

*Christian Huchzermeier, Michel A. Schulte-Ostermann und Stefanie Folgmann*

## Neues aus der Anstalt: Die „psychiatrische Sprechstunde“ in der JVA Neumünster – Minimalversorgung psychischer Störungen

### *Zusammenfassung*

Obwohl psychische Störungen bei inhaftierten Straftätern bekanntermaßen sehr häufig vorkommen, gibt es in deutschen Justizvollzugsanstalten bisher nur wenige psychiatrische und psychotherapeutische Versorgungsangebote. In diesem Beitrag wird über eine psychiatrische Sprechstunde in der JVA Neumünster berichtet, die seit 2013 aufgebaut worden ist: Bei den 195 vorgestellten Gefangenen wiesen 96,4 % (188) mindestens eine psychiatrische Diagnose auf. Dabei wurden überwiegend psychoreaktive (42,1%), substanzbezogene (40%) sowie affektive (22,6%) Störungen diagnostiziert. Immerhin 13% der Untersuchten erhielten die Diagnose einer schizophrenen Psychose. Bei 192 Gefangenen (98,5%) wurde eine psychiatrische Behandlungsempfehlung gegeben, wobei dabei am häufigsten eine Psychopharmakotherapie (80%) empfohlen wurde. Angesichts des bestehenden Behandlungsbedarfs ist die konsiliar-psychiatrische Sprechstunde als Angebot der psychiatrischen Minimalversorgung anzusehen. Um eine leitliniengerechte Versorgung der Gefangenen zu erreichen, wäre es zielführend, eine intramurale psychiatrische Abteilung zu etablieren. Dabei sollten neben einer psychiatrischen Basisbehandlung auch störungsorientierte Psychotherapieverfahren und adjuvante soziotherapeutische Interventionen angeboten werden.

Schlüsselwörter: Psychische Störungen in Gefängnissen, psychiatrische Versorgung in Justizvollzugsanstalten

### *Abstract:*

Contrary to the findings provided by the current literature of forensic psychiatry – demonstrating a high prevalence of mental disorders in prisons –, psychiatric health care is still underrepresented in German prisons. This article reports additional descriptive data from a small psychiatric unit offering consultation hours within the prison of Neumünster (Northern Germany): 96.4% (188) of 195 prisoners examined were identified with at least one psychiatric disorder. Most frequently, psycho-reactive

DOI: 10.5771/2365-1083-2016-2-190

(42.1%), substance-related (40%) as well as affective (22.6%) disorders were diagnosed and at least 13% of the sample suffered from a schizophrenic psychosis. Nearly all prisoners (98.5%) received a treatment recommendation, which mostly (80%) included psychopharmacological interventions. In light of this demand, the currently established consultation hours represent only the basic of the required psychiatric health care. To bridge this gap in healthcare provision within the prison, a psychiatric ward should be established to satisfy the postulated guidelines of psychiatric healthcare. Disorder-oriented psychotherapeutic approaches as well as adjuvant socio-therapeutic interventions should be part of the offered interventions.

Keywords: prison, psychiatry, mental disorders in prisons, forensic mental healthcare

## 1 Einleitung

Psychische Störungen finden sich bei Straftätern in Justizvollzugsanstalten außerordentlich häufig – eine Feststellung, die entsprechend internationaler Studien als empirisch gut belegt gelten kann: In den großen Metaanalysen von Fazel und Danesh, in die über 70 Studien mit insgesamt ca. 30.000 Gefangenen einbezogen wurden, fanden sich neben hohen Prävalenzen für Persönlichkeitsstörungen (etwa 68%), Alkohol- und Drogenmissbrauch/–abhängigkeit (ca. 20 bis ca. 50%) auch überzufällig häufig Depressionen (10%) und psychotische Störungen (ca. 4%) (Fazel und Danesh, 2002; Fazel, Brains und Doll, 2006; Fazel, Doll und Langstrom, 2008; Fazel und Baillargeon, 2011; Andersen, 2004). In einer anderen Metaanalyse (Goff, Rose und Purves, 2007) wurde zudem eine hohe Prävalenz von erlebnisreaktiven Störungen wie die posttraumatische Belastungsstörung (zwischen 4 und 20%) nachgewiesen.

Auch in Deutschland hatten einige Untersuchungen von Untersuchungshäftlingen (Missoni, Utting und Konrad, 2003), von Gefangenen des offenen Vollzugs (Frädrich und Pfäfflin, 2000) und von Inhaftierten mit einer Ersatzfreiheitsstrafe (Konrad, 2004) bereits eine Häufung von Persönlichkeitsstörungen, substanzbezogenen Störungen und depressiven Spektrumsstörungen darstellen können, bevor zwei größer angelegte Prävalenzstudien in deutschen Justizvollzugsanstalten stattfanden: In der JVA Bielefeld wurde eine repräsentative Stichtagserhebung mit 63 weiblichen und 76 männlichen Inhaftierten durchgeführt (Schönfeld et al., 2006). Von diesen wiesen 88% mindestens eine akute psychiatrische Störung auf, wobei bei Frauen und Männern jeweils die Persönlichkeitsstörungen (Frauen ca. 65%, Männer ca. 43%) und die Substanzabhängigkeit (71% bzw. 67%) dominierten. Hohe Prävalenzen fanden sich außerdem für affektive Störungen (Frauen ca. 24% Männer 12%), für Angststörungen (Frauen ca. 40%, Männer ca. 18%) sowie für posttraumatische Belastungsstörungen (Frauen ca. 32% Männer ca. 12%). Akut psychotische Störungen lagen bei ca. 13% der Frauen und bei ca. 4% der Männer vor. Bei 83% aller untersuchten Inhaftierten wurde ein dringender fachpsychiatrischer Behandlungsbedarf gesehen. In der zweiten Studie wurden über 400 Gefangene (49 Frauen und 366 Männer) aus 6 verschiedenen ostdeutschen Justizvollzugsanstalten untersucht (Watzke, Ullrich und Marneros, 2006): Ca. 67% der

