patienten ohne deutsche Staatsbürgerschaft eine höhere Gewaltbereitschaft im Strafvollzug (26). Der im

Vergleich zur gewaltfreien Kontrollgruppe seltenere Einsatz eines Dolmetschers war ebenfalls signifikant mit gewalttätigem Verhalten assoziiert (26).

Schlussfolgerung

Schizophrene Patienten werden innerhalb des deutschen Rechtssystems nicht zwangsläufig entsprechend ihres Bedarfs behandelt, welchem der Behandlungsdauer nach zu urteilen nur in unterschiedlichem Umfang begegnet werden *kann* (1).

Die deutliche Überrepräsentation von Ausländern in der Justizvollzugspsychiatrie lässt vermuten, dass diese Patienten im Rechtssystem erneut bereits bekannten Kalamitäten ausgesetzt sind und einer zweiten Forensifizierung unterlaufen (8). In den letzten Jahren konnte zwar eine stellenweise Annäherung des Ausländeranteils, respektive des Anteils von Patienten mit Migrationshintergrund, im Maßregelvollzug an den Strafvollzug verzeichnet werden, die Inkohärenz zwischen den Bundesländern bezüglich der Neuansordnungen von Unterbringungen impliziert jedoch bereits weiteren Reformbedarf (52, 62).

Die Defizite in der Versorgungssituation ausländischer Patienten tragen als Katalysator sozialer Ausgrenzung zu einer gesellschaftsrelevanten Thematik bei, deren Tragweite in Zeiten verstärkter Zuwanderung zunehmend an Signifikanz gewinnt (1, 8, 20, 32, 84–87).

Die vorliegende Arbeit bekräftigt mit diesen Erkenntnissen einer bisher beispiellosen Gegenüberstellung zweier großer Datenbanken aus acht Maßregelvollzugseinrichtungen und einer Justizvollzugspsychiatrie das vielfach formulierte Postulat nach mehr Durchlässigkeit zwischen Strafvollzug und Maßregelvollzug (1, 10). Der Vergleich von Maßregelvollzug und Justizvollzugspsychiatrie erfolgte jedoch zugunsten der Analyse einer größtmöglichen Datenmenge bundeslandübergreifend und kann daher durch länderspezifische Regularien in Berlin und Baden-Württemberg beeinflusst sein. Des Weiteren wird die Aussagekraft dieser Arbeit durch die retrospektive Auswertung der Patientendaten dahingehend erschwert, dass der Straftatbestand und Umstände des Strafverfahrens in dieser Arbeit nicht berücksichtigt werden konnten. Die Erhebung der Daten unterliegt zudem datenbankinternen Strukturen und ist somit nicht einheitlich geregelt (z.B. bei der Erfassung von Substanzkonsum oder von Nebendiagnosen). Die unterschiedlichen Behandlungsbedingungen (Behandlungsdauer, intermittierende Behandlung vs. konsistentes Monitoring) erschweren den Vergleich bestimmter Messgrößen (z.B. von Verhaltensauffälligkeiten).

Künftige Forschungsarbeiten sollten sich eingehender mit der (forensisch-)psychiatrischen Versorgungssituation ausländischer Patienten befassen. Es sollte weiter geprüft werden,

inwieweit die derzeitige psychosoziale Betreuung psychisch kranker Straftäter ihrem Behandlungsbedarf gerecht wird und welcher alternativen Strukturen es gegebenenfalls bedarf.

