



Ruhr-Universität Bochum

Masterstudiengang Kriminologie, Kriminalistik und Polizeiwissenschaft
Juristische Fakultät der Ruhr-Universität Bochum

Masterarbeit

Psychiatrische Erkrankungen im Jugendstrafvollzug: Prävalenz, Tatrelevanz und Therapieoptionen.

Eine situative Analyse anhand empirischer Daten und
Experteninterviews in der JVA Adelsheim

Erstgutachter: Lena Jordan

Zweitgutachter: Prof. Dr. Helmut Kury

vorgelegt von:

Dr. Nicole Peschke aus Würzburg

Mail: nicpeschke@t-online.de

Abgabe zum 16.02.2018

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	5
2	Theoretische Grundlagen.....	10
2.1	Die Systematik der Erfassung psychiatrischer Erkrankungen	10
2.2	Studienlage zur psychischen Gesundheit in Deutschland	11
2.3	Spezifischer Störungen der Kindheit und Adoleszenz.....	14
2.4	Fachärztliche Konsultationen	18
2.5	Die kriminologische Bedeutung psychiatrischer Störungsbilder	19
2.5.1	Störungen durch psychotrope Substanzen (F1).....	20
2.5.2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F2).....	21
2.5.3	Affektive Störungen (F3)	22
2.5.4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4).....	23
2.5.5	Persönlichkeitsstörungen (F6).....	24
2.5.6	Entwicklungsstörungen (F8).....	26
2.5.7	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9).....	26
2.6	Psychiatrische Erkrankungen im Erwachsenenenvollzug.....	28
2.7	Psychiatrische Erkrankungen im Jugendvollzug	33
2.8	Behandlungsoptionen psychischer Erkrankungen im Strafvollzug	35
2.9	Zusammenfassung	36
3	Methodik.....	38
3.1	Untersuchungsort.....	38
3.2	Quantitative Datengenerierung.....	39
3.2.1	Datenmaterial	40
3.2.2	Auswahl der Stichprobe	40
3.2.3	Datenaufbereitung	41
3.2.4	Datenauswertung	42
3.3	Qualitative Datengenerierung	42
3.3.1	Auswahl der Interviewpartner	43
3.3.2	Das leitfadengestützte Interview	44
3.3.3	Ablauf der Experteninterviews.....	47
3.3.4	Auswertung der Experteninterviews	47
4	Ergebnisse der quantitativen Datenanalyse.....	49

4.1	Die Prävalenz psychiatrischer Erkrankungen in der JVA Adelsheim..	49
4.2	Epidemiologische Beurteilung der Ergebnisse der Datenanalyse	53
4.3	Pathogenetische Beurteilung der Ergebnisse der Datenanalyse	54
4.4	Kriminologische Beurteilung der Ergebnisse der Datenanalyse	56
4.4.1	Substanzbedingte Störungen – Ergänzung (F1)	56
4.4.2	Schizophrene, schizotype und wahnhafte Störungen (F2).....	57
4.4.3	Affektive Störungen (F3)	58
4.4.4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4)	58
4.4.5	Persönlichkeitsstörungen (F6).....	59
4.4.6	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9).....	59
4.5	Zusammenfassung	61
5	Ergebnisse der Experteninterviews	63
5.1	Die Erfassung psychisch erkrankter Häftlinge	63
5.2	Diagnostik.....	65
5.3	Pathogenese.....	69
5.4	Kriminologischer Hintergrund	71
5.5	Therapie	74
5.6	Entlassvorbereitungen	77
5.7	Wünsche	78
5.8	Zusammenfassung	79
6	Diskussion der Ergebnisse	81
6.1	Prävalenz psychischer Erkrankungen im Jugendstrafvollzug	81
6.2	Diagnosespektrum und Tatrelevanz	83
6.3	Therapieoptionen	87
7	Fazit	90
	Literaturverzeichnis	92
	Anhang	107
	A Tabellen.....	108
	B Schriftwechsel mit der JVA Adelsheim.....	111
	C Analyseverfahren der Experteninterviews	114
	D Experteninterviews	119

Abkürzungsverzeichnis

ADHS	Attention deficit/Hyperactivity disorder
APA	American Psychiatric Association
B-Zelle	Besonders gesicherter Haftraum
BgH	vgl. B-Zelle
BGS	Bundesgesundheitsurvey
BIOS	Behandlungsinitiative-Opferschutz
Btm	Betäubungsmittel
BtmG	Betäubungsmittelgesetz
DEGS	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland
DEGS-MH	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland – Mental Health
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
FPI	Freiburger Persönlichkeitsinventar
GG	Grundgesetz
ICD	International Statistical Classification of Diseases
JA	Justizvollzugsanstalt
JVA	vgl. JA
KFN	Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen
KIGGS	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
KV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
MINI-KID	Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents
PPC	Positive Peer Culture
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
ReSo	Resozialisation
RKI	Robert-Koch Institut
SCL	Symptom-Checkliste
SKID	Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV
SPM	Standard Progressive Matrices
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
StGB	Strafgesetzbuch
U-Haft	Untersuchungshaft
WHO	World Health Organization

1 Einleitung

„Tatsächlich bricht sich, was das Verbrechen anbelangt, immer mehr unsere Anschauung Bahn, dass auch dieses als eine organische Erscheinung, nicht aber als eine menschliche Willensäußerung aufzufassen ist“. (Cesare Lombroso, 1836-1909).¹

Mit diesen Sätzen beschrieb Cesare Lombroso vor über 100 Jahren seine Vision unseres Jahrtausends, in der er die Ursachen der Kriminalität in Form begreif- und behandelbarer Erkrankungen entschlüsselt und dementsprechend Haftanstalten durch psychiatrische Krankenhäuser ersetzt sah.² Auch wenn diese Thesen in ihrer Form bereits frühzeitig wissenschaftlich nicht haltbar erschienen und in ihrer Radikalität den Betroffenen nicht zu Gute kamen, zeigten sie doch frühzeitig die Möglichkeit einer Vernetzung psychopathologischer und kriminologischer Merkmale auf, die bis heute Gegenstand der Forschung ist.³

Die aktuelle Relevanz der Thematik wird zusätzlich deutlich, wenn man die öffentliche Berichterstattung betrachtet, in der beispielsweise im Dezember 2016 der Justizminister für Baden-Württemberg, Guido Wolf, vor dem Hintergrund steigender Zahlen psychisch erkrankter Häftlinge dringend den Neubau eines erweiterten Justizvollzugskrankenhauses fordert, in dem die Mehrheit der Behandlungsplätze der psychiatrischen Versorgung vorbehalten sein sollen.⁴ Im Juli 2017 wurde bereits innerhalb der JVA Oldenburg eine psychiatrische Abteilung mit 20 Plätzen eröffnet, und als „Meilenstein“ für die Versorgung der psychisch kranken Insassen bezeichnet.⁵ Im November 2017 konnte eine ebensolche Station auch für den Jugendvollzug in der JVA Hameln freigegeben werden, was den hohen Bedarf einer psychiatrischen Versorgung grade auch der jungen Straftäter unterstreicht.⁶ Neben diesem Bedarf innerhalb der Haftanstalten erreichen in Abständen schwerwiegende

¹ Lambroso, Verbrechen und Wahnsinn im XXI. Jahrhundert, in: Bremer, Die Welt in 100 Jahren, Seite 56.

² Vgl. ebenda.

³ Vgl. Schwind, Kriminologie, S. 108ff.

⁴ Vgl. Rieger, Wolf dringt auf neue Vollzugsklinik, www.stuttgarter-zeitung.de, 07.12.2016.

⁵ Vgl. Niedersächsisches Justizministerium, Justizministerin eröffnet neue Psychiatrie in der JVA Oldenburg, www.mj.niedersachsen.de, 19.07.2017.

⁶ Vgl. Niedersächsisches Justizministerium, Justizministerin eröffnet stationäre Psychiatrie in der Jugendanstalt Hameln, www.mj.niedersachsen.de, 07.11.2017.

und tragische Delikte mit hoher medialer Präsenz die Öffentlichkeit, bei denen ebenfalls ursächlich eine psychische Vorerkrankung jugendlicher und heranwachsender Täter als tatrelevanter Faktor in den Raum gestellt bzw. diskutiert wird. So wurde über den 17-jährigen Tim K., der im März 2009 in Winnenden 15 Menschen und anschließend sich selbst tötete, veröffentlicht, dass er im Vorfeld unter einer Depression gelitten habe.⁷ Bei dem 19-jährigen Frederik B., der die Schuld an der Tötung einer 4-köpfigen Familie im April 2009 in Eislingen gestand, wurde nach Medienangaben ein Asperger-Syndrom diagnostiziert.⁸

Die hiermit assoziierte Verbindung psychischer Erkrankungen mit schweren Kapitalverbrechen führt zu Verunsicherungen und Interpretationen bewegen sich auf einem schmalen Grad gegenüber einer ungerechtfertigten Stigmatisierung.⁹ Aber auch wenn man einwenden mag, dass hier die Dominanz der Berichte die Relevanz psychischer Erkrankungen als kriminologischen Faktor überzeichnet, unterstreichen diese Kasuistiken doch gerade die Notwendigkeit einer aktuellen Analyse, inwieweit Kriminalität tatsächlich von psychischen Erkrankungen beeinflusst wird. Dabei sind vor dem Hintergrund des Entwicklungsaspektes insbesondere die jugendlichen und heranwachsenden Delinquenten von Interesse, da darüber hinaus die Frage besteht, inwieweit bestimmte Störungen grundsätzlich einen vulnerablen Faktor bezüglich krimineller Verhaltensweisen darstellen, oder sogar darüber hinaus eine gewisse „Weichenstellung“ für die Prognose bedingen können. Es erscheint daher nicht nur die Kenntnis der allgemeinen Prävalenz psychiatrischer Erkrankungen unter Straftätern wichtig, sondern auch die Verteilung und pathogenetische Zuordnung der einzelnen Diagnosen. Entscheidend ist dabei die Differenzierung, inwieweit eine psychische Störung bereits zum Tatzeitpunkt bestand und somit ursächlich in Betracht kommt. Auch muss analysiert werden, inwieweit eine bestehende Störung tatsächlich durch ihre Symptomatik einen Risikofaktor darstellt(e), das zum Straftatbestand führende delinquente Verhalten auszulösen oder zu fördern. Gerade die oben genannten Beispiele benennen dabei zwei psychische Erkrankungen, die zumindest nicht spontan eine übergeordnete Bedeutung als Auslöser kriminellen Verhaltens assozii-

⁷ Vgl. Banse et al, Tim K., Depressiv, überfordert, einsam, www.welt.de, 12.03.2009.

⁸ Vgl. Soldt, Das Urteil ist da, die Tat bleibt ein Rätsel, www.faz.net, 31.03.2010.

⁹ Vgl. von Heydendorff/Dreßing, Psychiat Prax, 3/2016, S. 134ff.

ren lassen. Es ist daher zu hinterfragen, inwieweit psychische Störungen bereits per se das Risiko kriminellen Verhaltens erhöhen, und in welcher Form „typische“ und kriminologisch bedeutsame Symptomkonstellationen, respektive Diagnosen, überhaupt abgegrenzt werden können.

Bezüglich einer solch differenzierten Analyse psychiatrischer Erkrankungen existieren innerhalb der Haftanstalten des Regelvollzuges im deutschsprachigen Raum nur wenige systematisierte Untersuchungen und gerade im Jugendvollzug wird ein Mangel in der Erfassung psychischer Störungen beklagt.¹⁰ Dies basiert maßgeblich auf der Problematik einer validen Erhebung, da der Personalschlüssel innerhalb der Haftanstalten kein allgemeines Screening eines jeden Insassen durch den Arzt oder Psychologen erlaubt und daher diagnostische Beurteilungen durch Fachpersonal meist einer gewissen Selektion folgen müssen.¹¹ Umgekehrt unterliegt die Selbstbeurteilung der Häftlinge mittels standardisierter Fragebögen einer ebensolchen Problematik, da diese stark von Motivation, Compliance und zuletzt auch dem Sprachverständnis abhängen.¹²

Die vorliegende Untersuchung will dieser Problematik Rechnung tragen, indem die Ergebnisse einer quantitativen Datenanalyse der psychiatrischen Erkrankungen bei Inhaftierten des Jugendvollzuges der JVA Adelsheim mit einer qualitativen Untersuchung in Form von Experteninterviews des zuständigen Fachdienstes kombiniert werden. Hiermit soll erreicht werden, dass neben der Darstellung der konkreten Diagnoseraten auch beeinflussende und filternde Faktoren genannt, sowie die pathogenetische Entität und die kriminologische Bedeutung der Erkrankungen genauer differenziert werden können. Gleichzeitig soll durch die Interviews ein Einblick in die Optionen therapeutischen Handelns vor der Besonderheit der Inhaftierungssituation gegeben werden, denen in Hinblick auf die gesundheitliche, aber auch die kriminologische Prognose eine besondere Bedeutung zukommt.

¹⁰ Vgl. Brünger/Weissbeck, Psychisch kranke Straftäter im Jugendalter – eine interdisziplinäre Herausforderung, S. 8f.

¹¹ Vgl. Huchzermaier/Ostermann/Folgmann, RPsych, 2/2016, S. 191.

¹² Vgl. Möller, Standardisierte psychiatrische Befunddiagnostik, S. 408.