Männer und ca. 60% der Frauen wiesen akute psychische Störungen auf, wobei auch in dieser Stichprobe substanzbezogene Störungen (Männer: ca. 60%, Frauen ca. 39%) und Persönlichkeitsstörungen (Männer ca. 26%, Frauen ca. 12%) am häufigsten waren. Außerdem fanden sich bei Frauen hohe Prävalenzen von Angststörungen (ca. 25%), von depressiven Störungen (ca. 12%) und von posttraumatischen Belastungsstörungen (ca. 8%), während bei Männern deutlich niedrigere, aber immer noch hohe Prävalenzen von Angsterkrankungen (ca. 7%), depressiven Störungen (ca. 3%) und erlebnisreaktiven Störungen (ca. 5%) vorlagen.

Diese Zahlen deuten auf einen großen psychiatrischen Versorgungsbedarf für Inhaftierte hin, der umso drängender würde, wenn man die Studienergebnisse für die etwa 75.000 Strafgefangenen in Deutschland hochrechnen würde. Demgegenüber sind in Deutschland bisher kaum spezialisierte psychiatrische Abteilungen in den Justizvollzugsanstalten etabliert, sodass in Haftanstalten von einer bedeutsamen psychiatrischen Versorgungslücke auszugehen ist. Damit bleibt Deutschland deutlich hinter den Forderungen des Konsenspapiers der WPA (World Psychiatric Association, Forensic Psychiatric Section) zurück: Demnach sollen psychisch kranke Strafgefangene eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung erhalten, die der leitliniengerechten Versorgung von nicht inhaftierten Personen entspricht. Außerdem sollen in der Behandlung haftbezogene Probleme und Rahmenbedingungen berücksichtigt werden (Konrad et al., 2007).

Vor diesem Hintergrund wird nachfolgend ein konsiliarischer Behandlungsansatz vorgestellt, der in Ergänzung zur Betreuung durch den Anstaltsarzt die psychiatrische Mitbehandlung von Untersuchungshäftlingen und Strafgefangenen aus der JVA Neumünster vorsieht

## 2 Psychiatrische Versorgungsansätze in der JVA Neumünster

Die JVA Neumünster verfügt über 598 Haftplätze, davon 532 im geschlossenen Vollzug. In der JVA Neumünster befinden sich in der Regel erwachsene Erstverbüßer, deren Straflänge fünf Jahre nicht überschreitet, sowie Untersuchungsgefangene des Landgerichtsbezirkes Kiel. Außerdem werden in Abweichung vom Vollstreckungsplan zunehmend auch Gefangene mit längeren Haftstrafen aus der JVA Lübeck in die JVA Neumünster verlegt.

Die JVA Neumünster gilt als zentrale Ausbildungsanstalt des Landes Schleswig-Holstein, bietet daher vielfältige Möglichkeiten zur schulischen Qualifikation und ermöglicht außerdem geeigneten Gefangenen eine Berufsausbildung in den Werkstätten des Landesbetriebes und in Unternehmerbetrieben. Es werden zudem besondere Hilfs- und Behandlungsmaßnahmen bereitgehalten, die dazu beitragen sollen, individuelle Defizite der Gefangenen auszugleichen, nämlich z.B. eine Gewalt- und Sexualstraftätertherapie, die Beratung bei Drogen- oder Alkoholproblemen oder die Schuldnerberatung.

Die medizinische Versorgung erfolgt durch den Anstaltsarzt, der für die Aufnahmeuntersuchung und die allgemeinmedizinische Versorgung der Gefangenen zuständig ist. Außerdem hat der Anstaltsarzt die Aufgabe, im Bedarfsfall für die Gefangenen eine fachärztliche Diagnostik und Therapie einzuleiten und zu koordinieren.

Angesichts einer wachsenden Anzahl von psychischen Problemen, die bezüglich ihrer Art und Intensität die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten eines Allgemeinmediziners entsprechend der eigenen Einschätzung deutlich überschritten, ist auf Betreiben des Anstaltsarztes der JVA Neumünster seit Januar 2013 eine psychiatrische Sprechstunde aufgebaut worden, die anfangs lediglich drei Fachleistungsstunden pro Monat umfasste. Angesichts des im Verlauf deutlich werdenden Bedarfs wurde das Stundenkontingent sukzessive auf aktuell 48 Fachleistungsstunden pro Monat ausgebaut. Die Kooperationsvereinbarungen zwischen der JVA Neumünster und dem Institut für Sexualmedizin und Forensische Psychiatrie und Psychotherapie sehen vor, dass der Anstaltsarzt die Patienten mit möglichen psychiatrischen Erkrankungen oder mit psychischen Auffälligkeiten der fachärztlichen Untersuchung zuweist. Dabei orientiert sich die Zuweisung zur konsiliar-psychiatrischen Sprechstunde zum großen Teil an psychischen Auffälligkeiten, die zu einer Störung des Vollzugsablaufs führen. Zum anderen können auch die Gefangenen selbst den Wunsch äußern, psychiatrisch vorgestellt zu werden – dies ist allerdings seltener der Fall als die Vorstellung auf Veranlassung des Anstaltsarztes.