5 Literaturverzeichnis

1. Neumann B, Ross T, Opitz-Welke A. Psychiatrisches Störungsprofil im länderübergreifenden Vergleich: Schizophrene Straftäter zwischen Maßregelvollzug und Justizvollzugspsychiatrie. *Recht & Psychiatrie* 2018; 36:3–14.
2. Müller-Isberner R, Eucker S. Unterbringung im Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB. In: Foerster, Dreßing (Ed.) 2009 - *Psychiatrische Begutachtung*. S. 411–68.
3. Konrad N. Psychiatrische Probleme im Justizvollzug. In: Foerster K, Dreßing H, Hrsg. *Psychiatrische Begutachtung - Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen*. 5., neu bearb. und erw. Aufl. München: Elsevier Urban & Fischer; 2009. S. 395–409.
4. Heinz W. Wachstumsbranche Forensische Psychiatrie. Entwicklungen des Maßregelvollzugs (§ 63 StGB). In: Pollähne H, Lange-Joest C, Hrsg. *Forensische Psychiatrie - selbst ein Behandlungsfall?* Schriftenreihe des Instituts für Konfliktforschung, Band 37. Berlin, Münster: LIT; 2015. S. 33–77.
5. Nedopil N, Müller JL. Behandlung psychisch gestörter Rechtsbrecher. In: Nedopil N, Müller JL, Hrsg. *Forensische Psychiatrie: Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht*. 5., überarbeitete Auflage. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag; 2017. S. 366–91.
6. Konrad N, Lau S. Dealing with the mentally ill in the criminal justice system in Germany. *Int J Law Psychiatry* 2010; 33(4):236–40. doi: 10.1016/j.ijlp.2010.06.005.
7. Schmitt C, Rettenberger M. Wie (treff-)sicher ist die Einweisung in den Maßregelvollzug? - Forensisch, methodische und kriminalpolitische Aspekte. *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie* 2015; 22:149–69.
8. Neumann B, Ross T, Opitz-Welke A. Foreign National Patients in German Prison Psychiatry. *Front. Psychiatry* 2020; 10:988. doi: 10.3389/fpsyt.2019.00988.
9. Schöch H. Schlussbemerkung. In: Hillenkamp T, Tag B, Hrsg. *Intramurale Medizin - Gesundheitsfürsorge zwischen Heilauftrag und Strafvollzug: Veröffentlichungen des Instituts für deutsches, europäisches und internationales Medizinrecht, Gesundheitsrecht und Bioethik der Universitäten Heidelberg und Mannheim*, Band 24. Berlin, Heidelberg: Springer; 2005. S. 273–7.
10. Konrad N. Psychiatrie im Strafvollzug als Alternative? Zur Versorgung psychisch kranker Straftäter. In: Pollähne H, Lange-Joest C, Hrsg. *Forensische Psychiatrie - selbst ein Behandlungsfall?* Schriftenreihe des Instituts für Konfliktforschung, Band 37. Berlin, Münster: LIT; 2015. S. 105–23.
11. Bosinski HAG, Budde M, Frommel M, Köhnken G. Zur Häufigkeit der Schuldfähigkeitsbegutachtung von Sexualstraftätern im Erkenntnisverfahren. *Forensische Psychiatrie Psychologie Kriminologie* 2010; (4):202–10.

12. Foerster K. Psychisch Kranke im Strafvollzug. In: Hillenkamp T, Tag B, Hrsg. Intramurale Medizin - Gesundheitsfürsorge zwischen Heil Auftrag und Strafvollzug: Veröffentlichungen des Instituts für deutsches, europäisches und internationales Medizinrecht, Gesundheitsrecht und Bioethik der Universitäten Heidelberg und Mannheim, Band 24. Berlin, Heidelberg: Springer; 2005.
13. Schalast N. Patienten des Maßregelvollzugs gemäß § 63 StGB mit geringen Entlassungsaussichten. Projektbericht: Institut für Forensische Psychiatrie der Universität Duisburg-Essen; 2003 [Stand: 05.09.2020]. Verfügbar unter: <https://www.uni-due.de/imperia/md/content/rke-forensik/projekte/projektberichtgeringeentlassungsaussichten2003.pdf>.
14. Schöch H. Psychisch kranke Gefangene im Strafvollzug. Werkstattsschriften Forensische Psychiatrie und Psychotherapie 2008; (15):5–18.
15. Konrad N. Schlechtachten trotz Einhaltung der "Mindestanforderungen an Prognosegutachten". Recht & Psychiatrie; 28:30–2.
16. Konrad N, Huchzermeier C, Rasch W. Forensisch-psychiatrische Begutachtung im Strafrecht. In: Konrad N, Huchzermeier C, Rasch W, Hrsg. Forensische Psychiatrie und Psychotherapie: Rechtsgrundlagen, Begutachtung und Praxis. 5., vollst. überarb. und erw. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer Verlag; 2019. S. 342–440.
17. Nedopil N, Müller JL. Gutachtenerstellung. In: Nedopil N, Müller JL, Hrsg. Forensische Psychiatrie: Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht. 5., überarbeitete Auflage. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag; 2017. S. 407–26.
18. Nedopil N, Müller JL. Schizophrene, schizotype und wahnhaftige Störungen. In: Nedopil N, Müller JL, Hrsg. Forensische Psychiatrie: Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht. 5., überarbeitete Auflage. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag; 2017. S. 173–88.
19. Konrad N, Huchzermeier C, Rasch W. Forensisch-Psychiatrische Therapie. In: Konrad N, Huchzermeier C, Rasch W, Hrsg. Forensische Psychiatrie und Psychotherapie: Rechtsgrundlagen, Begutachtung und Praxis. 5., vollst. überarb. und erw. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer Verlag; 2019. S. 464–96.
20. Hausotter W, Schouler-Ocak M. Spezielle Probleme bei der Begutachtung. In: Hausotter W, Schouler-Ocak M, Hrsg. Begutachtung bei Menschen mit Migrationshintergrund. 2. Aufl. München: Elsevier Urban & Fischer; 2013. S. 97–133.
21. Priebe S, Sandhu S, Dias S, Gaddini A, Greacen T, Ioannidis E, Kluge U, Krasnik A, Lamkaddem M, Lorant V, Riera RP, Sarvary A, Soares JFF, Stankunas M, Strassmayr C, Wahlbeck K, Welbel M, Bogic M. Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. BMC Public Health 2011; 11:187. doi: 10.1186/1471-2458-11-187.
22. Knecht U. Verteidigung gegen den Maßregelvollzug? § 63 StGB zwischen 'Zwangstherapie' und 'Rechtswohltat'. In: Pollähne H, Lange-Joest C, Hrsg. Forensische Psychiatrie - selbst ein Behandlungsfall? Schriftenreihe des Instituts für Konfliktforschung, Band 37. Berlin, Münster: LIT; 2015. S. 151–62.