Im Einzelnen sollen dabei folgende Forschungsfragen beantwortet werden:

Forschungsfrage (I):

Besteht bei inhaftierten Jugendlichen und Heranwachsenden eine abweichende Prävalenz psychiatrischer Erkrankungen und wie sind eventuelle Unterschiede vor dem Hintergrund der Inhaftierung zu bewerten?

Forschungsfrage (II):

Wie ist die Verteilung der Diagnosen zu beurteilen, insbesondere derer, die bereits vor der Inhaftierung bestanden, und ist hier eine kriminologische Relevanz vorhanden?

Forschungsfrage (III):

Welche Besonderheiten und Perspektiven ergeben sich für die Jugendlichen und Heranwachsenden in Hinsicht auf Krankheit und kriminologische Prognose durch die therapeutischen Maßnahmen in Haft?

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wird die Thematik aus verschiedenen Untersuchungsperspektiven analysiert und die Ergebnisse nachfolgend gemeinsam diskutiert. Hierbei besteht folgende Vorgehensweise:

Kapitel zwei beschäftigt sich mit den theoretischen Grundlagen der Forschungsfragen (I), (II) und (III), die im Anschluss mit den eigenen Untersuchungsergebnissen in Relation gesetzt werden sollen. Anhand aktueller Studien erfolgt eine Darstellung der Prävalenz psychiatrischer Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung, sowie innerhalb von Haftpopulationen. Anschließend wird der Kenntnisstand über die kriminologische Bedeutung der einzelnen psychiatrischen Erkrankungen im Sinne einer evtl. Tat- und Prognoserelevanz dargelegt. Im Anschluss erfolgt ein Überblick über die aktuellen Therapieoptionen im Strafvollzug, sowie abschließend eine Zusammenfassung des bisherigen Forschungsstandes.

Kapitel drei bildet den Übergang zu den eigenen Untersuchungsergebnissen, indem zunächst die JVA Adelsheim vorgestellt und relevante Kernpunkte im Konzept der Haftanstalt erläutert werden. Anschließend wird die Methodik der quantitativen und qualitativen Datenanalyse dargelegt, und der Aufbau und Ablauf der einzelnen Untersuchungsschritte erläutert.

In Kapitel vier werden die Ergebnisse der quantitativen Datenerhebung psychiatrischer Erkrankungen innerhalb der JVA Adelsheim vorgestellt. Die Ergebnisse behandeln somit im Schwerpunkt die Beantwortung der Forschungsfragen (I) und (II). Hierbei wird zunächst die Prävalenz und anteilige Häufigkeit der psychiatrischen Diagnosen in Form einer deskriptiven Statistik aufgeführt. Die Ergebnisse werden anschließend hinsichtlich der Relation zu den Vergleichsuntersuchungen, sowie des theoretischen kriminologischen Bezuges aus der Literaturrecherche analysiert, und es erfolgt ein kurzes Zwischenfazit.

Kapitel fünf gibt die Ergebnisse der Experteninterviews wieder. Inhaltlich werden in den Experteninterviews alle Forschungsfragen (I), (II) und (III) behandelt. Die Resultate stellen zum einen eine Erläuterung von Bedingungs- und Handlungsfaktoren und dar, die zur weiteren Differenzierung der quantitativen Datenanalyse beitragen, vor allem erfolgt hier jedoch eine unabhängige Stellungnahme der Experten zu den Forschungsfragen aus Sicht ihres individuellen Aufgabengebietes. Auch hier wird im Anschluss ein kurzes Zwischenresümee gezogen.

Die ausführliche Diskussion der Forschungsergebnisse erfolgt innerhalb des Kapitels sechs, indem die Forschungsfragen in der Zusammenschau und unter Berücksichtigung der Aspekte aus der Literatur, der quantitativen und der qualitativen Datenanalyse, behandelt und beantwortet werden. Gleichzeitig werden die Ergebnisse reflektiert und Besonderheiten der Untersuchung sowie Grenzen des Erfassungsrahmens kritisch diskutiert.

Den Abschluss der Arbeit bildet mit Kapitel sieben das Gesamtfazit sowie der Ausblick, der neben der Beantwortung der Forschungsfragen auch eine Zukunftsperspektive bilden soll, um hier, evtl. im Kontrast zu den Visionen Cesare Lombardos, ein realistischeres und differenzierteres Bild der Gegenwart und Zukunft des psychiatrischen Bedarfes im modernen Strafvollzug zu zeichnen.

2 Theoretische Grundlagen

Ziel der Literaturrecherche ist zunächst die allgemeine Darstellung der Grundsystematik und Erscheinungsform psychiatrischer Erkrankungen.¹³ Es sollen die diagnostischen Möglichkeiten ebenso wie die Einschränkungen und eventuellen Schwierigkeiten bei der Diagnosefindung aufgezeigt werden. Vor diesem Hintergrund soll anschließend die aktuelle Situation der psychischen Gesundheit in Deutschland skizziert, und in Relation zu entsprechenden Untersuchungsergebnissen innerhalb deutscher Haftanstalten gesetzt werden, um einen Hintergrund für die Interpretation der eigenen Untersuchungsergebnisse zu erhalten. Einen besonderen Fokus stellen hierbei kriminologisch relevante psychiatrische Diagnosen dar, die zunächst anhand von Theoriemodellen der Literatur zu differenzieren sind. Hier gilt es zu prüfen, inwieweit unter Inhaftierten Abweichungen in der Prävalenz psychiatrischer Erkrankungen beschrieben werden und ob diese Ergebnisse mit kriminologischen bzw. forensischen Theorien korrelieren.

2.1 Die Systematik der Erfassung psychiatrischer Erkrankungen

Die Erhebung psychiatrischer Diagnosen obliegt der Besonderheit, dass Diagnosen mitunter nicht objektiv messbar sind, sondern einer subjektiven Beurteilung, oft auch wesentlich einer Selbstbeurteilung der Patienten unterliegen.¹⁴ International wird daher zur Standardisierung psychischer Erkrankungen auf die Verwendung normierter Klassifikationssysteme zurückgegriffen, die eine medizinisch-psychologische Beurteilung und Erstellung einer differenzierten Diagnose ermöglichen. Auch dies unterliegt allerdings gewissen Einschränkungen, da weltweit zwei unterschiedliche Klassifikationssysteme Verwendung finden, die sich zum Teil in den diagnostischen Richtlinien unterscheiden und hierdurch auch abweichende Prävalenzraten entstehen lassen können.

Im amerikanischen Raum hat sich diesbezüglich das inzwischen in der fünften Version vorliegende diagnostische und statistische Manual psychischer

¹³ Die Begriffe psychiatrische Erkrankung/psychische Störung werden im Folgenden synonym verwendet.

¹⁴ Vgl. Stieglitz, Diagnostik und Klassifikation in der Psychiatrie, S. 27.

Erkrankungen (DSM-V) der amerikanischen psychiatrischen Gesellschaft (APA) durchgesetzt.¹⁵ In den übrigen Nationen und auch in Deutschland wird meist die inzwischen 10. Revision der internationalen statistischen Klassifikation von Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) der World Health Organization WHO angewendet.¹⁶ Die Systeme unterscheiden sich vor allem in zwei wesentlichen Punkten: Zum einen durch den Umfang der enthaltenen Diagnosen, da der DSM nur psychiatrische Diagnosen, der ICD hingegen alle medizinischen Diagnosen enthält. Zum anderen differenzieren die Systeme nach unterschiedlichen Ansätzen. Hierbei folgt der DSM einem dimensionalen Ansatz mit dem Ziel einer genaueren Operationalisierung entsprechend der aktuellen Forschung, der ICD folgt hingegen einem kategorialen Ansatz mit dem Vorteil eines breiteren Interpretationsspielraumes und einer international besseren Vergleichbarkeit.¹⁷ Zusätzlich ist für die Beurteilung statistischer Daten wichtig, dass der DSM im Gegensatz zum ICD klinische Diagnosen in Achse I Störungen der klinischen Störungen und Achse II Störungen der Diagnostik von geistigen Behinderungen und Persönlichkeitsstörungen unterteilt, so dass die Persönlichkeitsstörungen mitunter in Untersuchungen separat angeführt werden.¹⁸ Bei beiden Systemen erfolgt die Zuordnung einer klinischen Symptomatik anhand diagnostischer Leitlinien zu einer evtl. nach Untergruppen geordneten Diagnoseziffer, was sowohl eine differenzierte Beschreibung und Einordnung, als auch eine Objektivität der Diagnose herstellen soll.¹⁹

2.2 Studienlage zur psychischen Gesundheit in Deutschland

Untersuchungen zur psychischen Gesundheit und der Prävalenz psychiatrischer Erkrankungen finden in Deutschland auf verschiedenen Ebenen und mit unterschiedlichen Zielsetzungen statt. Die aktuellste und umfassendste Untersuchung innerhalb der Allgemeinbevölkerung stellt derzeit die in den Jahren 2008 bis 2011 erhobene und 2015 publizierte „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1) des Robert Koch-Institutes (RKI) dar, die in ihrem Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH) in den Jah-

¹⁵ Vgl. Falkai/Wittchen, Diagnostische Kriterien DSM-5.

¹⁶ Vgl. Dilling/Mombour/Schmid, Internationale Klassifikation psychischer Störungen.

¹⁷ Vgl. Rief/Stenzel, Diagnostik und Klassifikation, S. 12ff.

¹⁸ Vgl. ebenda, S. 12.

¹⁹ Vgl. Dilling/Mombour/Schmid, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, S. 24.

ren 2009 bis 2012 die 12-Monats Prävalenz psychischer Störungen anhand einer repräsentativen Stichprobe von 4483 Teilnehmer im Alter von 18 bis 79 Jahren erhob.^{20,21} Den Schwerpunkt dieser Untersuchung bildete ein klinisches Interview, das von geschulten Interviewern durchgeführt wurde.²²

Allgemein beurteilt das RKI in seinem Bericht von 2015, dass es im Vergleich zum Bundesgesundheitssurvey (BGS), der in den Jahren 1997 bis 1999 erfolgte und erstmals ein Modul zur psychischen Gesundheit enthielt, zu keinem wesentlichen Anstieg psychischer Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung gekommen sei und vielmehr von einer konstanten Erkrankungsrate ausgegangen werde.^{23, 24} Hiernach erfüllten insgesamt 22 Prozent der männlichen Befragten in den vorausgegangenen 12 Monaten die Kriterien für mindestens eine psychiatrische Diagnose des DSM-IV, wobei diese in der Untersuchung soweit möglich nach dem ICD-10 differenziert und kodiert wurden. Nach dieser Kodierung ergab sich die höchste Prävalenz für die Gruppe der Angsterkrankungen mit 9,3 Prozent, gefolgt von den substanzbezogenen Störungen mit 8,0 Prozent und den depressiven Störungen mit 5,4 Prozent. Die weiteren Erkrankungen traten in einem eher geringeren Umfang auf (vgl. Tab. 1).²⁵

Auch wenn die Studie des RKI sicher eine der umfassendsten in Deutschland darstellt, offenbart sie doch, gerade für einen Vergleich mit einem spezifischen Klientel wie dem innerhalb des Strafvollzuges, immer noch einige Lücken. Diese ergeben sich durch die Methodik, die einzelne Diagnosegruppen nicht gezielt erfasste und hierdurch keine Aussagen über die Prävalenz der Anpassungsstörungen, der Persönlichkeitsstörungen, sowie der hyperkinetischen Störung (ADHS) im Erwachsenenalter enthält.²⁶ Diese fehlenden Daten wurden im Folgenden durch Untersuchungen anderer Autoren ergänzt:

Hierbei ist die Prävalenz der Anpassungsstörungen in Deutschland auch in der weiteren Literatur nicht sicher verfügbar. da die diagnostische Unschärfe

²⁰ Vgl. Robert Koch-Institut, Gesundheit in Deutschland, S. 1ff.

²¹ Vgl. ebenda, S. 111ff.

²² Vgl. Jacobi et al., Nervenarzt 1/2014, S. 78.

²³ Vgl. Kurth, Der Bundes-Gesundheitssurvey-ein Datenlieferant für die Gesundheitsberichterstattung und noch viel mehr, S. 5ff.

²⁴ Vgl. Robert Koch-Institut, Gesundheit in Deutschland, S. 120.

²⁵ Vgl. Jacobi, Nervenarzt 1/2016, S. 88ff.