Für eine Untersuchung in dem geschilderten Rahmen stehen in der Regel 30-45 Minuten pro Patient zur Verfügung. Das Untersuchungsergebnis wird in einem frei formulierten schriftlichen Konsilbericht zusammengefasst, der neben Aufzeichnungen zu den eigenanamnestischen Angaben auch einen psychopathologischen Befund, eine Diagnose nach ICD-10 und Behandlungsempfehlungen enthält.

### 3 Fragestellung und Methodik

Nach beinahe dreijähriger konsiliar-psychiatrischer Tätigkeit in der JVA Neumünster erfolgte eine systematische Auswertung dieser Konsilberichte, wobei insbesondere die Häufigkeit der diagnostizierten Störungen und die empfohlenen Behandlungsmaßnahmen aufgearbeitet wurden.

Da es sich um eine retrospektive Evaluation einer klinischen Tätigkeit ohne den Einsatz standardisierter Untersuchungsinstrumente handelt, konnte lediglich eine deskriptive Auswertung der Konsilberichte anhand bestimmter Kennwerte vorgenommen werden. Dabei standen folgende Bereiche im Mittelpunkt des Interesses:

- jahrgangsbezogene Anzahl der Vorstellungen
- Häufigkeit der Diagnosegruppen nach ICD-10
- Häufigkeit psychiatrischer Vorbehandlungen (außerhalb der JVA Neumünster)
- psychiatrischer Behandlungsbedarf und empfohlene psychiatrische Interventionen

Zudem wurden einzelne Störungen bzw. Störungsbilder, die der intuitiven Wahrnehmung entsprechend besonders häufig aufgetreten waren, gesondert betrachtet:

- selbstberichteter Substanzkonsum und Substituierung
- die adulte Form des ADHS (Verhaltens- und emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit und Jugend)

#### 4 Ergebnisse

##### Erfasste Stichprobe

Insgesamt wurden im erfassten Zeitraum 383 Konsile vereinbart, von denen 97,7% ( $N = 374$ ) durch die Gefangenen wahrgenommen wurden. Die Anzahl der angebotenen und wahrgenommenen Konsile stieg parallel zu Erweiterung der verfügbaren Fachleistungsstunden stetig an, von initial 128 (2013) auf 204 (bis November 2015, Tabelle I). In diesem Zeitraum nahmen 201 individuelle männliche Gefangene die Konsile wahr. Da einige Gefangenen mehrfach konsiliar-psychiatrische Gespräche erhielten, erklärt sich die Differenz zwischen Gesamtzahl der Konsile und Anzahl der vorgestellten Personen. Der Altersdurchschnitt der erfassten Patientengruppe betrug 31,3 Jahre, wobei der jüngste Patient 16 Jahre alt war und der älteste 73 Jahre ( $SD = 10.2$ ).

Die folgende Auswertung der vorliegenden Daten bezieht sich nur auf die Erstvorstellung der individuellen Patienten innerhalb des Erfassungszeitraumes, um eine künstliche Erhöhung der erfassten Kennwerte durch wiederholte Erfassungen der gleichen Patienten mit identischen oder ähnlichen Störungsbildern zu vermeiden. Von insgesamt 201 vorliegenden individuellen Datensätzen konnten 195 ausgewertet werden. Sechs der vorhandenen Datensätze konnten nicht für eine Auswertung verwendet werden: Drei Personen lehnten die konsiliar-psychiatrische Vorstellung ab, ein Konsil wurde wegen sprachlicher Probleme abgebrochen, bei einem Gefangenen blieben die Gründe der Nichterfassung verstimmt unklar.

*Tabelle I: Anzahl angebotener und wahrgenommener Konsile sowie Anzahl der individuellen Patienten*

2013	Anzahl	% (Bezogen auf N = 51)
Anzahl angesetzter Konsile	51	100%
Tatsächlich stattgefundene Konsile	50	98%
Individuelle Patienten	42	82,4%
2014	Anzahl	% (Bezogen auf N = 128)
Anzahl angesetzter Konsile	128	100%
Tatsächlich stattgefundene Konsile	122	95,3%
Individuelle Patienten	78	60,9%
2015	Anzahl	% (Bezogen auf N = 204)
Anzahl angesetzter Konsile	204	100%
Tatsächlich stattgefundene Konsile	202	99%
Individuelle Patienten	81	39,7%
Gesamt	Anzahl	% (Bezogen auf N = 383)
Anzahl angesetzter Konsile	383	100,0%
Tatsächlich stattgefundene Konsile	374	97,7%
Individuelle Patienten	201	52,5%

### *5 Psychiatrische Vorbehandlungen und Häufigkeit der Diagnosegruppen nach ICD-10*

62,6 % der konsiliar- psychiatrische vorgestellten Gefangenen gaben an, dass sie sich bereits zuvor in einer psychiatrischen Behandlungen befunden hatten ( $N = 122$ ), während 35,4 % angaben, sich durch das Konsil erstmalig in einer psychiatrischer Behandlung zu befinden ( $N = 69$ ). 2,1 % der Patienten machten dazu keine Angaben ( $N = 4$ ).