23. Schmidt-Quernheim F. Kommunizierende Röhren - Vom schwierigen Verhältnis von Sozialpsychiatrie und Massregelvollzug: Beobachtungen aus der Sicht einer forensischen Ambulanz. *Psychiat Prax* 2007; 34(5):218–22. doi: 10.1055/s-2006-951971.
24. Frank U. Hilfe wider Willen, ethische Konflikte bei zwangsweiser Behandlung. *Kerbe* 2007; (25):17–9.
25. Tänzer A. Gewaltfreie Allgemeinpsychiatrie und die Grenzen der Selbstreform. Maßregelvollzug als Hintertür? In: Pollähne H, Lange-Joest C, Hrsg. *Forensische Psychiatrie - selbst ein Behandlungsfall?* Schriftenreihe des Instituts für Konfliktforschung, Band 37. Berlin, Münster: LIT; 2015. S. 89–104.
26. 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. *Front. Psychiatry* 2019; 10:762. doi: 10.3389/fpsyt.2019.00762.
27. Kutscher S, Schiffer B, Seifert D. Schizophrene Patienten im psychiatrischen Massregelvollzug (§ 63 StGB) Nordrhein-Westfalens. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2009; 77(2):91–6. doi: 10.1055/s-0028-1109080.
28. Dönisch-Seidel U, van Treeck B, Geelen A, Siebert M, Rahn E, Scherbaum N, Kutscher S-U. Zur Vernetzung von forensischer Psychiatrie und Allgemeinpsychiatrie. *Recht & Psychiatrie* 2007; 25:184–8.
29. Hodgins S, Müller-Isberner R. Preventing crime by people with schizophrenic disorders: the role of psychiatric services. *Br J Psychiatry* 2004; 185:245–50. doi: 10.1192/bjp.185.3.245.
30. Hodgins S, Müller-Isberner R, Allaire J-F. Attempting to Understand the Increase in the Numbers of Forensic Beds in Europe: A Multi-site Study of Patients in Forensic and General Psychiatric Services. *International Journal of Forensic Mental Health* 2006; 5(2):173–84. doi: 10.1080/14999013.2006.10471241.
31. Konrad N, Huchzermeier C, Rasch W. Psychiatrische Grundlagen. In: Konrad N, Huchzermeier C, Rasch W, Hrsg. *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie: Rechtsgrundlagen, Begutachtung und Praxis*. 5., vollst. überarb. und erw. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer Verlag; 2019. S. 222–341.
32. Denzel AD, Harte JM, van den Bergh M, Scherder EJA. Ethnic variations regarding clinical profiles and symptom representation in prisoners with psychotic disorders. *BJPsych Open* 2018; 4(1):18–28. doi: 10.1192/bjo.2017.3.
33. Salize HJ, Dreßing H. Placement and treatment of mentally ill offenders: Legislation and practice in EU member states: European Commission - Health & Consumer Protection Directorate-General - Central Institute of Mental Health; 2005 [Stand: 17.10.2018]. Verfügbar unter: <http://www.krim.dk/undersider/straffuldbyrdelse/forvaring/psykisk-afvigende-indsatte-placering-europa-eu2006.pdf>.
34. Hausotter W, Schouler-Ocak M. Ethnomedizinische Grundlagen. In: Hausotter W, Schouler-Ocak M, Hrsg. *Begutachtung bei Menschen mit Migrationshintergrund*. 2. Aufl. München: Elsevier Urban & Fischer; 2013. S. 57–68.
35. Curley A, Agada E, Emechebe A, Anamdi C, Ng XT, Duffy R, Kelly BD. Exploring and explaining involuntary care: The relationship between psychiatric admission status, gender