²⁶ nach dem englischen Begriff „Attention deficit/Hyperactivity disorder“.

dieser Erkrankungsgruppe zu Abgrenzungsschwierigkeiten gegenüber spezifischeren Störungen führt. So beschreibt Sonnenmoser die Anpassungsstörung auch als „Restkategorie“ im Sinne evtl. nicht anderweitig klassifizierbarer Störungen.²⁷ Dagegen sehen Bengel/Hubert die Anpassungsstörungen als eine der, gerade bei psychiatrischem Klientel, häufigsten Diagnosen und schätzen ihren dortigen Anteil an den psychischen Erkrankungen auf ca. 10 bis 30 Prozent. Hier wird aber ebenso das Problem der mangelnden Abgrenzung von anderen psychiatrischen Störungen, sowie die geringe Spezifität und Nachrangigkeit bei Komorbiditäten als diagnostisches und statistisches Problem gesehen.²⁸

Die Prävalenz der Persönlichkeitsstörung wird in der bisher aktuellsten Untersuchung aus Deutschland, die sowohl eine Elterngruppe als auch deren erwachsene und im Durchschnitt 20 Jahre alten Kinder einbezog, mit einem Anteil von 11,2 Prozent unter den Eltern, sowie 14,7 Prozent unter deren Kindern angegeben. Hierbei entfielen der höchste Anteil der Subkategorien auf die zwanghafte Persönlichkeitsstörung, sowie bei den Jungerwachsenen auch auf die Borderline-Störung. Die antisoziale Persönlichkeitsstörung stellte hingegen nur einen geringen Anteil unter den Betroffenen dar.²⁹

Bezüglich der adulten Form des ADHS, das in den letzten Jahren eine zunehmende Bedeutung erlangt hatte, differieren die Statistiken, wohl aufgrund der erst in neuerer Zeit fokussierten Problematik, und reichen von einer Diagnoseprävalenz von 0,5 Prozent unter männlichen Versicherungsteilnehmern der AOK bis zu 3,1 Prozent in der bisher in Deutschland umfassendsten Befragung von Fayyad.^{30, 31}

Nachfolgend sind die beschriebenen Untersuchungsergebnisse zur Übersicht zusammengefasst (Tab. 1):

²⁷ Sonnenmoser, Dt. Ärzteblatt 4/2007, S. 171f.

²⁸ Bengel/Hubert, Anpassungsstörung und akute Belastungsreaktion, S. 8ff.

²⁹ Vgl. Barnow et al., Psychother Psych Med 9/10 2010, S. 338.

³⁰ Vgl. Bachmann/Phillipsen/Hoffmann, Dt. Ärzteblatt 9/2017, S. 144.

³¹ Vgl. Fayyad et al., BJPsych 5/2007, S.405.

Tabelle 1: Psychiatrische Erkrankungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung

Psychische Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung		
Erwachsene		
Diagnosen nach DSM IV, angeglichen an ICD-10	DEGS1-MH 2015 ³²	Andere Autoren
	Prävalenz in %	
F1 Substanzbezogene Störung	8,0	
F2 Schizophrene Störungen	2,1	
F3 Affektive Störungen	6,4	
F32 Depressive Episode	5,4	
F31 Bipolare Störung	1,3	
F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen		
F41 Angststörungen	9,3	
F42 Zwangsstörungen	3,3	
F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung	0,9	
F43.2 Anpassungsstörung	k.A.	0,3 (Sonnenmoser 2007) ³³
F45 Somatoforme Störung	1,7	
F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen	0,5	
F6 Persönlichkeitsstörung	k.A.	11,2/14,7 (Barnow 2010) ³⁴
F9 Emotionale Störungen der Kindheit und Jugend	k.A.	
F90 ADHS		3,1 (Fayyad 2002) ³⁵ 0,5 (AOK 2014) ³⁶
Davon: Mehrfachdiagnosen	50,2	
Gesamtprävalenz psychischer Erkrankungen	22,1	

2.3 Spezifischer Störungen der Kindheit und Adoleszenz

Gegenüber den psychiatrischen Erkrankungen im Erwachsenenalter stellt die Kinder- und Jugendpsychiatrie ein weitgehend eigenständiges Fachgebiet dar, dem eine abweichende Prävalenz und Grundsymptomatik bestimmter Erkrankungen zugrunde liegt. Entsprechend dem Entwicklungsaspekt und passagerer Verhaltensabweichungen erscheint hier eine Diagnosestellung oder kategoriale Zuordnung von Symptomen oft erschwert, wodurch Prä-

³² Vgl. Jacobi, Nervenarzt 1/2016, S. 89.

³³ Vgl. Sonnenmoser, Dt. Ärzteblatt 4/2007, S. 171f.

³⁴ Vgl. Barnow et al., Psychother Psych Med 9/10 2010, S. 338.

³⁵ Vgl. Fayyad et al., BJPsych 5/2007, S. 405.

³⁶ Vgl. Bachmann/Phillipsen/Hoffmann, Dt. Ärzteblatt 9/2017, S. 144.

valenzen durchaus stärker variieren können.³⁷ Nachfolgend sollen, entsprechend der Thematik der Arbeit, vorrangig die Störungen betrachtet werden, die im Jugendalter relevant erscheinen.

Hierzu hatte das RKI innerhalb der DEGS-1-Studie eine spezifische Untersuchung zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (KIGGS) angeschlossen.³⁸ Im Gegensatz zur Befragung der erwachsenen Probanden fand durch ein aus ökonomischen Gründen eingesetztes Fragebogenverfahren allerdings zunächst nur eine Risikoeinschätzung psychischer Belastungen statt. Diese wurde durch die „Befragung zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten“ (Bella-Studie) ergänzt, bei der ein Teil der Teilnehmer zusätzlich eine spezifischere Befragung durchliefen, die zu einer präziseren diagnostischen Einschätzung führte.³⁹ Hierbei sind die Ergebnisse der Bella-Studie auf recht wenige Störungsbilder eingegrenzt, diese erscheinen jedoch thematisch relevant und durch das Design interessant, da die Gesamtergebnisse entweder geschlechts- oder altersgetrennt, sowie im Vergleich zur KIGGS Untersuchung 2006 beurteilt werden können.

Anhand der vorliegenden Daten sind hierbei mit einer Prävalenz von 9,4 Prozent bei den 14 bis 17-jährigen Jugendlichen vor allem die Angststörungen relevant, ebenso mit einem Anteil von 7,4 Prozent die Störung des Sozialverhaltens sowie mit 5,6 Prozent die depressiven Störungen. Das ADHS erscheint mit einer Prävalenz von 1,4 Prozent eher unterrepräsentiert. Allerdings veranlasste das RKI parallel eine weitere Untersuchung, durch welche Prävalenz und Verlauf des ADHS anhand tatsächlich erfolgter ärztlich-psychologischer Diagnosen eingeschätzt werden sollte. Hier stellte sich mit einem Anteil von 6,7 Prozent bei den 14 bis 17-jährigen männlichen Jugendlichen eine deutlich höhere Prävalenz diagnostizierter Erkrankungen dar, die im Vergleich zu einer Voruntersuchung 2006 gleichbleibend erschien.⁴⁰ Wie diese Diskrepanz zwischen der Selbsteinschätzung von Eltern und Kindern und der ärztlichen Diagnoserate zu erklären ist, bleibt innerhalb der Untersuchung unbeantwortet, sie zeigt aber eventuell eine gewisse Tendenz auf, dass hier die Bewertung von Symptomen aus Elternsicht bzw. ärztlicher

³⁷ Vgl. Barkmann/SchulteMarkwort, Psychiat Prax 6/2004, S. 278ff.

³⁸ Vgl. Hölling/Schlack/Petermann, Bundesgesundheitsbl 7/2014, S. 807ff.

³⁹ Vgl. Ravens-Sieberger et al., Bundesgesundheitsbl 5,6/2007, S. 871ff.

⁴⁰ Vgl. Schlack/Mauz/Hebebrand, Bundesgesundheitsbl 7/2014, S. 823.

Sicht differiert. Über die aktuellen Prävalenzen der weiteren jugendpsychiatrischen Erkrankungen fanden sich innerhalb der Untersuchungen keine Hinweise, so dass hier zusätzlich die Untersuchung von Essau et al. ergänzt wurde, die innerhalb der Bremer Jugendstudie von Mai 1996 bis Juli 1997 insgesamt 1035 Jugendliche zwischen 12 und 17 Jahren (davon 421 männlich) mittels eines standardisierten Interviews sowie Selbstbeurteilungsfragebögen untersuchten.⁴¹ Hier fanden sich bei einer deutlich höheren Gesamtprävalenz von 41,9 Prozent (mögliche Ursachen dieser hohen Belastung wurden von den Autoren nicht diskutiert) psychischer Erkrankungen die höchsten Diagnoseraten innerhalb der Angststörungen und depressiven Erkrankungen, sowie nachfolgend der somatoformen und substanzgebundenen Störungen (vgl. Tab. 2).

Über die Schizophrenie, die Anpassungsstörungen sowie die Persönlichkeitsstörungen fanden sich in den Untersuchungen keine Hinweise, und auch in der Literatur sind hier nach Kenntnis der Autorin nur sehr eingeschränkte Angaben der Häufigkeiten oder aber die Angabe von Prävalenzbereichen vorhanden. Hier ist für die Schizophrenie zu beschreiben, dass diese vor der Pubertät außerordentlich selten auftritt, anschließend aber einen sprunghaften Anstieg zeigt, bis der Erkrankungsgipfel im jungen Erwachsenenalter erreicht ist.⁴² Bezüglich der Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter muss berücksichtigt werden, dass diese vor dem Erreichen eines gewissen Entwicklungsalters nur sehr eingeschränkt diagnostiziert werden können, da noch nicht von einer gefestigten Persönlichkeitsstruktur auszugehen ist und fluktuierende Symptomatiken gerade in der Pubertät zu einer Fehleinschätzung führen können.⁴³ So konnte eine repräsentative Longitudinalstudie in den USA belegen, dass Jugendliche zeitweise sogar in einer höheren Häufigkeit als Erwachsene die theoretischen Diagnosekriterien einer Persönlichkeitsstörung erfüllen.⁴⁴ Allerdings sinkt dieser Wert in Annäherung an das Erwachsenenalter wieder bis auf den Wert innerhalb der Allgemeinbevölkerung ab.⁴⁵ Dementsprechend erscheint die konkrete Einschätzung der Gesamtprävalenz im Jugendalter schwierig und die Ergebnisse entspre-

⁴¹ Vgl. Essau et al., Z Klin Psych Psychia, 2/1998, S. 113ff.

⁴² Vgl. Remschmidt/Martin, Dt Ärztebl 6/1992, S. 387.

⁴³ Vgl. Gaebel/Falkai, S2 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie, S. 5f.

⁴⁴ Vgl. Cohen et al., J Pers Disord 5/2005, S. 474ff.

⁴⁵ Vgl. Fiedler/Herpertz, Persönlichkeitsstörungen, S. 216f.

chend der Auslegung des Entwicklungsaspektes schwankend.⁴⁶ Ähnliche Differenzen ergeben sich auch für die Beurteilung der Häufigkeit der Anpassungs- und Belastungsstörungen, wobei dies weniger auf dem Entwicklungsaspekt beruht sondern vielmehr, ebenso wie bei Erwachsenen, auf der ursächlichen Bedingung dieser Erkrankungen als reaktiver Prozess nach einer entscheidenden Lebensveränderung. So kann diese beispielsweise durch Flucht, Migration oder Trauer ausgelöst werden, und das Auftreten entsprechend je nach Risikopopulation schwanken.^{47, 48} Eine genaue Bezifferung der Häufigkeit dieser Erkrankungen erscheint daher auch im Kindes- und Jugendalter schwierig und in hohem Maße von der Stichprobe abhängig. Hier wird daher auf Prävalenzangaben verzichtet, die Ergebnisse der übrigen Untersuchungen sind nachfolgend zusammengefasst (Tab.2):

Tabelle 2: Psychiatrische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung Kinder und Jugendliche		
Diagnosen nach DSM IV, angeglichen an ICD-10	Bella-Studie 2007 ⁴⁹	Essau et al. 1998 ⁵⁰
	Prävalenz in %	
F1 Substanzbezogene Störungen	k.A.	12,3
F2 Schizophrenie	k.A.	k.A.
F3 Affektive Störungen	5,6	17,9
F4 Neurotische, Belastungs- und Somatoforme Störungen		
F41 Angststörung	9,4	18,6
F42 Zwangsstörung	k.A.	1,3
F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung	k.A.	1,6
F43.2 Anpassungsstörung		
F45 Somatoforme Störung	k.A.	13,1
F6 Persönlichkeitsstörung	k.A.	k.A.
F9 Emotionale Störungen der Kindheit und Jugend		
F90 ADHS	6,7 ^c	k.A.
F91 Störung des Sozialverhaltens	7,4 ^a	k.A.
Gesamtprävalenz psychischer Erkrankungen	21,9	41,9

⁴⁶ Vgl. Merod, Persönlichkeitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen, S. 153f.

⁴⁷ Vgl. Dilling/Mombour/Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, S. 209.

⁴⁸ Vgl. Brunner/Plener/Resch, Posttraumatische Belastungsstörungen, Anpassungsstörungen und Selbstbeschädigungserkrankungen S. 608.

⁴⁹ Vgl. Ravens-Sieberger et al., Bundesgesundheitsbl 5,6/2007, S. 875.

⁵⁰ Vgl. Essau et al., Z Klin Psych Psychia, 2/1998, S. 113ff.