Etwa 96% der untersuchten Gefangenen erhielten mindestens eine psychiatrische Diagnose ( $N = 188$ ), wobei ca. 31% zwei psychiatrische Störungen aufwiesen ( $N = 60$ ) und etwa 11% drei oder mehr psychiatrische Diagnosen erhielten ( $N = 21$ ). Betrachtet man die Häufigkeit der einzelnen diagnostizierten Störungen, zeigt sich, dass substanzbezogene und erlebnisreaktive Störungen mit etwa 40% bzw. 42% dominierten. Auch affektive Störungen mit etwa 20% und psychotische Störungen mit 13% waren relativ häufig vertreten. Bei etwa 11% der Gefangenen war ein ADHS zu diagnostizieren. Für weitere Details siehe Tab. II

Tabelle II: Häufigkeit der vergebenen Diagnosen nach ICD-10

Diagnosen	Anzahl	% (Bezogen auf N = 195)
Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F0x)	2	1%
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1x)	78	40,0%
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F2x)	26	13,3%
Affektive Störungen (F3x)	44	22,6%
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4x)	82	42,1%
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F5x)	14	7,2%
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6x)	20	10,3%
Intelligenzstörung (F7x)	3	1,5%
Entwicklungsstörungen (F8x)	1	0,5%
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9x)	22	11,3%

*Anmerkung.* Da Patienten mehrere Diagnosen haben können, ergeben sich höhere Gesamtsummen als die Anzahl von Patienten sowie ein höherer Gesamtprozentsatz als 100%.

## 6 Psychiatrischer Behandlungsbedarf und empfohlene psychiatrische Interventionen

Für 98,5 % der Patienten wurde ein psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlungsbedarf gesehen ( $N = 192$ ), nur bei 1,5% der Patienten wurde der Behandlungsbedarf als nicht gegeben erachtet ( $N = 3$ ). Tabelle III bietet eine Übersicht über die ausgesprochenen Behandlungsempfehlungen auf Basis der Konsilvorstellung.

Tabelle III: Behandlungsempfehlung auf Basis der Konsilvorstellung

Empfehlung für:	Anzahl	% (Bezogen auf N = 195)
Psychotherapie <sup>1</sup>	74	37,9%
Sozialtherapie/Maßregelvollzug <sup>2</sup>	5	2,6%
Überweisung <sup>3</sup>	12	6,2%
Medikamentöse Maßnahmen <sup>4</sup>	156	80,0%
Diagnostische Maßnahmen <sup>5</sup>	13	6,7%
Sonstige Maßnahmen <sup>6</sup>	39	20,0%

*Anmerkung.* Da für Patienten mehr als eine Behandlungsempfehlung ausgesprochen werden kann, ergeben sich höhere Gesamtsummen als die Anzahl von Patienten sowie ein höherer Gesamtprozentsatz als 100%.

<sup>1</sup>Empfehlung für Psychotherapie im weitesten Sinne; <sup>2</sup>Empfehlung zur Verlegung in eine Sozialtherapeutische Anstalt/ Maßregelvollzug; <sup>3</sup>Empfehlung zur Überweisung in ein (Fach-)Krankenhaus oder zu einem Facharzt; <sup>4</sup>Empfehlungen mit Medikationsbezug; <sup>5</sup>Empfehlungen, welche Diagnostik und die Anfrage von Vorbefunde aufweisen; <sup>6</sup>Seelsorge, Suchtberatung, rechtliche Betreuung, Kontakt zu Mithäftlingen, Wiedereingliederungshilfe, Amtshilfe, Lockerungen im Vollzug, Schaffung von tagesstrukturförderlichen Bedingungen, Besuche, Dolmetscher, Unterbringung in Doppelzelle

### 7 Substanzkonsum und Substitution

Der selbstberichtete Substanzkonsum wurde in die folgenden Kategorien unterteilt: Sedative Substanzen, halluzinogene Substanzen, stimulierende Substanzen sowie sonstige Substanzen. Es wurde nicht zwischen zurückliegendem und aktivem Substanzkonsum unterschieden. 66,2% der Patienten gaben an, mindestens eine Substanz konsumieren zu haben ( $N = 129$ ). 24,6 % der Patienten teilten mit, lediglich Substanzen aus einer Substanzgruppe gebraucht zu haben ( $N = 48$ ), 32,8 Prozent gaben an, Substanzen aus zwei verschiedenen Substanzklassen eingenommen ( $N = 64$ ) und 8,7 % der Patienten berichteten Substanzen aus mindestens drei verschiedenen Substanzgruppen konsumiert zu haben ( $N = 17$ ). Lediglich 33,8 % der Patienten erklärten, keine Substanzen zu konsumieren ( $N = 66$ ). Eine detaillierte Übersicht findet sich in Tabelle IV.

Im Erfassungszeitraum gaben 12,8 Prozent der Patienten an, mit Drogensatzstoffen substituiert zu werden ( $N = 25$ ). Dabei erhielten diese Gefangenen vorwiegend Methadon (8,2 %,  $N = 16$ ). Von diesen gaben 5,6 Prozent an, ausschließlich mit Methadon substituiert zu werden ( $N = 11$ ), 1,5 Prozent gaben an, zusätzlich das Benzodiazepin –Präparat Clonazepam (Rivotril,  $N = 3$ ) zu erhalten. 1 Prozent berichtete, Buprenorphin (Subutex,  $N = 2$ ) zu erhalten. 0,5 Prozent gaben an, Buprenorphin als einziges Substitutionsmedikament ( $N = 1$ ) einzunehmen, weitere 4,1 Prozent berichteten, allein mit Levomethadon (Polamidon,  $N = 8$ ) substituiert zu werden