- and other demographic and clinical variables. *Int J Law Psychiatry* 2016; 47:53–9. doi: 10.1016/j.ijlp.2016.02.034.
36. Machleidt W, Graef-Calliess IT. Transkulturelle Aspekte psychischer Erkrankungen. In: Möller H-J, Laux G, Kapfhammer H-P, Hrsg. *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie*. 5. Auflage. Berlin: Springer; 2017. S. 433–62.
 37. Kirmayer LJ, Weinfeld M, Burgos G, Du Fort GG, Lasry J-C, Young A. Use of health care services for psychological distress by immigrants in an urban multicultural milieu. *Can J Psychiatry* 2007; 52(5):295–304. doi: 10.1177/070674370705200504.
 38. Koch E, Hartkamp N, Siefen RG, Schouler-Ocak M. Patienten mit Migrationshintergrund in stationär-psychiatrischen Einrichtungen. Pilotstudie der Arbeitsgruppe "Psychiatrie und Migration" der Bundesdirektorenkonferenz. *Nervenarzt* 2007; 79(3):328–39. doi: 10.1007/s00115-007-2393-y.
 39. Mösko M-O, Gil-Martinez F, Schulz H. Cross-cultural opening in German outpatient mental healthcare service: an exploratory study of structural and procedural aspects. *Clin Psychol Psychother* 2013; 20(5):434–46. doi: 10.1002/cpp.1785.
 40. Cavney J, Friedman SH. Culture, Mental Illness, and Prison: A New Zealand Perspective. In: Mills A, Kendall K, Hrsg. *Mental Health in Prisons: Critical Perspectives on Treatment and Confinement*. Second edition. Abingdon, Oxon, New York, NY, London: Routledge; 2016. S. 211–34.
 41. Hoffmann K. Migranten als Patienten im Massregelvollzug: Eine versorgungsepidemiologische Erhebung aus Baden-Württemberg. *Nervenarzt* 2006; 77(1):50–7. doi: 10.1007/s00115-004-1812-6.
 42. Perry BL, Neltner M, Allen T. A Paradox of Bias: Racial Differences in Forensic Psychiatric Diagnosis and Determinations of Criminal Responsibility. *Race Soc Probl* 2013; 5(4):239–49. doi: 10.1007/s12552-013-9100-3.
 43. Gabrielsen G, Kramp P. Forensic psychiatric patients among immigrants in Denmark--diagnoses and criminality. *Nord J Psychiatry* 2009; 63(2):140–7. doi: 10.1080/08039480802423014.
 44. Leese M, Thornicroft G, Shaw J, Thomas S, Mohan R, Harty MA, Dolan M. Ethnic differences among patients in high-security psychiatric hospitals in England. *British Journal of Psychiatry* 2006; (182):105–16. doi: 10.1192/bjp.188.4.380.
 45. Cooney F. Double Punishment: The treatment of foreign national prisoners. *Prison Service Journal* 2013; (205):45–51.
 46. van Kalmthout AM, Hofstee-van der Meulen FBAM, Dünkel F, Hrsg. *Foreigners in European prisons*. Repr. Nijmegen: Wolf Legal Publishers (WLP); 2013.
 47. United Nations Office on Drugs and Crime. Foreign national prisoners. In: United Nations, Hrsg. *Handbook on Prisoners with special needs: Criminal Justice Handbook Series*. New York; 2009. S. 79–102.
 48. Institute for Criminal Policy Research. *World Prison Brief* [Stand: 04.03.2019]. Verfügbar unter: <http://www.prisonstudies.org/world-prison-brief-data>.