2.4 Fachärztliche Konsultationen

Nicht jede psychische Erkrankung führt zwangsläufig auch zu einer psychologisch/psychiatrischen Vorstellung. Hier erscheint zum einen der persönliche Leidensdruck entscheidend, zum anderen kann auch das individuelle Umfeld die Motivation zur Aufnahme einer Behandlung beeinflussen: Sind andere Ansprechpartner vorhanden, wird mitunter zumindest nicht unmittelbar fachliche Hilfe gesucht.⁵¹

Dies kann, verglichen mit den Prävalenzen der einzelnen psychiatrischen Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung, zu einer gewissen Filterfunktion und Selektion bestimmter Störungsbilder führen, die tatsächlich ärztlich vorgestellt werden. Da auch die eigene quantitative Untersuchung in dieser Arbeit allein auf der fachärztlichen Diagnosefindung beruht, erscheint es dementsprechend wichtig, zusätzlich zur Prävalenz auch die fachärztlichen Behandlungsanteile der einzelnen Diagnosen zu betrachten. Zu dieser Thematik hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KV) mit Bezug auf das dritte Quartal 2015 eine Auflistung der Häufigkeit aller zur Abrechnung übermittelten ambulanten psychiatrischen Diagnosen erstellt. Hierbei erfolgte keine Geschlechtertrennung und durch Mehrfachdiagnosen ergab sich eine Summe der Behandlungsanteile von über 100 Prozent.⁵²

Hierbei ergab sich bei den erwachsenen Patienten ein eindeutiges Überwiegen der Diagnosekategorie F3, wobei innerhalb dieser die rein depressiven Störungen klar dominierten (vgl. Anhang A, Tab. 7). Innerhalb der zweithäufigsten Kategorie F4 waren vor allem die Angststörungen und die Anpassungs- und Belastungsreaktionen relevant. Die dritthäufigste Gruppe F0 der organischen Funktionsstörungen beruhte vor allem auf direkten Hirnschädigungen und dementiellen Prozessen, die übrigen Erkrankungen waren deutlich seltener Anlass der ärztlichen Vorstellung.⁵³

Bei den Kindern und Jugendlichen ergab sich in der Differenzierung der häufigsten Vorstellungsanlässe dagegen ein eindeutiges Überwiegen der Kategorie F9, und innerhalb dieser vor allem des ADHS (vgl. Anhang A, Tab. 8). Auch die emotionale Störung des Kindesalters stellte in dieser Kategorie eine

⁵¹ Vgl. Hessel/Geyer/Brähler, Zsch psychosom Med 3/2000, S. 230ff.

⁵² Vgl. Kassenärztliche Vereinigung, Honorarbericht für das Dritte Quartal 2015, www.kbv.de.

⁵³ Vgl. ebenda, S. 91, 98,.

häufige Diagnose dar, gegenüber der die Störungen des Sozialverhaltens deutlich seltener diagnostiziert wurden. In der zweithäufigsten Kategorie F8 waren vor allem die umschriebene Störung der Entwicklung der schulischen Fertigkeiten Ursache der Diagnose. Weitere Relevanz hatte die dritte Diagnosekategorie F4 und dort im Wesentlichen die Anpassungsstörungen und akuten Belastungsreaktionen. Die übrigen Störungen stellten unter den Diagnosen der niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater nur einen geringeren Anteil an den Gesamtdiagnosen dar.⁵⁴

2.5 Die kriminologische Bedeutung psychiatrischer Störungsbilder

Psychiatrische Erkrankungen können die Wahrnehmung und Verhaltenssteuerung des Einzelnen auf verschiedenen Ebenen beeinflussen. Hierbei kann auch das rechtsrelevante Handeln betroffen sein, wodurch die zugrundeliegende Störung kriminologische Bedeutung erlangt.⁵⁵ Dieser Zusammenhang gilt nicht für jedes Störungsbild gleichermaßen, kann individuell und situativ stark differieren und unterliegt in der empirischen Forschung vielfältigen methodischen Problemen, eine Übersicht hierzu findet sich bei Kröber et al.⁵⁶ Dementsprechend kann ein Kausalzusammenhang zwischen einer psychiatrischen Erkrankung und kriminellem Verhalten nicht generalisiert werden, eine grundsätzliche Risikoerhöhung wurde jedoch für bestimmte Erkrankungen und Symptomkonstellationen nachgewiesen.⁵⁷ Diese sollen nachfolgend anhand der Literatur und gegliedert nach den Hauptdiagnosegruppen des ICD-10 differenziert und analysiert werden. Die Diagnosegruppe F5 der Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen stellt hierbei in der Literatur keine Erkrankungsform von Relevanz dar und soll daher nicht ausführlicher behandelt werden.⁵⁸ Ebenso erfolgt keine weitere Analyse der Erkrankungsgruppe F7 der Intelligenzminderung, sowie F8 der umschriebenen Entwicklungsstörungen, da es sich hier nicht um psychiatrische Störungen im engeren Sinne handelt, sondern Abweichungen in der Entwicklung im

⁵⁴ Vgl. Kassenärztliche Vereinigung, Honorarbericht für das Dritte Quartal 2015, S. 64f, www.kbv.de.

⁵⁵ Vgl. Müller/Nedopil, Forensische Psychiatrie, S. 18ff.

⁵⁶ Vgl. Kröber, Zusammenhänge zwischen psychischer Störung und Delinquenz, S. 321f.

⁵⁷ Vgl. ebenda, S. 322ff.

⁵⁸ Vgl. Hoff/Sass, Psychopathologische Grundlagen der forensischen Psychiatrie S. 105f.

Vordergrund stehen.⁵⁹ Lediglich der Asperger-Autismus soll aus dieser Gruppe zumindest kurz thematisiert werden (vgl. Kap. 2.5.6).

2.5.1 Störungen durch psychotrope Substanzen (F1)

Störungen durch psychotrope Substanzen umfassen u.a. sowohl den schädlichen Gebrauch einschließlich Abhängigkeit und Entzugssymptomen, sowie auch Bewusstseinsveränderungen bis zum Delir, affektive Erregungszustände und verminderte bis fehlende mentale Steuerungsfähigkeit.⁶⁰

Der Bereich der Störungen durch Substanzmittel stellt einen der häufigsten Begleitumstände bei der Begehung von Straftaten dar, und ist im Jugendalter beispielweise für den Zusammenhang mit Gewaltdelikten gut dokumentiert.⁶¹

Konsumiert werden hierbei sowohl Alkohol, als auch Drogen und Medikamente mit stark unterschiedlichem Wirkungs- und Abhängigkeitspotential, wobei grundsätzlich bei einem Abusus ein signifikant höheres Auftreten gewalttätiger Handlungen zu verzeichnen ist.⁶² Als ursächlicher Zusammenhang werden hier zwei verschiedene Mechanismen beschrieben: Zum einen kann durch den Substanzkonsum die individuelle Hemmschwelle gesenkt werden, und so impulsiv-aggressiven Handlungen Vorschub geleistet werden, wie es beispielhaft beim Alkoholkonsum beschrieben wird.⁶³ Zum anderen kann der Substanzabusus selbst als Ausdruck eines sozial abweichenden Lebensstils gedeutet werden, der parallel und somit korrelativ auch delinquentes Verhalten umfasst.⁶⁴ Letzteres bildet beispielsweise ein Erklärungsmodell für den Zusammenhang zwischen Aggression und Gewalt und dem akzentuierten Cannabiskonsum.⁶⁵ Letztendlich kann der Substanzmittelkonsum längerfristig auch dauerhafte organische Schäden mit begleitenden psychischen Veränderungen bedingen.⁶⁶

Zusätzlich zu diesen vorrangig endogen bedingten Verhaltensabweichungen kann aus dem Substanzmittelkonsum auch eine gezielte Delinquenz im

⁵⁹ Vgl. Dilling/Mombour/Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, S. 307ff, 319ff.

⁶⁰ Vgl. ebenda, S. 110ff.

⁶¹ Vgl. Baier et al., KFN-Forschungsbericht Nr. 107, S. 107f.

⁶² Vgl. ebenda, S.108.

⁶³ Vgl. Baier/Schepker/Bergmann, ZJJ 4/2016, S. 325.

⁶⁴ Vgl. Egg, Drogenmissbrauch und Delinquenz, S. 146f.

⁶⁵ Vgl. Baier et al., KFN-Forschungsbericht Nr. 107, S. 108.

⁶⁶ Vgl. Stöver/Vogt, Sucht/Abhängigkeit, S. 399.

Rahmen einer sogenannten „Beschaffungskriminalität“ resultieren.⁶⁷ Man unterscheidet dabei zwischen einer sogenannten „direkten“ Beschaffungskriminalität, die den unmittelbaren Erwerb illegaler Drogen zum Ziel hat und in der Regel eher impulsiv erfolgt, wodurch es sich häufig um Raub- und Diebstahlsdelikte, evtl. gepaart mit Bedrohung und Körperverletzung handelt. Bei der „indirekten“ Beschaffungskriminalität, die die Beschaffung von Mitteln für den Drogenerwerb in den Vordergrund stellt, handelt es sich hingegen selten um ein völlig unstrukturiertes Tatverhalten, sondern hier wird eher planvoll, wenn auch evtl. schematisch, vorgegangen. Auch hier können Eigentumsdelikte im Vordergrund stehen, jedoch sind auch Betrug, Erpressung oder der Handel mit illegalen Substanzen denkbar.⁶⁸

Führt der Konsum zu einer deutlichen Beeinträchtigung der Realitätswahrnehmung im Sinne einer tiefgreifenden Bewusstseinsstörung, kann sich nach §§ 20/21 StGB der Substanzabusus zusätzlich auf die Schuldfähigkeit auswirken.⁶⁹

2.5.2 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (F2)

Die Gruppe dieser Störungen zeichnet sich durch eine Vielfalt sehr unterschiedlicher Symptome aus und stellt kein einheitliches Krankheitsbild dar, wobei grundsätzlich Beeinträchtigungen des formalen und inhaltlichen Gedankenganges kennzeichnend sind.⁷⁰ Durch die Beeinträchtigung von Wahrnehmung und Denken können diese Erkrankungen in einem Teil ihrer Verläufe ein Risiko für nicht vorhersehbare und auch kriminelle Handlungen darstellen. Hierbei kann sowohl die produktive (Akut-)Symptomatik wie z.B. Wahn oder Halluzinationen zu aggressiven Handlungen führen, als auch mit der Erkrankung verbundene soziale Schwierigkeiten (meist klein-)kriminelles Verhalten initiierten.⁷¹ Potenziert wird das Risiko hierbei noch durch einen komorbiden Substanzmissbrauch.⁷² Das Delinquenzrisiko schizophrener Patienten steht daher immer wieder im Mittelpunkt wissenschaftlicher Diskussionen und wird hier durchaus kontrovers diskutiert: Nach Müller/Nedopil be-

⁶⁷ Vgl. Schwind, Kriminologie, S. 577.

⁶⁸ Vgl. Müller/Nedopil, Forensische Psychiatrie, S. 168f.

⁶⁹ Vgl. Kury/Obergfell-Fuchs, Rechtspsychologie, S. 140f.

⁷⁰ Vgl. Dilling/Mombour/Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, S. 127ff.

⁷¹ Vgl. Soyka/Morhard-Klute, DMW 2002, S. 1708ff.

⁷² Vgl. Konrad/Rasch, Forensische Psychiatrie, S. 148ff.

legt dabei die Zusammenschau der Studien eindeutig ein erhöhtes Gewalt- und Delinquenzrisiko.⁷³ Konrad/Rasch hingegen argumentieren, dass das Gewalttäterisiko bei Psychosekranken mit einer 1-Jahres Prävalenz von 7 Prozent im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung immer noch als eher niedrig einzuschätzen ist.⁷⁴

Die Schizophrenie stellt im Sinne der „Krankhaften seelischen Störung“ der §§ 20, 21, 63 StGB auch einen wesentlichen strafrechtlichen Faktor dar.⁷⁵ Dies begründet in der Praxis häufig den Entschluss einer stationären Unterbringung. Dementsprechend beträgt der Anteil schizophrener Patienten im Maßregelvollzug bis zu 50 Prozent, was unter anderem eine Folge der Schwere der Delikte und den daraus resultierenden langen Unterbringungszeiten ist.⁷⁶ Dennoch kann man bei einer Schizophrenie nicht generell von einer Aufhebung der Schuldfähigkeit ausgehen, so dass für den Regelvollzug zwar eine deutliche aber nicht vollständige Filterung dieser Erkrankung besteht.⁷⁷ Erschwerend können zusätzlich schleichende Verläufe zu einer verzögerten Diagnose führen und so bei der Verurteilung nicht berücksichtigt werden.⁷⁸

2.5.3 Affektive Störungen (F3)

Die affektiven Störungen sind gekennzeichnet durch Änderungen im Stimmungs- und Aktivitätsverhalten, welche in der Folge zu einer übersteigerten Vigilanz (Manie) oder auch einer verstimmtten Gehemmtheit (Depression) führen.⁷⁹ Bei der Manie können dabei durch expansives, unreflektiertes und häufig euphorisch anmutendes Verhalten potentielle Deliktszenarien entstehen. So kann es zum einen zu Beleidigungen und körperlichen Übergriffen, zum anderen auch zu Eigentumsdelikten, Gefährdungen im Straßenverkehr bis hin zu Sexualdelikten kommen.⁸⁰ In einer Untersuchung von Graz et al. zum poststationären Verlauf von Patienten mit affektiven Störungen stellten

⁷³ Vgl. Müller/Nedopil, Forensische Psychiatrie, S. 180.

⁷⁴ Vgl. Konrad/Rasch, Forensische Psychiatrie, S. 148.

⁷⁵ Vgl. Kury/Obergfell-Fuchs, Rechtspsychologie, S. 234f.

⁷⁶ Vgl. Konrad/Rasch, Forensische Psychiatrie, S. 146.

⁷⁷ BGH, Beschluss 1 StR 389/12.

⁷⁸ Vgl. Müller/Nedopil, Forensische Psychiatrie, S. 185.