Tabelle IV: Selbstberichteter Substanzkonsum

Sedative Substanzen		
Substanz	Anzahl	% (Bezogen auf N = 195)
Gesamt	124	63,6%
THC	90	46,2%
Alkohol	95	48,7%
Opioide	41	21,0%
Benzodiazepine	20	10,3%
Ketamin	8	4,1%
Halluzinogene Substanzen		
Substanz	Anzahl	% (Bezogen auf N = 195)
Gesamt	17	8,7%
LSD	11	5,6%
Meskalin	2	1,0%
Pilze	8	4,1%
Stechapfel	1	0,5%
Engelstropete	1	0,5%
Stimulierende Substanzen		
Substanz	Anzahl	% (Bezogen auf N = 195)
Gesamt	81	41,5%
Kokain	62	31,8%
Ecstasy	31	15,9%
Amphetamine	58	29,7%
Crack	1	0,5%
Crystal Meth	1	0,5%
Andere Substanzen		
Substanz	Anzahl	% (Bezogen auf N = 195)
Gesamt	4	2,1%
Anabolika	1	0,5%
Perazin	1	0,5%
Unbekannte Substanzen	2	1,0%

*Anmerkung.* Da Patienten mehrere Substanzen berichten können, ergeben sich höhere Gesamtsummen als die Anzahl von Patienten sowie ein höherer Gesamtprozentsatz als 100%.

## 8 *Adulte Form des ADHS/ Verhaltens- und emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9x)*

11,3 % der Patienten erhielten im Erfassungszeitraum eine Diagnose aus dem Bereich der Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9x;  $N = 22$ ). Hierbei entfiel der Hauptanteil auf die Diagnose F90.0, die einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung ( $N = 15$ ). Von diesen Patienten wies etwas mehr als die Hälfte (54,5 %) eine zusätzliche Diagnose aus dem Bereich der Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen auf ( $N = 12$ ). Gleichzeitig gaben alle dieser Gefangenen an, mindestens eine Substanz aus den verschiedenen Kategorien zu konsumieren ( $N = 22$ ), wobei es sich vorwiegend um Substanzen aus dem sedativen (90,9%;  $N = 20$ ) und stimulierenden Bereichen handelt (81,8%;  $N = 18$ ). 72,7 % gaben an, sich bereits in psychiatrischer Vorbehandlung befunden zu haben ( $N = 16$ ). Bei 86,4% dieser Gefangenen wurde angeregt, eine störungsorientierte Medikation mit Methylphenidat oder noradrenergen Antidepressiva einzuleiten.

### *Diskussion*

Die Anzahl der diagnostizierten psychiatrischen Störungen in der JVA Neumünster ist beeindruckend hoch. Auch das Spektrum der diagnostizierten psychiatrischen Störungen ist breit gestreut, sodass Art und Häufigkeit der Störungen auf einen großen psychiatrischen Versorgungsbedarf in dieser Justizvollzugsanstalt hinweisen. Dabei ist der deutliche Anstieg der Fallzahlen zwischen 2013 und 2015 vorwiegend auf die stetig ausgeweiteten Stundenkontingente für die psychiatrische Sprechstunde zurückzuführen, die erweitert wurden, um dem steigenden Bedarf besser zu entsprechen. Ein weiterer Faktor für die Zunahme der Konsilanzahl dürfte allerdings auch darin zu sehen sein, dass die JVA-Bediensteten und der Anstaltsarzt mehr als vor Etablierung des Konsilangebots für den Bedarf nach einer psychiatrischen Diagnostik sensibilisiert sind.

Die Auswertung der Daten macht deutlich, dass die Überweisungen von Gefangenen fast immer zu einer psychiatrischen Diagnose und einer entsprechenden Behandlungsempfehlung geführt haben. Angesichts dieser hohen Anzahl an diagnostizierten psychischen Störungen erscheint es verlockend, aus den vorliegenden Daten eine Aussage zur Prävalenz psychischer Störungen in der JVA Neumünster insgesamt herleiten zu wollen. Solch eine Kalkulation ist jedoch mit den vorhandenen Daten nicht seriös durchzuführen, weil unsere Stichprobe einerseits in Abhängigkeit von dem vorhandenen Stundenkontingent entstanden ist und andererseits dem Selektions-Bias unterliegt, dass vorwiegend Patienten mit psychischen Auffälligkeiten zugewiesen wurden, die zu einer Störung des Vollzugsablaufs führten. Aufgrund dessen ist eine Einschätzung, wie viele Gefangene der JVA Neumünster im Erfassungszeitraum an einer psychiatrischen Erkrankung litten, aber aus verschiedenen Gründen nicht in der psychiatrischen Sprechstunde vorgestellt wurden, derzeit nicht möglich. Vor dem Hintergrund früherer Studienergebnisse, die andere Sampling-Strategien verwendeten, nämlich solche,

die unabhängiger von Vorstellungswünschen oder Vollzugsauffälligkeiten waren (Fazel und Danesh, 2002; Fazel, Brains und Doll, 2006; Fazel, Doll und Langstrom, 2008; Fazel und Baillargeon, 2011; Andersen, 2004; Goff et al. 2007), kann davon ausgegangen werden, dass die tatsächlichen Prävalenzen für psychische Störungen in der JVA Neumünster (deutlich) höher liegen, als eine Hochrechnung der hier vorgestellten Daten auf die Gesamtpopulation der JVA ergeben würde.