49. Banks J. Foreign National Prisoners in the UK: Explanations and Implications. *The Howard Journal of Criminal Justice* 2011; 50(2):184–98. doi: 10.1111/j.1468-2311.2010.00655.x.
50. Sen P, Exworthy T, Forrester A. Mental health care for foreign national prisoners in England and Wales. *J Ment Health* 2014; 23(6):333–9. doi: 10.3109/09638237.2014.951480.
51. Light MT, Massoglia M, King RD. Citizenship and Punishment: The Salience of National Membership in U.S. Criminal Courts. *Am Sociol Rev* 2014; 79(5):825–47. doi: 10.1177/0003122414543659.
52. Querengässer J, Traub HJ. Nichtdeutsche Staatsbürger im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB – Jahres- und Bundesländervergleich der Neuordnungen 2010–2015 sowie Gruppenbesonderheiten. *Forensische Psychiatrie Psychologie Kriminologie* 2019; (13):251–60. doi: 10.1007/s11757-019-00526-7.
53. Heffernan EB, Andersen KC, Dev A, Kinner S. Prevalence of mental illness among Aboriginal and Torres Strait Islander people in Queensland prisons. *Med J Aust* 2012; 197(1):37–41. doi: 10.5694/mja11.11352.
54. Spinney E, Yeide M, Feyerherm W, Cohen M, Stephenson R, Thomas C. Racial disparities in referrals to mental health and substance abuse services from the juvenile justice system: a review of the literature. *Journal of Crime and Justice* 2016; 39(1):153–73. doi: 10.1080/0735648X.2015.1133492.
55. Steadman HJ, Redlich AD, Griffin P, Petrila J, Monahan J. From referral to disposition: case processing in seven mental health courts. *Behav Sci Law* 2005; 23(2):215–26. doi: 10.1002/bsl.641.
56. Forrester A, Singh J, Slade K, Exworthy T, Sen P. Mental health in-reach in an urban UK remand prison. *Int J Prison Health* 2014; 10(3):155–63. doi: 10.1108/IJPH-07-2013-0035.
57. Till A, Sen P, Chaplin L, Grange E, Exworthy T, Forrester A. The mental health of foreign national prisoners. *J Forensic Leg Med* 2019; 62:14–8. doi: 10.1016/j.jflm.2019.01.001.
58. Till A, Forrester A, Exworthy T. The development of equivalence as a mechanism to improve prison healthcare. *J R Soc Med* 2014; 107(5):179–82. doi: 10.1177/0141076814523949.
59. Vinkers DJ, Beurs E de, Barendregt M, Rinne T, Hoek HW. Pre-trial psychiatric evaluations and ethnicity in the Netherlands. *Int J Law Psychiatry* 2010b; 33(3):192–6. doi: 10.1016/j.ijlp.2010.03.010.
60. Region Hannover. Sozialpsychiatrische Versorgungssituation von Migrantinnen und Migranten in der Region Hannover: Sozialpsychiatrische Schriften, Band 4. Hannover; 2012.
61. Opitz-Welke A, Konrad N. Inpatient treatment in the psychiatric department of a German prison hospital. *Int J Law Psychiatry* 2012; 35(3):240–3. doi: 10.1016/j.ijlp.2012.02.015.
62. Bulla J, Hoffmann K. Interkulturelle Aspekte forensischer Behandlungen. In: Heinz A, Sieberer MG, Kluge U, Machleidt W, Hrsg. *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie: Migration und psychische Gesundheit*. 2. Auflage. München: Elsevier; 2018. S. 581–8.