⁷⁹ Vgl. Dilling/Mombour/Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, S. 159f.

⁸⁰ Vgl. Müller/Nedopil, Forensische Psychiatrie, S. 189f, 193.

so auch die manisch Erkrankten mit 15,7 Prozent die anteilig größte Gruppe delinquenter Personen dar.⁸¹

Im Gegensatz hierzu wird die kriminologische Bedeutung depressiver Erkrankungen eher zurückhaltend beurteilt und war bei Graz et al. mit einem Anteil von 4,7 Prozent registrierten Straftätern ebenso ein nachrangiger Faktor.⁸² Dennoch können einige Aspekte der Depression kriminologische Bedeutung erlangen: Hier ist zum einen das Risiko einer erhöhten Eigengefährdung zu nennen, wobei die suizidale Handlung ggf. auch eine konkrete Fremdgefährdung beinhalten kann, wie z.B. bei bewussten „Geisterfahrten“.⁸³ Auch kann es zu einem sogenannten „erweiterten Suizid“ kommen, bei dem die Tötung anderer, meist naher Familienangehöriger, vorausgeht.⁸⁴ Diese Fälle erregen häufig großes mediales Interesse, wobei im Einzelfall die Motivation und die Beteiligung einer eventuellen psychischen Erkrankung an den Tötungen nicht vollständig geklärt werden können und so die Umschreibung als „erweiterter Suizid“ in die Kritik gekommen ist.⁸⁵ Weitere Folgen einer Depression können durch die Antriebsminderung bedingte Unterlassungsdelikte sowie durch negative Emotionen motivierte Delinquenz sein, die auch als Coping-Versuche, appellatives Handeln oder Symptome der Selbstaufgabe angesehen werden können.⁸⁶ Zusätzlich kann ein Substanzabusus im Sinne einer Selbstmedikation kriminelles Handeln begünstigen.⁸⁷

2.5.4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4)

Diese Diagnosekategorie umfasst ein weites Spektrum von Erkrankungen, das aus historischen Gründen in einer Kategorie zusammengefasst wurde, aber sehr unterschiedliche Störungsbilder beinhaltet.⁸⁸ Diese Störungen stehen eher weniger im kriminologischen Fokus, zeigen aber dennoch innerhalb der Justizvollzugsanstalten zum Teil eine hohe Prävalenz.^{89, 90} Als reaktive Symptomatik auf ein belastendes Lebensereignis scheint dieses vermehrte

⁸¹ Vgl. Graz et al., J Affect Disord 9/2009, S. 100f.

⁸² Vgl. ebenda.

⁸³ Vgl. Hegerl/Fichter, Verhaltenstherapie 1/2005, S. 4.

⁸⁴ Vgl. Müller/Nedopil, Forensische Psychiatrie, S. 335.

⁸⁵ Vgl. von Heydendorff/Dreßing, Psychiat Prax 3/2016, S. 137f.

⁸⁶ Vgl. Konrad/Rasch, Forensische Psychiatrie, S. 155f.

⁸⁷ Vgl. ebenda.

⁸⁸ Vgl. Dilling/Mombour/Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, S. 190.

⁸⁹ Vgl. Müller/Nedopil, Forensische Psychiatrie, S. 203f.

⁹⁰ Vgl. Plattner et al., Z Kinder Jug-Psych 7/2011, S.234.

Auftreten allein durch den Prozess der Verurteilung und der Inhaftierung erklärbar, zusätzlich können auch unter den Haftbedingungen aufgrund der sozialen Konstellationen und Konflikte weitere Belastungen entstehen.⁹¹ In einer Befragung des Kriminologischen Forschungsinstitutes Niedersachsen (KFN) an 938 inhaftierten Jugendlichen bezüglich ihrer Gewalterfahrungen in Haft berichtete über die Hälfte der Befragten von Viktimisierungserfahrungen.⁹² In der Folge sei es bei der Hälfte dieser Betroffenen zu aggressiven und bei knapp einem Drittel zu depressiven Reaktionen gekommen.⁹³ Die Erkrankungen scheinen somit als Tatfolge durchaus eine Rolle zu spielen, eine entscheidende kausale Relevanz konnte bisher nicht festgestellt werden.⁹⁴ Ähnliches gilt eventuell für die posttraumatische Belastungsstörung. Ursächlich durch ein schweres lebensbedrohliches Trauma ausgelöst kann diese Störung zu schweren Empfindungs- und Verhaltensproblemen mit hohem Leidensdruck führen.⁹⁵ Hierbei können aber auftretende dissoziative Phänomene, Gedächtnisstörungen und akute Erregungszustände als Folgereaktionen zum Beispiel bei Gewaltdelikten durchaus eine Rolle spielen. Insgesamt existiert aber bisher kein eindeutiger Nachweis eines erhöhten Kriminalitätsrisikos bei Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung und es wird eher zur Vorsicht gemahnt, diese Problematiken vorschnell als kausal verantwortlich zu machen.⁹⁶

2.5.5 Persönlichkeitsstörungen (F6)

Persönlichkeitsstörungen sind nach dem ICD-10 als überdauernde Muster von tiefgreifenden Abweichungen in Einstellungen und Verhalten geprägt, die den Beginn in der Kindheit oder Jugend finden und sich kontinuierlich fortsetzen.⁹⁷ Hierbei sind sehr unterschiedliche Persönlichkeitsakzentuierungen denkbar, die innerhalb der diagnostischen Systeme unterschiedlich eingestuft werden, was mitunter eine Vergleichbarkeit erschwert.⁹⁸ Eine Übersicht

⁹¹ Vgl. Keppler/Stöver, Gefängnismedizin, S. 214.

⁹² Vgl. Bieneck/Pfeifer, KFN-Forschungsbericht Nr. 119, S. 10f.

⁹³ Vgl. ebenda, S. 16f.

⁹⁴ Vgl. Hoff/Sass, Psychopathologische Grundlagen der forensischen Psychiatrie, S. 102.

⁹⁵ Vgl. Dilling/Mombour/Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, S. 207f.

⁹⁶ Vgl. Hoff/Sass, Psychopathologische Grundlagen der forensischen Psychiatrie, S. 104.

⁹⁷ Vgl. Dilling/Mombour/Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, S. 274.

⁹⁸ Vgl. Fiedler/Herpertz, Persönlichkeitsstörungen, S. 68ff.

über die wichtigsten Störungsbilder und ihre Symptomatik findet sich bei Dilling et al.⁹⁹

Die kriminologische Bedeutung der Persönlichkeitsstörung begründet sich alleine schon auf der diagnostischen Bewertung als „schwere Störung der charakterlichen Konstitution und des Verhaltens“.¹⁰⁰ Dies impliziert auch eine Kollision mit sozialen und rechtlichen Normen, wobei diesbezüglich in der Prävalenz die dissoziale Persönlichkeitsstörung und die emotional instabile Persönlichkeitsstörung – impulsiver Typus – hervorzuheben sind.¹⁰¹ Die dissoziale Persönlichkeitsstörung scheint dabei allein durch ihre Bezeichnung delinquentes Verhalten quasi zu beinhalten. Allerdings muss man hier diagnostisch primär das konsequente Abweichen entsprechender Persönlichkeitsmerkmale beurteilen und das normverletzende Verhalten allein, wie das Auftreten (wiederholter) Delikte, sollte nicht der alleinige Klassifikationsanlass sein.¹⁰² Allerdings kommt es bei den Betroffenen durch das Fehlen von Empathie, Regelbewusstsein, Verantwortung und Verhaltensreflexion gepaart mit einer geringen Frustrations- und Aggressionsschwelle durchaus häufig zu impulsiven Delikten, sowie auch zu organisierter Delinquenz und Anschluss an kriminelle Vereinigungen.¹⁰³ Auch im Rahmen der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung kann eine erhöhte Impulsivität, gepaart mit einer erhöhten Kränkbarkeit und emotionalen Kommunikationsbarrieren, Grenzüberschreitungen fördern und beispielsweise zu intensiven aggressiven Reaktionen führen.¹⁰⁴ Gleichzeitig wird hier auch aufmerksamkeitssuchendes Verhalten als Ursache möglicher Delikte beschrieben.¹⁰⁵ Die histrionische Persönlichkeitsstörung hingegen zeichnet sich eher durch Mittelpunktstreben, Suggestibilität und Theatralität aus. Dies kann einerseits zu einer Blendung potentieller Opfer führen, andererseits jedoch auch zu einer kritiklosen Beteiligung an Gruppendelikten. Bei dieser Art von Persönlichkeitsstörung werden überzufällig häufig Verdeckungsdelikte gefunden.¹⁰⁶

⁹⁹ Vgl. Dilling/Mombour/Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, S. 274ff.

¹⁰⁰ Vgl. ebenda, S. 276.

¹⁰¹ Vgl. Brockmann/Bock, Forens Psychiatr Psychol Kriminol 7/2013, S. 134.

¹⁰² Vgl. Konrad/Rasch, Forensische Psychiatrie, S. 170f.

¹⁰³ Vgl. Müller/Nedopil, Forensische Psychiatrie, S. 230.

¹⁰⁴ Vgl. Brockmann/Bock, Forens Psychiatr Psychol Kriminol 7/2013, S. 195.

¹⁰⁵ Vgl. ebenda.

¹⁰⁶ Vgl. Müller/Nedopil, Forensische Psychiatrie, S. 230.

Bestehen durch diese Abweichungen schwere psychosoziale Leistungseinbußen sowie eine wesentliche Einschränkung der Einsichts- und Steuerungsfähigkeit kann die Schuldfähigkeit nach §§ 20/21 StGB vermindert sein („schwere andere seelische Abartigkeit“) wenn die Tat zusätzlich Symptomencharakter hat.¹⁰⁷ Auch wenn hierdurch ein Teil der Betroffenen dem Maßregelvollzug zugeführt wird, stellt die Belastung durch Persönlichkeitsstörungen zumindest im Regelvollzug der Erwachsenen den größten Anteil unter den psychischen Problemen dar (vgl. Kap. 2.6). Im Jugendvollzug ergibt sich diagnostisch die Besonderheit, dass durch die Forderung einer stabilen Manifestation der Symptomatik gerade vor dem Hintergrund des Entwicklungsaspektes meist noch keine gesicherte Diagnose gestellt werden kann, so dass hier deutlich abweichende Prävalenzen resultieren können (vgl. Kap. 2.7).

2.5.6 Entwicklungsstörungen (F8)

Aus der Gruppe der Entwicklungsstörungen soll lediglich das Asperger-Syndrom herausgegriffen werden, da es aufgrund eines Kapitaldeliktes in Baden-Württemberg sowohl in der Öffentlichkeit als auch unter Fachpersonal mit der Verbindung zu kriminellen Verhaltensweisen assoziiert wird (vgl. Einleitung; Kap. 5.4). Dies begründet sich vorrangig auf der mit der Störung verbundenen Beeinträchtigung der Empathie und sozialen Interaktion, die in der Theorie Grenzüberschreitungen und Gesetzesbrüche zur Folge haben kann.^{108, 109} In der Praxis findet sich aber bisher keine eindeutige Evidenz, dass diese Problematik vermehrt zu kriminellen Verhaltensweisen führt. Eine Nachuntersuchung in Wien an (teilweise von Johann Asperger selbst behandelten) 177 Patienten, konnte innerhalb eines Zeitintervalls von 16 bis zu 52 Jahren nach der Erstdiagnose der Störung keine erhöhte Delinquenzrate dieser Gruppe gegenüber der Allgemeinbevölkerung feststellen.¹¹⁰

2.5.7 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9)

Die Diagnosen der Kategorie F9 erfordern einen Beginn deutlich vor der Adoleszenz und sollten daher bereits im Kindes und Jugendalter nachweis-

¹⁰⁷ Vgl. Boetticher/Nedopil/Bosinski, Forens Psychiatr Psychol Kriminol 1/2007, S. 7f.

¹⁰⁸ Vgl. Dilling/Mombour/Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, S. 351f.

¹⁰⁹ Vgl. Robertz/Lehmkuhl/Sevecke, Forens 4/2013, S. 282ff.

¹¹⁰ Vgl. Hippler et al., J Autism Dev Disord 6/2010, S. 775ff.

bar sein.¹¹¹ Die häufigsten und kriminologisch relevantesten Störungen sind hierbei das ADHS sowie die Störung des Sozialverhaltens.