Ähnlich wie in Stichproben anderer Studien (Frädrich und Pfäfflin, 2000; von Schönfeld et al., 2006; Watzke, Ullrich und Marneros, 2006; Dudeck et al. 2009; Bulten, Nijman und van der Staak, 2009; Gosden, Kramp, Gabrielsen und Sestof, 2003) fanden sich in unserer Stichprobe am häufigsten substanzbezogene Störungen, wobei als konsumierte Substanzen neben Alkohol vor allem Cannabis und Heroin angegeben wurden. Von anderen Studien abweichend waren in der psychiatrischen Sprechstunde der JVA Neumünster psychoreaktive und affektive Störungen, aber auch psychotische Störungen und die adulte Form des ADHS besonders häufig vertreten. Dagegen wurden sehr viel seltener Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert als in anderen Untersuchungen mit Gefängnisinsassen (Fazel und Danesh, 2002; Frädrich und Pfäfflin, 2000; Dudeck et al. 2009), was vermutlich auf die Rahmenbedingungen der unterschiedlichen Untersuchung zurückzuführen ist: Im aktuellen Untersuchungskontext der konsiliar-psychiatrischen Vorstellungen handelt es sich in der Regel um Kurzkontakte, sodass eine ausführliche Persönlichkeitsdiagnostik unter Einsatz standardisierter Verfahren nicht möglich war. Zusätzlich handelte es sich bei der vorliegenden Untersuchung um eine hochselektive Stichprobe, während in anderen Studien verschiedenste Sampling-Strategien verwendet wurden (Fazel und Danesh, 2002).

Vergleicht man die aktuelle Datenauswertung der konsiliar-psychiatrischen Sprechstunde mit der bisher einzigen deutschen Studie zur Feststellung der psychiatrischen Störungen einer intramuralen psychiatrischen Behandlungsabteilung in der Berliner JVA Plötzensee, in die alle 124 konsekutiv aufgenommenen Patienten zwischen Januar 2010 und Februar 2011 eingeschlossen wurden (Opitz-Welke und Konrad, 2012), ergeben sich gewisse Unterschiede in Bezug auf die festgestellten psychischen Störungen: In der intramuralen Behandlungsabteilung der Berliner JVA waren 55% der Patienten an einer psychotischen Störung erkrankt, während sich in der aktuellen Auswertung der JVA Neumünster lediglich 13% psychotische Patienten fanden. Eine Begründung für diesen Unterschied mag darin liegen, dass diese psychiatrische Behandlungsabteilung als zentrale Behandlungseinheit für psychiatrische Störungen sämtlicher JVA in Berlin möglicherweise Zuweisungen psychotischer Patienten aus anderen Haftanstalten erhalten hat. In der JVA Neumünster lagen dagegen mit ca. 23% deutlich häufiger affektiver Störung vor als in der Berliner JVA (5,6%). In beiden JVA waren häufig Anpassungsstörungen zu diagnostizieren (JVA Berlin: 28%, JVA Neumünster: ca. 40%).

Bei den vorgestellten Patienten der psychiatrischen Sprechstunde wurde fast durchgehend ein hoher Behandlungsbedarf gesehen, wobei in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle eine Medikation empfohlen, aber bei einer großen Anzahl der Patienten auch die Indikation für eine Psychotherapie gesehen wurde. Außerdem war bei immerhin

6% der Patienten eine Verlegung in eine psychiatrische Fachklinik zu empfehlen und damit auch die Haftfähigkeit infrage gestellt.

Betrachtet man die gegebenen Rahmenbedingungen in der JVA Neumünster kann der vorhandene Behandlungsbedarf mit den bisherigen Mitteln sicher nicht gedeckt werden: Mag es noch möglich erscheinen, unter Haftbedingungen eine syndrombezogene Medikation einzuleiten, ist es oft schon nicht mehr möglich, die jeweils angesetzte Medikation leitliniengerecht zu überwachen. Für eine supportive oder eine systematische Psychotherapie stehen ebenfalls keine Ressourcen zur Verfügung. Und auch die empfohlene Verlegung in eine psychiatrische Klinik kann nur in einzelnen Fällen umgesetzt werden.

Da zumindest die meisten Empfehlungen für eine medikamentöse Therapie umgesetzt worden sind und in einzelnen Fällen schon allein die ärztlichen Gespräche im Rahmen der psychiatrischen Vorstellungen einen gewissen entlastenden Effekt gehabt haben dürften, verbinden sich mit den durchgeführten Interventionen interessante Fragestellungen für zukünftige Erhebungen, nämlich ob und wie dadurch das Binnenklima in der JVA Neumünster beeinflusst worden ist: Verändert sich die Wahrnehmung der Gefangenen und der Umgang mit ihnen durch die Tatsache, dass eine psychiatrische Diagnose gestellt und eine Behandlung eingeleitet worden ist? Finden sich weniger Störungen der Routineabläufe durch psychisch auffällige Gefangene und kann nachgewiesen werden, dass die Rate gewalttätiger Zwischenfälle sogar durch eine niederfrequente psychiatrische Mitbetreuung reduziert werden kann?

## 9 Schlussfolgerungen und Ausblicke

Aus rechtlicher Sicht haben alle Gefangenen entsprechend dem § 58 des Strafvollzugsgesetzes Anspruch auf eine Behandlung ihrer gesundheitlichen Störung, wenn diese Behandlung notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Aus ethischer Sicht sollen insbesondere alle Strafgefangenen die gleiche Behandlung wie nicht inhaftierte psychisch kranke Personen erhalten können (Konrad et al., 2007). Bisher ist diese Forderung so wenig erfüllt, dass weiterhin Justizvollzugsanstalten als spezifische Verwahranstalten für psychisch gestörte Menschen im Sinne „neuer Asyls“ für psychiatrische Patienten bezeichnet werden könnten (Konrad, 2002). Dabei würden die bereits seit längerer Zeit bekannten empirischen Hinweise auf hohe Prävalenzraten für psychische Störungen bei Gefangenen nahelegen, routinemäßig Screeningverfahren zur Feststellung psychischer Störungen vorzulegen und entsprechende psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungen in Gefängnissen vorzuhalten (Konrad, Welke und Opitz-Welke, 2012).