63. Borrill J, Taylor DA. Suicides by foreign national prisoners in England and Wales 2007: mental health and cultural issues. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 2009; 20(6):886–905. doi: 10.1080/14789940903174113.
64. Kaba F, Solimo A, Graves J, Glowa-Kollisch S, Vise A, MacDonald R, Waters A, Rosner Z, Dickey N, Angell S, Venters H. Disparities in Mental Health Referral and Diagnosis in the New York City Jail Mental Health Service. *Am J Public Health* 2015; 105(9):1911–6. doi: 10.2105/AJPH.2015.302699.
65. Kaba F, Lewis A, Glowa-Kollisch S, Hadler J, Lee D, Alper H, Selling D, MacDonald R, Solimo A, Parsons A, Venters H. Solitary confinement and risk of self-harm among jail inmates. *Am J Public Health* 2014; 104(3):442–7. doi: 10.2105/AJPH.2013.301742.
66. Al-Rousan T, Rubenstein L, Sieleni B, Deol H, Wallace RB. Inside the nation's largest mental health institution: a prevalence study in a state prison system. *BMC Public Health* 2017; 17(1):342. doi: 10.1186/s12889-017-4257-0.
67. Gara MA, Vega WA, Arndt S, Escamilla M, Fleck DE, Lawson WB, Lesser I, Neighbors HW, Wilson DR, Arnold LM, Strakowski SM. Influence of patient race and ethnicity on clinical assessment in patients with affective disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2012; 69(6):593–600. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.2040.
68. Barnoux M, Wood J. The specific needs of foreign national prisoners and the threat to their mental health from being imprisoned in a foreign country. *Aggression and Violent Behavior* 2013; 18(2):240–6. doi: 10.1016/j.avb.2012.11.012.
69. Forrester A, Exworthy T, Chao O, Slade K, Parrott J. Influencing the care pathway for prisoners with acute mental illness. *Crim Behav Ment Health* 2013; 23(3):217–26. doi: 10.1002/cbm.1870.
70. Traub J, Weithmann G. Werden schizophrene Patienten "krimineller"? Die Entwicklung der juristischen Zuweisungen gemäß § 63 StGB über einen Zeitraum von 15 Jahren in Baden-Württemberg. *Recht & Psychiatrie* 2013; 31:208–16.
71. Seliger M, Kröber H-L. Wurden schizophrene Maßregelpatienten zuvor in der Allgemeinpsychiatrie unzureichend behandelt? *Forensische Psychiatrie Psychologie Kriminologie* 2008; 2(2):46–53. doi: 10.1007/s11757-008-0072-x.
72. Wallace C, Mullen PE, Burgess P. Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. *The American journal of psychiatry* 2004; 161(4). doi: 10.1176/appi.ajp.161.4.716.
73. Haller R, Kemmler G, Kocsis E, Maetzler W, Prunlechner R, Hinterhuber H. Schizophrenie und Gewalttätigkeit Ergebnisse einer Gesamterhebung in einem österreichischen Bundesland. *Nervenarzt* 2001; 72:859–66.
74. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet* 2002; 359(9306):545–50. doi: 10.1016/S0140-6736(02)07740-1.
75. Frädriich S, Pfäfflin F. Zur Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen bei Strafgefangenen. *Recht & Psychiatrie* 2000; 18:95–104.

76. Leygraf N. Wirksamkeit des psychiatrischen Maßregelvollzugs. In: Kröber HL, Dahle KP, Hrsg. Sexualstraftaten und Gewaltdelinquenz. Heidelberg: Kriminalistik-Verlag; 1998. S. 175–84.
77. Bulla J, Hoffmann K, Querengässer J, Ross T. Socioeconomic disadvantage and schizophrenia in migrants under mental health detention orders. *Int J Soc Psychiatry* 2017; 63(6):550–8. doi: 10.1177/0020764017716696.
78. Haasen C, Lambert M, Yagdiran O, Krausz M. Psychiatric disorders among migrants in Germany: prevalence in a psychiatric clinic and implications for services and research. *European Psychiatry* 1997; 12(6):305–10. doi: 10.1016/S0924-9338(97)84791-8.
79. Adeponle AB, Thombs BD, Groleau D, Jarvis E, Kirmayer LJ. Using the cultural formulation to resolve uncertainty in diagnoses of psychosis among ethnoculturally diverse patients. *Psychiatr Serv* 2012; 63(2):147–53. doi: 10.1176/appi.ps.201100280.
80. Mikton C, Grounds A. Cross-cultural clinical judgment bias in personality disorder diagnosis by forensic psychiatrists in the UK: a case-vignette study. *J Pers Disord* 2007; 21(4):400–17. doi: 10.1521/pedi.2007.21.4.400.
81. Barendregt M, Muller E, Nijman H, Beurs E de. Factors associated with experts' opinions regarding criminal responsibility in The Netherlands. *Behav Sci Law* 2008; 26(5):619–31. doi: 10.1002/bsl.837.
82. van Ryn M, Burke J. The effect of patient race and socio-economic status on physicians' perceptions of patients. *Social Science & Medicine* 2000; 50(6):813–28. doi: 10.1016/S0277-9536(99)00338-X.
83. Vinkers DJ, Vries SC de, van Baars AWB, Mulder CL. Ethnicity and dangerousness criteria for court ordered admission to a psychiatric hospital. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010a; 45(2):221–4. doi: 10.1007/s00127-009-0058-9.
84. Pollähne H, Lange-Joest C. Forensische Psychiatrie - selbst ein Behandlungsfall? Schriftenreihe des Instituts für Konfliktforschung, Band 37. Berlin, Münster: LIT; 2015.
85. Schouler-Ocak M, Reiske S-L, Rapp MA, Heinz A. Cultural factors in the diagnosis and treatment of traumatised migrant patients from Turkey. *Transcult Psychiatry* 2008; 45(4):652–70. doi: 10.1177/1363461508100787.
86. Schouler-Ocak M, Aichberger MC. Versorgung von Migranten. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2015; 65(12):476-85; quiz 485. doi: 10.1055/s-0041-100492.
87. Keppler K, Stöver H, Schulte B, Reimer J. Prison Health is Public Health! Angleichungs- und Umsetzungsprobleme in der gesundheitlichen Versorgung Gefangener im deutschen Justizvollzug. Ein Übersichtsbeitrag. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2010; 53(2):233–44. doi: 10.1007/s00103-009-1023-1.

Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Britta Neumann, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Zwischen Maßregelvollzug und Justizvollzugspsychiatrie – soziodemographische, strafrechtliche und klinische Aspekte psychisch kranker Rechtsbrecher in Deutschland“ / „Sociodemographic, Clinical and Penal Aspects of Prison Psychiatry in Germany“ 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.

Ich versichere ferner, dass ich die in Zusammenarbeit mit anderen Personen generierten Daten, Datenauswertungen und Schlussfolgerungen korrekt gekennzeichnet und meinen eigenen Beitrag sowie die Beiträge anderer Personen korrekt kenntlich gemacht habe (siehe Anteilserklärung). Texte oder Textteile, die gemeinsam mit anderen erstellt oder verwendet wurden, habe ich korrekt kenntlich gemacht.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem/der Erstbetreuer/in, 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.“

Datum

Unterschrift

Anteilerklärung an den erfolgten Publikationen

Britta Neumann hatte folgenden Anteil an den folgenden Publikationen:

Publikation 1: Neumann B, Ross T, Opitz-Welke A. Psychiatrisches Störungsprofil im länderübergreifenden Vergleich: Schizophrene Straftäter zwischen Maßregelvollzug und Justizvollzugspsychiatrie. Recht & Psychiatrie 2018; 36:3–14

Beitrag im Einzelnen (bitte ausführlich ausführen):

- Literaturrecherche
- Entwicklung der Fragestellung und Ausarbeitung der Studienkonzeption
- Teilhabe an der Durchführung der Datenerfassung der Patienten der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Justizvollzugskrankenhauses Berlin-Plötzensee zur Vervollständigung des Datensatzes von 2010 bis 2016
- Aufbereitung der Datenbanken mit Zuordnung der erhobenen Messgrößen zu den einzelnen Objekten und Angleichung der Skalenniveaus der Variablen
- Statistische Auswertung und Interpretation der Daten mit daraus resultierender Erstellung der Tabellen 1 bis 8c
- Entwurf und Verfassen aller Abschnitte des Manuskripts (Abstract, Einleitung, Material und Methoden, Ergebnisse und Diskussion, Ausblick, Literaturverzeichnis)
- Überarbeitung des Manuskripts im Rahmen des Peer-Review-Verfahrens

Publikation 2: 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. Front. Psychiatry 2019; 10:762.

Beitrag im Einzelnen (bitte ausführlich ausführen):

- Teilhabe an der Durchführung der Datenerfassung der Patienten der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Justizvollzugskrankenhauses Berlin-Plötzensee zur Vervollständigung des Datensatzes von 2010 bis 2016
- Teilhabe an der Interpretation der Daten
- Primärer Entwurf des Abschnittes „Results“ sowie Korrekturlesen und sprachliche Überarbeitung des gesamten Manuskripts

Publikation 3: Neumann B, Ross T, Opitz-Welke A. Foreign National Patients in German Prison Psychiatry. Front. Psychiatry 2020; 10:988.