Das ADHS, gekennzeichnet durch die Kombination von psychomotorischer Unruhe, Konzentrationsschwierigkeiten und erhöhter Impulsivität kann dabei durch seine Kernsymptomatik sowohl zu einer verminderten Wahrnehmung sozialer Regeln und Normen als auch zu impulsiven Verhaltensweisen führen. Dies hat eventuell bereits im Kindes- und Jugendalter soziale und rechtliche Konflikte aufgrund von kritiklosem Fehlverhalten zur Folge.¹¹² Nachdem neuere Untersuchungen eine Persistenz der Erkrankung von bis zu 67 Prozent unter Erwachsenen beschreiben, kann die zentrale Symptomatik auch im höheren Alter delinquente Verhaltensweisen begünstigen, wobei zusätzlich die hohe Rate komorbider Störungen zu beachten ist.¹¹³ Dies steht in Einklang mit Untersuchungen, die unter Strafgefangenen ebenfalls ein deutlich vermehrtes Auftreten des ADHS feststellten, wobei deliktspezifisch eine leichte Erhöhung der Prävalenz der Erkrankung bei Diebstahlsdelikten, sowie eine deutlichere Erhöhung bei Sexualdelikten und (meist impulsiv/reaktiven) Gewaltstraftaten beobachtet wurde.¹¹⁴ Insgesamt erscheint die Diagnose im Erwachsenenalter bei fehlenden Informationen über die Gesamtentwicklung allerdings oft schwierig da sich gerade die markante Kernsymptomatik der Hyperaktivität reduziert und die Abgrenzung zu komorbiden Erkrankungen nicht immer gelingt.¹¹⁵

Die Störung des Sozialverhaltens beschreibt ein andauerndes Muster von dissozialem, aggressiven oder aufsässigen Verhalten, das den altersentsprechend zu erwartenden Rahmen deutlich überschreitet.¹¹⁶ Ähnlich wie bei der dissozialen Persönlichkeitsstörung kann die Diagnose mit einer (vermehrten) Delinquenz einhergehen, enthält sie aber nicht als notwendiges Kriterium. Auch ist umgekehrt delinquentes Verhalten allein, wenn es nicht mit einer grundlegenden psychischen Beeinträchtigung einhergeht, für die Vergabe dieser Diagnose nicht ausreichend.¹¹⁷ Dennoch bedingt die Symp-

¹¹¹ Vgl. Dilling/Mombour/Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, S. 27.

¹¹² Vgl. ebenda, S. 358f.

¹¹³ Vgl. Dlubis-Mertens, Dt Ärztebl 3/2004, S. 76.

¹¹⁴ Vgl. Rösler et al., Soziale Folgen der ADHS, S. 122.

¹¹⁵ Vgl. Dlubis-Mertens, Dt Ärztebl 3/2004, S. 76.

¹¹⁶ Vgl. Dilling/Mombour/Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, S. 363.

¹¹⁷ Vgl. Baving, Störungen des Sozialverhaltens, S. 6f.

tomatik der Störung bei den betroffenen Kindern und Jugendlichen durchaus ein erhöhtes Kriminalitätsrisiko, das sich in Abhängigkeit vom Schweregrad der Problematik und dem Entwicklungsalter in unterschiedlichen Taten manifestieren kann, zu nennen sind beispielsweise Diebstähle und Brandlegungen.¹¹⁸ Zusätzlich wird die Störung des Sozialverhaltens in der Literatur eindeutig als ein vermehrtes Risiko für die Entwicklung einer fortlaufenden Delinquenz sowie einer dissozialen Persönlichkeitsstörung beschrieben.¹¹⁹ Ursache für eine Einschränkung der Schuldfähigkeit ist sie hingegen in der Regel nicht.¹²⁰

2.6 Psychiatrische Erkrankungen im Erwachsenenenvollzug

Untersuchungen über psychiatrische Störungen im Regelvollzug sind sowohl in der deutschen als auch in der internationalen Literatur zu finden, unterliegen jedoch ähnlich vieler Erhebungen innerhalb der Allgemeinbevölkerung meist keiner einheitlichen Systematik. Durch die Besonderheit der Haftsituation unterliegt die Exploration darüber hinaus durch die Ressourcen der Untersucher, aber auch die Compliance der Insassen, besonderen Schwierigkeiten.¹²¹ Entsprechend vielfältig sind hier die Untersuchungsansätze, die sich zusätzlich durch die Wahl sehr eingegrenzter Stichproben und unterschiedlicher Methodiken mitunter schwer subsummieren lassen.

Fazel/Seewald gelang in ihrer umfangreichen Meta-Analyse, in die 109 Untersuchungen aus 24 Ländern mit über 33.000 Haftinsassen einbezogen wurden, zumindest eine Teilübersicht internationaler Studien zum Auftreten psychischer Erkrankungen in Haft. Diese betrafen jedoch ausschließlich die Diagnosen der Schizophrenie und Depression, die mit einer internationalen Prävalenz von 3,6 Prozent bzw. 10,2 Prozent angegeben wurden und keine Aussagen über die zeitliche Entwicklung im Längsschnitt oder ökonomische/kulturelle Einflussfaktoren im Ländervergleich gegeben werden konnten.¹²² Da gerade letztere Gesichtspunkte auch vor dem Hintergrund der Diagnosefindung eine Rolle spielen können, erscheinen trotz kleinerer Stichproben die deutschsprachigen Untersuchungen für einen Vergleich

¹¹⁸ Vgl. Freisleder, Rechtsfragen bei Kindern, Jugendlichen und Heranwachsenden, S. 267.

¹¹⁹ Vgl. Konrad/Rasch, Forensische Psychiatrie, S. 171.

¹²⁰ Vgl. Kröber, Forens Psychiatr Psychol Kriminol 3/2015, S. 154.

¹²¹ Vgl. Kury/Fenn, Psychol Rundsch 2/1977, S. 192.

¹²² Vgl. Fazel/Seewald, Br J Psychiatry, 5/2012, S. 366.

transparenter, was im Folgenden zunächst anhand zweier Arbeiten zur allgemeinen Prävalenz psychischer Erkrankungen im Strafvollzug dargestellt werden soll:

Dudeck et al. untersuchten in den Jahren 2006 und 2007 insgesamt 106 Strafgefangene der JVA Stralsund mittels des „Strukturierten Klinischen Interviews für DSM-IV“ Achse I und Achse II (SKID I und SKID II), einer orientierenden Leistungsdiagnostik, sowie der Symptom-Check-Liste (SCL-90) zur Selbstbeurteilung der psychischen Belastung.¹²³ Die diagnostische Beurteilung erfolgte nach dem DSM-IV. Die Untersuchung erfolgte als Querschnittsuntersuchung bei Gefangenen mit einer Kurzzeitstrafe unter drei Jahren. Hierdurch erfolgte nach Meinung der Autoren evtl. eine gewisse Selektion, da beispielsweise schizophrene Patienten, deren Delikte in der Regel eher längere Haftstrafen oder eine Unterbringung im Maßregelvollzug zur Folge hätten, in dieser Stichprobe nicht vorhanden waren. Auch berge die Erhebung mittels Selbstauskunft der Gefangenen immer grundsätzlich das Risiko einer Verzerrung. Unter Hinweis auf diese Einschränkungen wurde zum Untersuchungszeitpunkt eine Prävalenz psychiatrischer Erkrankungen von 52 Prozent auf der Achse I (Klinische Störungen), sowie 79,8 Prozent auf der Achse II (Persönlichkeitsstörungen) des DSM-V gefunden.¹²⁴ Gleichzeitig wurde in der Befragung eine überdurchschnittliche psychosoziale Belastung festgestellt. Insgesamt weisen die Ergebnisse nach Aussage der Autoren auf einen deutlichen psychiatrischen Behandlungsbedarf hin, der gegenwärtig nicht erfüllt sei. Es wird dabei auch postuliert, dass durch die Beschränkung auf Gefangene mit einer Kurzzeitstrafe die Belastung eher unterschätzt werde, da diese sich mit Dauer der Haft noch verstärken könne.¹²⁵

Eine vergleichbare Methodik mit gleichen Messinstrumenten findet sich auch in der Untersuchung von von Schönfeld, in der 2002 insgesamt 63 weibliche und 76 männliche Inhaftierte in der JVA Bielefeld-Brackwede untersucht wurden, wobei hier auch Langzeitinhaftierte einbezogen wurden. Die Untersuchung wurde als Stichtagserhebung durchgeführt und diente dem eigentlichen Ziel, die Prävalenzen psychiatrischer Erkrankungen zwischen weiblichen und männlichen Gefängnisinsassen zu vergleichen. Hierzu wurde den

¹²³ Vgl. Dudeck et al., Psychiat Prax 5/2009, S. 220ff.

¹²⁴ Vgl. ebenda, S 221f.

¹²⁵ Vgl. Dudeck et al., Psychiat Prax 5/2009, S. 222f.

weiblichen Gefangenen eine parallelisierte Gruppe männlicher Inhaftierter gegenübergestellt, wodurch innerhalb der Stichprobe bereits eine Selektion erfolgte. Wenngleich hierdurch die Repräsentativität der Ergebnisse für die männlichen Strafgefangenen nicht im Vordergrund stehen konnte, sollte doch die Untersuchung dazu dienen, auch bei diesen im Rahmen der Möglichkeiten Aussagen zur Epidemiologie der einzelnen Erkrankungen zu treffen.¹²⁶ Hierbei wurde insgesamt bei den männlichen Inhaftierten eine Prävalenz von 81,6 Prozent psychischer Erkrankungen der Achse I und 43,4 Prozent der Achse II gefunden, und somit eine Rate, die sowohl deutlich über der deutschen Allgemeinbevölkerung als auch den internationalen Untersuchungen bei Gefangenen liegt. Bei den weiblichen Inhaftierten lag diese Prävalenz mit 92,1 Prozent sogar noch höher, wobei zusätzlich signifikant höhere Erkrankungsraten bei Angststörungen, affektiven Störungen, der posttraumatischen Belastungsstörung und der Borderline-Störung auftraten.¹²⁷ Auch hier wurde insgesamt bei beiden Geschlechtern eine hohe psychosoziale Belastung gefunden und als Schlussfolgerung ein dringender Handlungsbedarf gesehen, die psychiatrische Versorgung von Strafgefangenen zu verbessern.¹²⁸

Die detaillierten Ergebnisse dieser beiden Untersuchungen sind nachfolgend detailliert dargestellt (Tab. 3):

¹²⁶ Vgl. v. Schönfeld et al., *Nervenarzt* 7/2006, S. 832.

¹²⁷ Vgl. ebenda, S. 834ff.

¹²⁸ Vgl. ebenda, S. 837f.

Tabelle 3: Prävalenz psychiatrischer Erkrankungen im Erwachsenenvollzug

Psychiatrische Erkrankungen im Strafvollzug Erwachsenenvollzug		
Diagnosen nach DSM IV, angeglichen an ICD-10	Dudeck 2009 ¹²⁹	v. Schönfeld 2006 ¹³⁰
	N=102	N=76
	Prävalenz in %	
F1 Substanzbezogene Störung	34,4	72,4
F2 Schizophrene Störungen	--	3,9
F3 Affektive Störungen	6,9	11,8
F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen		
F40 Spezifische Phobie	7,8	0,0
F41.0 Panikstörung	2,0	3,9
F42 Zwangsstörung	2,9	0,0
F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung	2,9	11,8
F43.2 Anpassungsstörung	6,9	6,6
Gesamtprävalenz psychischer Erkrankungen Achse I	52,0	81,6
Gesamtprävalenz psychischer Erkrankungen Achse II (Persönlichkeitsstörungen)	79,8	43,4

Betrachtet man nun die Prävalenz der einzelnen Diagnosen, ergibt sich durch die Übersicht, dass einschließlich der Achse-II Diagnosen, die die Persönlichkeitsstörungen erfassen (diese wurden von den Autoren entsprechend der DSM-Kriterien gesondert aufgeführt, vgl. Kap. 2.1), beide Untersuchungen eine ähnliche (hohe) Gesamtprävalenz psychischer Erkrankungen skizzieren. Bezüglich der Einzeldiagnosen ist ebenfalls in beiden Studien eine hohe Prävalenz der Persönlichkeitsstörungen, substanzgebundenen Störungen und Angsterkrankungen zu beobachten. Allerdings besteht unter den Insassen mit Kurzzeitstrafe in der Untersuchung von Dudek et al. eine deutlich höhere Prävalenz der Persönlichkeitsstörungen, während die Suchterkrankungen und posttraumatischen Belastungsstörungen im Vergleich beider Untersuchungen dort einen geringeren Anteil darstellten. Dies erscheint aufgrund der Pathogenese der Erkrankungen bemerkenswert, da gerade letztere Problematik eher als (sub-) akute Störungen auftritt und in der Hafteingangssituation zu erwarten ist (vgl. Kap. 2.5.1; Kap. 2.5.4;

¹²⁹ Vgl. Dudeck et al., Psychiatr Prax 5/2009, S. 221.

¹³⁰ Vgl. v. Schönfeld et al., Nervenarzt 7/2006, S. 836.

Kap. 2.5.5).¹³¹ Aufgrund dieser unklaren Differenzen stellt sich daher die Frage, ob geringe Stichproben grundsätzlich bei freiwilliger Teilnahme eine zu hohe Selektion und Schwankungsbreite zeigen oder umgekehrt das klinische Interview einen diagnostischen und interpretatorischen Spielraum lässt.

Untersuchungen über die Prävalenz der adulten Form des ADHS liegen innerhalb der bisher genannten Arbeiten nicht vor. Hier findet sich eine ausführliche Übersicht bei Rösler¹³², der in der eigenen Untersuchung im Jahre 2004 in der JVA Ottweiler eine Vorbelastung durch ein kindliches ADHS bei 69,8 Prozent, sowie eine aktuelle Belastung durch ein adultes ADHS bei 45 Prozent der männlichen Inhaftierten fand.¹³³ Diese Zahl wurde bisher nicht repliziert, allerdings hat die Problematik auch erst innerhalb des letzten Jahrzehntes im Erwachsenenbereich an Bedeutung gewonnen und Eingang in spezifischere Untersuchungen gefunden (vgl. Kap. 2.2).