Ähnlich wie die aktuelle Auswertung hatten frühere Studien in der JVA Neumünster auf hohe Prävalenzen psychischer Störungen unter den dortigen Gefangenen hingewiesen: Eine erste systematische Auswertung von 60 Teilnehmern an einem intramuralen Gewaltstrafäterprogramm führte bei über 80% der Probanden zur Diagnose einer

substanzbezogenen Störung und bei 58% der Untersuchten zur der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung (Huchzermeier et al., 2006). In einer nachfolgenden Studie mit einer größeren Stichprobe von Teilnehmern an dem intramuralen Behandlungsprogramm wurden diese Ergebnisse bestätigt (Huchzermeier et al., 2006), und bei einer Studie mit jungen Straftätern der JVA Neumünster (Jugendanstalt) fanden sich ebenfalls hohe Prävalenzen von substanzbezogenen Störungen, von antisozialen Persönlichkeitsstörungen und Störungen des Sozialverhaltens (Köhler et al., 2009) – all diese Befunde sind deutliche Hinweise auf einen hohen psychiatrischen Versorgungsbedarf in der JVA Neumünster.

Wenn eine zeitgemäße und bedarfsorientierte Versorgung psychiatrisch auffälliger oder erkrankter Gefangener umgesetzt werden soll, ist daher in der JVA Neumünster die Etablierung einer anstaltseigenen psychiatrischen Behandlungsabteilung notwendig, wobei die besonderen Behandlungsbedingungen der Gefängnispsychiatrie beachtet werden müssen (Konrad, Welke und Opitz-Welke, 2012). Denn auch die bisherigen Erfahrungen der konsiliar-psychiatrischen Sprechstunde machen den Bedarf für umfassendere diagnostische und therapeutische Interventionen deutlich.

Auf Basis der vorliegenden Datenauswertung der extern durchgeführten psychiatrischen Sprechstunde über die drei letzten Jahre müsste diese Behandlungsabteilung im Prinzip wie eine psychiatrische Station in einem Akutkrankenhaus mit gemischter Patientenbelegung ausgestattet sein. Diese Abteilung sollte nicht nur eine basale psychiatrische Diagnostik und allgemeine psychiatrische Behandlungsoptionen bieten, sondern sich darüber hinaus einigen besonderen Schwerpunkten widmen:

- Zum einen ist für die Gruppe der psychoreaktiven, am ehesten affektiv getönten Störungen ein stützend-strukturierendes Behandlungssetting einschließlich einer symptomatischen Medikation erforderlich.
- Für die Gruppe der substanzbezogenen Störungen wäre einerseits eine qualifizierte Entzugsbehandlung erforderlich, andererseits eine besondere Beachtung komorbider Störungen (Köhler et al., 2010; Perry et al. 2015).
- Für die Gruppe der akuten und chronifizierten Schizophrenie-Patienten wäre einerseits eine leitliniengerechten Neuroleptika-Behandlung zu etablieren und andererseits eine basale Form der Psychoedukation zu leisten. Außerdem scheint es sinnvoll, ein niedrighschwelliges Behandlungsprogramm für Patienten mit einer Komorbidität aus Sucht- und psychotischen Erkrankungen aufzubauen, wie es sich in all-gemeinpsychiatrischen Akutstationen bewährt hat (Gouzoulis-Mayfrank et al., 2012).
- Für den großen Anteil der adulten Form des ADHS – die im Übrigen häufig bei Gefangenen zu diagnostizieren ist, auch wenn die kindliche Form des ADHS zuvor nicht festgestellt worden war (Ginsberg, Hirvikoski und Lindefors, 2010) – wäre einerseits eine medikamentöse Ersteinstellung auf die individuell notwendige Dosis einer spezifischen Therapie mit Stimulanzien oder Antidepressiva einzuleiten und zu überwachen. Andererseits sollte auch in diesem Bereich zumindest eine basale

Psychoedukation, wenn nicht sogar ein störungsorientiertes Psychotherapieverfahren etabliert und regelhaft eingesetzt werden.

Denkt man über sinnvolle psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungsstrukturen für Strafgefangene in der JVA Neumünster nach, wäre zudem zu beachten, dass wahrscheinlich bei vielen Gefangenen zusätzlich komorbide Persönlichkeitsstörungen vorliegen, was die Behandlung der bereits genannten psychischen Störung erschweren und dazu führen dürfte, dass zusätzlich spezielle Psychotherapieverfahren eingesetzt werden müssten und außerdem langfristig angelegte soziotherapeutische und sozialpsychiatrische Interventionen zu etablieren wären.

Auch sollten die intramuralen psychiatrischen Behandlungsangebote mit gemeindepsychiatrischen Behandlungsstrukturen außerhalb der JVA Neumünster vernetzt werden, um adäquate Behandlungsstrukturen für diese schwierige Patientengruppe auch nach deren Entlassung im Sinne einer bedarfsgerechten Nachsorge zu etablieren, die den individuellen Anforderungen entspricht – eine Forderung, die sich im Übrigen auch aus dem Vergleich mit anderen europäischen Justizsystemen und den dort etablierten psychiatrischen Versorgungsstrukturen ergibt (Salize & Dreßing, 2008).

### Literatur

Andersen, H. S. (2004). Mental health in prison populations. A review with special emphasis on a study of Danish prisoners on remand. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 5-59.