Beitrag im Einzelnen (bitte ausführlich ausführen):

- Literaturrecherche
- Entwicklung der Fragestellung und Ausarbeitung der Studienkonzeption
- Teilhabe an der Durchführung der Datenerfassung der Patienten der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Justizvollzugskrankenhauses Berlin-Plötzensee zur Vervollständigung des Datensatzes von 2010 bis 2016
- Aufbereitung der Datenbanken mit Zuordnung der erhobenen Messgrößen zu den einzelnen Objekten und Angleichung der Skalenniveaus der Variablen
- Statistische Auswertung und Interpretation der Daten mit daraus resultierender Erstellung der Tabellen 1 bis 5b
- Entwurf und Verfassen aller Abschnitte des Manuskripts (Abstract, Introduction, Aims and Hypotheses, Materials and Methods, Results, Discussion, Conclusion, References)
- Überarbeitung des Manuskripts im Rahmen des Peer-Review-Verfahrens

Unterschrift, Datum und Stempel des erstbetreuenden Hochschullehrers

Unterschrift der Doktorandin

Druckexemplare der ausgewählten Publikationen

Neumann B, Ross T, Opitz-Welke A. Psychiatrisches Störungsprofil im länderübergreifenden Vergleich: Schizophrene Straftäter zwischen Maßregelvollzug und Justizvollzugspsychiatrie. *Recht & Psychiatrie* 2018; 36:3–14.

DOI-Verlinkung: https://doi.org/10.1486/rp-01-2018_03

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. *Front. Psychiatry* 2019; 10:762.

DOI-Verlinkung: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00762>

Neumann B, Ross T, Opitz-Welke A. Foreign National Patients in German Prison Psychiatry. *Front. Psychiatry* 2020; 10:988.

DOI-Verlinkung: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00988>

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

Publikationsliste Britta Neumann (Stand März 2022)

1. Neumann B, Ross T, Opitz-Welke A. Psychiatrisches Störungsprofil im länderübergreifenden Vergleich: Schizophrene Straftäter zwischen Maßregelvollzug und Justizvollzugspsychiatrie. *Recht & Psychiatrie* 2018; 36:3–14.

Journal Impact Factor gemäß ISI Web Liste 2018: 0.588

2. 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. *Front. Psychiatry* 2019; 10:762.

Journal Impact Factor gemäß ISI Web Liste 2019: 2.849

3. Seidel P, Konrad N, Negatsch V, Dezsö D, Kogan I, Gauger U, Neumann B, Voulgaris A, Opitz-Welke A. Corrigendum: Violent Behavior During Psychiatric Inpatient Treatment in a German Prison Hospital. *Front. Psychiatry* 2019; 10:961.

Journal Impact Factor gemäß ISI Web Liste 2019: 2.849

4. Neumann B, Ross T, Opitz-Welke A. Foreign National Patients in German Prison Psychiatry. *Front. Psychiatry* 2020; 10:988.

Journal Impact Factor gemäß ISI Web Liste 2019: 2.849

5. Bernuth K von, Seidel P, Krebs J, Lehmann M, Neumann B, Konrad N, Opitz-Welke A. Prevalence of Opioid Dependence and Opioid Agonist Treatment in the Berlin Custodial Setting: A Cross-Sectional Study. *Front. Psychiatry* 2020; 11:28.

Journal Impact Factor gemäß ISI Web Liste 2019: 2.849

Danksagung

Mein Dank gilt zunächst meinem Doktorvater Herrn Professor Dr. Norbert Konrad, für die mir gebotene Möglichkeit, die vorliegende Schrift an seinem Lehrstuhl zu verfassen. Nicht minder ist mein Dank an meine Zweitbetreuerin Frau Dr. Opitz-Welke für ihre Unterstützung und das mir entgegengebrachte Vertrauen. Ich danke Herrn Professor Dr. Thomas Ross für seinen fachkundigen Rat und die Bereitschaft zu dieser länderübergreifenden Kooperation. Danken möchte ich auch allen Mitarbeitern am Lehrstuhl, die für das Gelingen der Studien beigetragen haben.

Meinem Partner danke ich für seine moralische Unterstützung und seine Ausdauer. Meinem Bruder möchte ich herzlich für die kritische Durchsicht danken. Großer Dank gebührt auch all meinen Verwandten und Freunden, die in den letzten Jahren immer Verständnis dafür aufbrachten, dass die gemeinsame Zeit knapp bemessen war.

Mein ganz besonderer Dank gilt meinen Eltern, deren Zuversicht mir stets Kraft und Mut gegeben hat und denen ich diese Arbeit widme.