Neben diesen Prävalenzanalysen ist alternativ die Arbeit von Huchzermeier und Ostermann zu beachten, die in der JVA Neumünster die Diagnosen innerhalb ihrer konsiliarisch-fachärztlichen psychiatrischen Sprechstunde der Haftanstalt analysierten.¹³⁴ Hierbei wurde in den Jahren 2013 bis 2015 bei insgesamt 195 erwachsenen männlichen Patienten die Erstdiagnose des behandelnden Arztes erfasst und nach dem ICD-10 beurteilt. Die Autoren nahmen dabei von einer Berechnung der Prävalenz bereits grundsätzlich Abstand, da die Zuweisung der Insassen maßgeblich auf Fremdinitiative des Personals nach einer erfolgten Störung des Haftablaufes beruht habe, und daher eine deutliche Selektion zu erwarten gewesen sei.¹³⁵

Im Einzelnen diagnostizierten Huchzermeier und Ostermann bei 96 Prozent der (ihnen vorgestellten) Gefangenen mindestens eine psychiatrische Erkrankung. Hiervon stellten sich die häufigsten Störungen aus dem Bereich der neurotischen-, Belastungs- und somatoformen Störungen, sowie der substanzgebundenen Störungen dar, gefolgt von den affektiven Störungen

¹³¹ Vgl. Stieglitz, psychoneuro, 1/2005, S. 17.

¹³² Vgl. Rösler, Soziale Folgen der ADHS, S. 120f.

¹³³ Vgl. Rösler, Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 12/2004, S 366ff.

¹³⁴ Vgl. Huchzermaier/Ostermann/Folgmann, RPsych 2/2016, S. 195ff.

¹³⁵ Vgl. ebenda S. 199.

und schizophrenen Störungen (vgl. Anhang A, Tab. 9).¹³⁶ Dies weist trotz fehlender direkter Vergleichsmöglichkeiten zumindest auf ein, im Vergleich zu den mittels Interviews bzw. Selbstbeurteilungsskalen gewonnenen Prävalenzzahlen, differentes Bild der anlassbezogenen Diagnostik hin, mit einem höheren Anteil schizophrener, affektiver und belastungsabhängiger Erkrankungen, und einem niedrigeren Anteil von Persönlichkeitsstörungen.

2.7 Psychiatrische Erkrankungen im Jugendvollzug

Über psychiatrische Erkrankungen im Jugendvollzug liegen bis heute aus Deutschland nur wenige Untersuchungen vor. Studien, vor allem auch hinsichtlich eingegrenzter Störungen wie der des ADHS, werden zwar vielfach initiiert, verlassen den Hochschulbereich aber nur selten und waren für die vorliegende Arbeit nur begrenzt zugänglich und verwertbar. Im Folgenden werden zwei Untersuchungen vorgestellt, die hinsichtlich der Zielgruppe und des Designs eine geeignete Übersicht bieten:

Hier ist zum einen die Arbeit von Hinrichs zu nennen, der ab 1989 in einer Kooperationsarbeit mit der Universität Kiel jugendliche und heranwachsende Haftinsassen der JVA Neumünster mittels eines demographischen Fragebogens, der orientierenden Leistungsdiagnostik „Standard Progresses Matrices“ (SPM), des „Freiburger Persönlichkeitsinventar“ zur Persönlichkeitsdiagnostik (FPI) und einer psychiatrischen Beurteilung untersuchte.¹³⁷ Die Zusammenfassung der Ergebnisse ließ abschließend eine diagnostische Beurteilung sowohl mittels des DSM-III sowie des ICD-10 zu. Bei der Stichprobe von 103 Insassen handelte es sich allerdings um Strafgefangene, die sich freiwillig einer psychotherapeutischen Behandlung unterziehen wollten, und damit einer sehr selektiven Stichprobe.

Als zweite wichtige und vergleichbare Untersuchung ist die Arbeit aus Österreich von Plattner et al. anzuführen, die im Zeitraum 2003 bis 2005 in der JA Josefstadt 333 Haftinsassen im Alter von 14 bis 21 Jahren mittels einer klinischen Untersuchung und des diagnostischen Interviews Mini International neuropsychiatric Interview (MINI-KID) untersuchten.¹³⁸ Hier besteht eine, hinsichtlich des Risikos einer Vorselektion, ausgewogenere und umfangrei-

¹³⁶ Vgl. ebenda, S. 196.

¹³⁷ Vgl. Hinrichs, Int J Offender Ther Comp Criminol 4/2001, S. 481ff.

¹³⁸ Vgl. Plattner et al., Z Kinder Jug-Psych 7/2011, S.231ff.

chere Stichprobe. Zu berücksichtigen sind hier allerdings die diagnostische Einschränkung hinsichtlich des Erfassungsrahmens des Interviews, der durch die vorgegebenen Fragen bestimmt wurde (nur die ausgewählten, wenn auch recht umfangreichen Kriterien des MINI-KID können beurteilt werden) und der möglichen Subjektivität der Angaben.¹³⁹

Die Ergebnisse beider Untersuchungen sind nachfolgend zusammengefasst (Tab. 4):

Tabelle 4: Prävalenz psychiatrischer Erkrankungen im Jugendvollzug

Psychiatrische Erkrankungen im Strafvollzug Jugendvollzug		
Diagnosen nach ICD-10 (Hinrichs) bzw. Diagnosen nach DSM IV, angeglichen an ICD-10 (Plattner)	Hinrichs 2001 ¹⁴⁰ N=103 ^a	Plattner et al. 2011 ¹⁴¹ N=275
	Prävalenz in %	
F1 Substanzbezogene Störung	33,0	53,8
F2 Schizophrene Störungen	0,9	0,0
F3 Affektive Störungen	6,7	21,1
F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	15,5	39,6
F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung	k.A.	25,1
F6 Persönlichkeitsstörung	43,7	k.A.
F9 Emotionale Störungen der Kindheit und Jugend	21,4	74,5
F90 ADHS	0,9	38,9
F91 Störung des Sozialverhaltens	15,5	68,7
Gesamtprävalenz psychischer Erkrankungen	91,3	86,9

^a Zur Berechnung der Prävalenz wurden die von Hinrichs angegebenen Fallzahlen der Einzeldiagnosen von der Autorin mit Bezug auf die Stichprobe hochgerechnet.

Betrachtet man hier das Diagnosespektrum ergeben sich wiederum, trotz einer ähnlich hohen Gesamtprävalenz, sehr unterschiedliche Schwerpunkte der einzelnen Erkrankungen. Die Untersuchung von Plattner beinhaltet dabei in hohem Maße sowohl die Störungen, denen im Jugendalter auch eine kriminologische Bedeutung zugesprochen wird (F9 ADHS/Störung des Sozialverhaltens, vgl. Kap. 2.5.6) als auch die Erkrankungen, die als reaktive Störungen gelten und daher evtl. als Inhaftierungsfolge zu sehen sind (F4

¹³⁹ Vgl. Sheehan et al., Journal of Clinical Psychiatry, Nr. 3/2010, S. 313ff.

¹⁴⁰ Vgl. Hinrichs, Int J Offender Ther Comp Criminol 4/2001, S. 483.

¹⁴¹ Vgl. Plattner et al., Z Kinder Jug-Psych 7/2011, S. 234.

Belastungs- und Anpassungsreaktionen, vgl. Kap. 2.5.4). In der Untersuchung Hinrichs dominieren hingegen die Persönlichkeitsstörungen, die von Plattner aufgrund des Entwicklungsaspektes nicht in die Untersuchung einbezogen wurden.¹⁴² Hinrichs et al. führen hier an, dass diese Häufung auch auf die im Vergleich zum ICD-10 weiter gefassten DSM-III Diagnosekriterien zurückzuführen seien. Zusätzlich muss man berücksichtigen, dass die Stichprobe von Hinrichs vorrangig psychotherapeutischer Hilfe bedurfte und hier demensprechend eine bedarfsorientierte Selektion erfolgte.¹⁴³ Gleichzeitig zeigt der Vergleich der Untersuchungen aber, ähnlich wie im Erwachsenenvollzug, dass sich durch die Wahl der Stichprobe sowie der Methodik ein zu erfassendes Erkrankungsspektrum verändern kann, und dass somit – letztendlich – der Bedarf an Hilfe nicht an reinen Patientenzahlen oder prozentualen Häufigkeiten einer Diagnose gemessen werden kann.

2.8 Behandlungsoptionen psychischer Erkrankungen im Strafvollzug

Die Ergebnisse der angeführten Untersuchungen im Strafvollzug weisen bereits darauf hin, dass aktuell der Behandlungsbedarf psychisch Erkrankter innerhalb der Haftanstalten nicht adäquat erfüllt werden kann. Dies erfordert auch Entscheidungen über zusätzliche Förderungen auf Länderebene, die in Baden-Württemberg 2015 im Rahmen des Berichtes der Expertenkommission des Landes präzisiert wurden: Grundsätzlich folge demnach bereits aus den Grund- und Menschenrechten im Sinne des Schutzes der Menschenwürde nach Art. 1 GG, dass psychisch erkrankten Haftinsassen ein adäquater Umgang und entsprechende Hilfe zukommen muss. Gleichzeitig erfordere das Äquivalenzprinzip, dass therapeutisch die gleichen Behandlungsstandards, die in der Allgemeinbevölkerung üblich sind, ermöglicht werden müssen.^{144, 145}

Subsummiert man die Stellungnahme der Expertenkommission sowie das Fazit der vorangegangenen Untersuchungen, umfasst der Bedarf in der psychiatrischen Versorgung neben einem grundsätzlichen Screening aller Insassen auf das Vorliegen einer psychischen Erkrankung die fachspezifische

¹⁴² Vgl. Plattner et al., Z Kinder Jug-Psych 7/2011, S.238.

¹⁴³ Vgl. Hinrichs, Int J Offender Ther Comp Criminol 4/2001, S. 485f.

¹⁴⁴ Vgl. Justizministerium Baden-Württemberg, Umgang mit psychisch auffälligen Gefangenen, www.bvaj.de, 11.05.2015, S. 28f.

¹⁴⁵ Vgl. BAG-S, Informationsdienst Straffälligenhilfe 1/2013, S. 17.

Behandlung durch Psychologen und Psychiater, die Betreuung durch Fachpflegepersonal, die Möglichkeit einer Verlegung in ein für speziellere Behandlungsoptionen ausgelegtes Vollzugskrankenhaus, sowie auch die Einrichtung haftinterner psychiatrischer Behandlungsabteilungen.^{146, 147} Einen ebenso wichtigen Faktor stelle das Übergangsmanagement dar, indem gerade bei psychisch Kranken der weitere Behandlungs- und Betreuungsrahmen schon vorzeitig fixiert und sichergestellt werden sollte.¹⁴⁸

Diese Notwendigkeit unterstreichen die steigenden Behandlungszahlen in den etablierten psychiatrischen Sprechstunden der Haftanstalten ebenso wie der hohe Anteil psychotherapeutischer Empfehlungen und stationärer Einweisungen bei Häftlingen. Bisher kann das Angebot dieser Maßnahmen allerdings den eigentlichen Anforderungen nicht gerecht werden.¹⁴⁹ Dies begründet sich sowohl auf unzureichende strukturelle als auch personelle Ressourcen, und es wird dringend appelliert, hier entsprechende Maßnahmen zu treffen um sowohl für die Mitarbeiter im Vollzug als auch für die Häftlinge adäquate Arbeits- und Lebensbedingungen zu schaffen.¹⁵⁰

2.9 Zusammenfassung

Die Häufigkeit psychischer Erkrankungen hat sich in der deutschen Allgemeinbevölkerung innerhalb zweier im Abstand von ca. 10 Jahren durchgeführter Untersuchungen des Robert-Koch-Institutes nicht wesentlich verändert und zeigt mit Abschluss der Untersuchung im Jahre 2011 eine Prävalenz von ca. 22 Prozent. Hierbei sind vor allem Suchtmittelproblematiken, Depressionen und Angsterkrankungen führend, wobei sich ergänzend innerhalb der Literatur auch Hinweise auf ein vermehrtes Auftreten der vom Institut nicht erfassten Persönlichkeitsstörungen zeigt. Das mit Abstand häufigste Krankheitsbild, das zu einer psychiatrischen Vorstellung führt, ist hierbei nach einer Erhebung der kassenärztlichen Bundesvereinigung im Jahre 2015 die Depression (vgl. Kap. 2.4).

¹⁴⁶ Vgl. Huchzermaier/Ostermann/Folgmann, RPsych 2/2016, S. 201f.

¹⁴⁷ Vgl. Justizministerium Baden-Württemberg, Umgang mit psychisch auffälligen Gefangenen, www.bvaj.de, 11.05.2015, S. 23f, 29f, 32.

¹⁴⁸ Vgl. ebenda, S. 30f.

¹⁴⁹ Vgl. Huchzermaier/Ostermann/Folgmann, RPsych 2/2016, S. 200f.

¹⁵⁰ Vgl. Justizministerium Baden-Württemberg, Umgang mit psychisch auffälligen Gefangenen, www.bvaj.de, 11.05.2015, S. 23ff.

Eine ähnliche und ebenso unveränderte Prävalenz ergibt sich bezüglich der psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen mit einem Anteil von ebenfalls knapp 22 Prozent. Hier wurden vom Robert-Koch-Institut allerdings nur wenige Störungen nach eindeutigen diagnostischen Kategorien untersucht, innerhalb derer bei Jugendlichen die Angsterkrankungen leicht überwiegen. Als häufigster Anlass für eine Vorstellung bei einem Facharzt wird von der kassenärztlichen Bundesvereinigung hingegen das ADHS genannt (vgl. Kap. 2.4).