Bulten, E1., Nijman, H. und van der Staak, C. (2009). Psychiatric disorders and personality characteristics of prisoners at regular prison wards. *Int J Law Psychiatry*. doi: 10.1016/j.ijlp.2009.01.007

Dudeck, M., Kopp, D., Kuwert, P., Drenkhahn, K., Orlob, S., Lüth, H., Freyberger, H. und Spitzer, C. (2009). Prevalence of psychiatric disorders in prisoners with a short imprisonment: results from a prison in North Germany. *Psychiatr Prax*, 36 (5), 219-224.

Fazel, S. und Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet* (359), 545-550.

Fazel, S., Bains, P. und Doll, H. (2006). Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. *Addiction*, 101 (2), 181-191.

Fazel, S., Doll, H. und Långström, N. (2008). Mental disorders among adolescents in juvenile detention and correctional facilities: a systematic review and metaregression analysis of 25 surveys. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 47, 1010-1019.

Fazel, S. (2011). Baillargeon The health of prisoners J Lancet. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61053-7

Frädriich, S. und Pfäfflin, F. (2000). Zur Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen bei Strafgefangenen. *Recht und Psychiatrie*, 18, 95-104.

- Goff, A1., Rose, E., Rose, S. und Purves, D. (2007). Does PTSD occur in sentenced prison populations? A systematic literature review. *Crim Behav Ment Health*, 17 (3), 152-62.
- Gouzoulis-Mayfrank, E., König, S., Koebke, S., Schnell, T., Schmitz-Buhl, M. und Daumann, J. (2015). Trans-sector integrated treatment in psychosis and addiction—a randomized controlled study of a motivational, cognitive behavioral therapy program under standard hospital treatment conditions. *Deutsches Ärzteblatt*, 112, 683–91. DOI: 10.3238/arztebl.2015.0683
- Ginsberg, Y., Hirvikoski, T. und Lindefors, N. (2010). Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) among longer-term prison inmates is a prevalent, persistent and disabling disorder. *BMC Psychiatry*, 10, 112.
- Gosden, N.P., Kramp, P., Gabrielsen, G. und Sestoft, D. (2003). Prevalence of mental disorders among 15-17-year-old male adolescent remand prisoners in Denmark. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 102-110.
- Huchzermeier, C., Bruß, E., Godt, N. und Aldenhoff, J. (2006). Das Kieler Projekt für Gewaltstraftäter. *Recht und Psychiatrie*, 24, 134-141.
- Huchzermeier, C., Bruss, E., Godt, N. und Aldenhoff, J. (2006). Kiel psychotherapy project for violent offenders towards empirically based forensic psychotherapy- disturbance profiles and risk of recidivism among incarcerated offenders in a German prison. *Journal of Clinical Forensic Medicine*, 13 (2), 72-79.
- Konrad, N. (2004). Prävalenz psychischer Störungen bei Verbüßern einer Ersatzfreiheitsstrafe. *Recht und Psychiatrie*, 22, 147-15.
- Konrad, N., Arboleda-Florez J., Hager A., Naudts J., Tabord J. und Tataru N. (2007). Consensus paper: Prison psychiatry. *International Journal of Prisoner Health*, 3, 111-113.
- Konrad, N. (2002). Prisons as new asylums. *Curr Opinion Psychiatr*, 15, 583-587.
- Konrad, N1., Welke, J. und Opitz-Welke, A. (2012). Prison psychiatry. *Curr Opin Psychiatry*. doi: 10.1097/YCO.0b013e328356b7c3
- Köhler, D., Heinzen, H., Hinrichs, G. und Huchzermeier, C. (2009). The Prevalence of Mental Disorders in a German Population of Male Incarcerated Juvenile Delinquents. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 53 (2), 211-227.
- Köhler, D., Uthmann, C., Comtesse, H., Hinrichs, G. und Huchzermeier, C. (2010). Substanzkonsum von jungen Straftätern in der Zeit vor der Aufnahme in den Jugendarrest und den Jugendstrafvollzug. *Praxis der Rechtspsychologie*, 20 (1), 93-105.
- Missoni, L., Utting, F.M. und Konrad, N. (2003). Psychi(atri)sche Störungen bei Untersuchungsgefangenen. Ergebnisse und Probleme einer epidemiologischen Studie. *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe*, 6, 323 – 332.

- Opitz-Welke, A. und Konrad, N. (2012). Inpatient treatment in the psychiatric department of a German prison hospital. *Int J Law Psychiatry*. doi: 10.1016/j.ijlp.2012.02.015
- Perry, AE., Neilson, M., Martyn-St James, M., Glanville, JM., Woodhouse, R., Godfrey, C. und Hewitt, C., (2015). Interventions for drug-using offenders with co-occurring mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi: 10.1002/14651858.CD010901.pub2.
- Salize, H. J. und Dreßing, H. (2008). Epidemiologie und Versorgung psychischer Störungen im europäischen Strafvollzug. *Psychiatrische Praxis*, 35, 353-360.
- Watzke, S., Ullrich, S. und Marneros, A. (2006). Gender- and violence-related prevalence of mental disorders in prisoners. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 256 (7), 414-421.
- Von Schönfeld, C.-E., Schneider, F., Schröder, T., Widmann, B., Botthof, U. und Driesen, M. (2006). Prävalenz psychischer Störungen, Psychopathologie und Behandlungsbedarf bei weiblichen und männlichen Gefangenen. *Nervenarzt*, 7, 830-841.

*Korrespondenzadresse:*

PD Dr. Christian Huchzermeier  
Institut für Sexualmedizin und Forensische Psychiatrie und Psychotherapie  
Zentrum für Integrative Psychiatrie, Campus Kiel, UK –SH  
Niemannsweg 147  
24105 Kiel