Untersuchungen innerhalb von Haftpopulationen ergeben im Vergleich ein differentes Bild mit einer deutlich höheren Anzahl psychiatrischer Erkrankungen. Hier sind im Erwachsenenvollzug mit einer Gesamtprävalenz von bis zu 81 Prozent die überwiegende Mehrheit der Inhaftierten von einer psychischen Erkrankung betroffen. Das Spektrum der Diagnosen variiert hierbei je nach Untersuchungsdesign und Stichprobe, zeigt aber vor allem Schwerpunkte innerhalb der substanzbezogenen Störungen und der Persönlichkeitsstörungen auf (vgl. Kap. 2.6). Im Jugendvollzug werden mit Gesamtprävalenzen von bis zu 91 Prozent noch höhere Anteile psychisch erkrankter Häftlinge beschrieben. Auch hier ergibt sich kein einheitliches Diagnosespektrum. Als häufige Problematiken sind aber neben den substanzbezogenen Störungen vor allem die Belastungs- und Anpassungsstörungen, sowie, je nach kategorialer Zuordnung, die Persönlichkeitsstörungen bzw. die Störungen des Sozialverhaltens zu nennen (vgl. Kap. 2.7).

Das Diagnosespektrum fachärztlicher Untersuchungen ist im Strafvollzug vor dem Hintergrund der Bedarfs- und Ressourcenorientierung zu sehen und wird in der Untersuchung von Huchzermeier und Ostermann als eher selektiv und an Störungen orientiert beurteilt, die konkret den Vollzugsalltag stören. Dies beruhe vor allem auf mangelnden strukturellen und personellen Kapazitäten der Haftanstalten, die kein allgemeines Screening oder weit gefasste Zugangsmöglichkeiten zu diagnostischen und therapeutischen Angeboten zulassen. Nachdem diese mangelnden Ressourcen auch den Haftverlauf und den Übergang in die Freiheit beeinträchtigen können, sind auf Länderebene in Baden-Württemberg Empfehlungen zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung erfolgt, bzw. in Niedersachsen bereits umgesetzt worden (vgl. Kap. 2.6; Kap. 2.8).

3 Methodik

Zur Beantwortung der in der Einleitung formulierten Forschungsfragen sollen im Anschluss an die Darstellung des theoretischen Hintergrundes und aktuellen Forschungsstandes eigene Untersuchungen zur Thematik der psychiatrischen Erkrankungen im Strafvollzug durchgeführt und analysiert werden. Diese erfolgen mittels einer quantitativen Datenanalyse sowie einer qualitativen Inhaltsanalyse von Experteninterviews. Zielgruppe der Untersuchung sind die Häftlinge der Jugendvollzugsanstalt Adelsheim. Die Kombination eines quantitativen und eines qualitativen Verfahrens im Sinne einer Triangulation wurde gewählt, da zur Darstellung und Interpretation des Auftretens von psychischen Erkrankungen zum einen die Kenntnis über konkrete Häufigkeiten, zum anderen aber ebenso das Wissen um Kontextfaktoren von erheblicher Relevanz sind.¹⁵¹ Dies wird bereits im vorangegangenen Kapitel des theoretischen Hintergrundes deutlich, nachdem hier durchaus differierende Untersuchungsergebnisse bestehen, die abseits von Spekulationen nur durch konkrete Erläuterungen über die zugrunde liegenden Einflussfaktoren und Strategien bewertet werden können.¹⁵² Darüber hinaus kann die Triangulation einer zu starken Fokussierung auf Einzelergebnisse entgegenwirken und durch die Einbeziehung unterschiedlicher Sichtweisen den Blickwinkel auf die Thematiken der Forschungsfragen erweitern.¹⁵³

3.1 Untersuchungsort

Alle eigenen Untersuchungen wurden innerhalb der Jugendvollzugsanstalt Adelsheim durchgeführt. Die Haftanstalt liegt im Norden Baden-Württembergs und ist mit 417 Haftplätzen eine der größten Jugendhaftanstalten in Deutschland.¹⁵⁴ Sie ist für männliche Jugendstrafgefangene aus ganz Baden-Württemberg zuständig und besitzt eine zentrale Zugangsabteilung für diese Zielgruppe, so dass fast alle zu Haft verurteilten Jugendsträfl-

¹⁵¹ Vgl. Lamnek/Krell, Qualitative Sozialforschung, S.154 f.

¹⁵² Vgl. Kelle, Die Integration qualitativer und quantitativer Methoden in der empirischen Sozialforschung, S.17.

¹⁵³ Vgl. ebenda, S.260f.

¹⁵⁴ Vgl. Justizvollzugsanstalt Adelsheim, kurze Information, www.jva-adelsheim.de, 20.05.2007.

ter diese Anstalt durchlaufen. Gleichzeitig befindet sich in ihr der Dienstsitz des kriminologischen Dienstes für den Jugendstrafvollzug, der regelmäßig Falldokumentationen und Evaluationen durchführt und publiziert.¹⁵⁵ Die Jugendlichen und Heranwachsenden sind in Abhängigkeit ihrer individuellen Problematiken und Bedürfnisse in unterschiedlich konzeptionierten Hafthäusern untergebracht. Hierunter befinden sich mit einer intensiveren therapeutischen Orientierung und somit einer höher zu erwartenden psychiatrischen Erkrankungsichte das Haus F der Sozialtherapie für Gewalt und Sexualdelinquenten, sowie das Haus Q des Programmes „Start Up“ für psychisch auffällige Gefangene.¹⁵⁶ Die Insassen werden von insgesamt sechs Psychologen betreut, wobei jedes Hafthaus einen fest zugewiesenen primären Ansprechpartner besitzt. Die ärztliche Betreuung erfolgt über stundenweise Präsenz eines allgemeinärztlichen Dienstes auf Kommissionsbasis, sowie eines jugendpsychiatrischen Konsilliardienstes an jedem Dienstag der Woche ganztägig.¹⁵⁷ Zusätzlich besteht die Möglichkeit einer stationären medizinischen bzw. auch psychiatrischen Versorgung im ca. 70 Kilometer entfernten Justizvollzugskrankenhaus Hohenasperg.¹⁵⁸

3.2 Quantitative Datengenerierung

Ziel der quantitativen Untersuchung ist die Darstellung der allgemeinen Prävalenz psychiatrischer Erkrankungen innerhalb der Gefangenenpopulation der JVA Adelsheim, sowie deren Aufgliederung innerhalb der diagnostischen Kategorien. Die Ergebnisse werden entsprechend der Forschungsfrage (I) mit aktuellen Studien über psychische Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung sowie im Strafvollzug in Relation gesetzt. Gleichzeitig wird das ermittelte Diagnosespektrum anhand des aktuellen Forschungsstandes vor dem Hintergrund einer möglichen kriminologischen Bedeutung im Sinne der Forschungsfrage (II) analysiert. Die Ergebnisse sollen einen statistischen Ausgangspunkt darstellen, aber auch mögliche Einflussfaktoren und unklare

¹⁵⁵ Vgl. Stelly/Thomas, Evaluation des Strafvollzugs in Baden-Württemberg, www.jura.uni-tuebingen.de, 01.06.2017, S. 7ff.

¹⁵⁶ Anstaltsinterne Information, vgl. Anhang, Interview 2, Z. 6ff.

¹⁵⁷ Vgl. Justizvollzugsanstalt Adelsheim, kurze Information, www.jva-adelsheim.de, 20.05.2017.

¹⁵⁸ Vgl. Justizministerium Baden-Württemberg, Umgang mit psychisch auffälligen Gefangenen, www.bvaj.de, 11.05.2015, S. 24.

Prozessabläufe herausstellen, die wiederum Anknüpfungspunkte für die anschließenden Experteninterviews bilden.

3.2.1 Datenmaterial

Zur Datenerhebung konnte die fachärztliche Diagnosedokumentation der psychiatrischen Vorstellungen aller Häftlinge innerhalb des Zeitraumes vom 01.01.2015 bis zum 31.12.2016 eingesehen werden. Zusätzlich war es möglich, bis zum 31.12.2017 weitere Verlaufsbefunde dieser Insassengruppe aufzunehmen. Kern der Untersuchung bildete dabei die handschriftliche Kurzdokumentation der Untersuchungsbefunde des jugendpsychiatrischen Konsiliardienstes. Diese wurde, neben der Basisdokumentation am PC, die aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht eingesehen werden konnte, vorrangig für den eventuellen statistischen Gebrauch geführt und beinhaltete die Haftkennung, das Geburtsdatum, das Datum der Vorstellung sowie die Diagnose im Wortlaut.

3.2.2 Auswahl der Stichprobe

Bezüglich der Auswahl der Stichprobe bestanden methodisch zwei Möglichkeiten: Zum einen die Erfassung der psychiatrisch erkrankten Häftlinge im Zeitraum 2015/2016 in Relation zur Anzahl der in dieser Zeit inhaftierten Personen. Hierbei ergab sich jedoch die Schwierigkeit, dass diese Diagnosen auch Häftlinge der Zugangsjahre 2013/2014 betrafen, über deren Voruntersuchungen und Grundgesamtheit keine Angaben vorlagen. Es wurde daher der zweiten Vorgehensweise in Form einer Untersuchung der Befunde aller Zugangshäftlinge der Jahre 2015/2016 unter Ausschluss der bereits anwesenden Häftlinge der Vorzug gegeben. Dies erforderte allerdings eine Erweiterung des Beobachtungszeitraumes dieser Häftlinge bis zum 31.12.2017, da auch spätere Erkrankungsbeginne dieser Gruppe berücksichtigt werden mussten. Dieses Datum erschien als Abschluss vertretbar, da 2015 nur zwei Patienten aus 2013, sowie 2016 nur ein Patient aus 2014 vorstellig wurden und daher nach über einem Jahr kein wesentlicher Zuwachs an Neudiagnosen in der Stichprobe mehr zu erwarten war.

3.2.3 Datenaufbereitung

Für die Auswertung wurden für jeden Gefangenen die Haftkennung sowie das Datum der Vorstellung und die zugehörige Diagnose tabellarisch in das Programm „Statistical Package for the Social Sciences“ (SPSS) aufgenommen. Hierbei wurden die Diagnosen von der Autorin anhand des Wortlautes entsprechend den zugehörigen Ziffern des ICD-10 kodiert. Bestanden hierbei Unklarheiten, wurde die Diagnoseziffer erst nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt festgelegt. Anschließend erfolgte durch die Haftkennung ein Abgleich bzw. eine Filterung von Dopplungen, die durch Wiedervorstellungen relativ häufig vorhanden waren. Hierbei wurden bei gleicher Kennung mehrfache Vorstellungen eines Patienten als „ein Fall“ zusammengefasst und evtl. zusätzliche Diagnosen, die sich im Verlauf ergaben, als entsprechende Zusatzdiagnose diesem Patienten zugeordnet.

Anschließend wurden die vorhandenen Diagnosen, die sich nach dem ICD-10 in bis zu fünfstellige Subkategorien aufsplittern können, den übergeordneten, maximal dreistelligen, Diagnosekategorien zugeordnet. Diese Zusammenfassung geschah zum einen, um eine bessere Übersicht zu ermöglichen, zum anderen um eine Vergleichbarkeit mit der Literatur herzustellen. Ein wesentlicher Informationsverlust für die Fragestellung der Arbeit war hierdurch nicht zu befürchten, da weniger der Ausprägungsgrad oder die Teildifferenzierung der Störung, als vielmehr die grundsätzliche Diagnose und Einstufung als endogene oder reaktive Erkrankung im Vordergrund standen.

Des Weiteren wurde bei Mehrfachdiagnosen und Vorliegen einer eindeutigen Diagnosepriorität die nachrangige Diagnose gestrichen. Dies betraf vorrangig die Kombination einer Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion (F43.23) und einer endogenen Depression (F32).¹⁵⁹ Umgekehrt wurden bei Vorliegen der Diagnoseziffer einer kombinierten Störung differenter Grunderkrankungen entsprechend den Empfehlungen der WHO zur statistischen Auswertung beide Grunddiagnosen gezählt.¹⁶⁰ Dies betraf ausschließlich die Diagnose der Hyperkinetischen Störung (ADHS) des Sozialverhaltens (F90.1), die innerhalb der Statistik in beide Einzelkomponenten getrennt wurde. Erfolgte während des Behandlungsverlaufes eine Spezifizierung oder Änderung der Erkrankungsart, wurde die Ursprungsdiagnose verworfen und nur die ab-

¹⁵⁹ Vgl. Rudolf/Bermejo/Schweiger, Dt Ärztebl 25/2006, S. 1760.

¹⁶⁰ Vgl. Dilling/Mombour/Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, S.40.

schließende Beurteilung in die Datenerhebung einbezogen. In der Gruppe der substanzbezogenen Störungen (ICD-10 F1) konnten nicht zuletzt hierdurch keine konkreten Fallzahlen herausgearbeitet werden, da die Betroffenen dem psychiatrischen Dienst nur bei besonderen Verlaufsformen vorgestellt werden und aufgrund hoher Dunkelziffern keine realistische Abbildung der tatsächlichen Prävalenz zu erwarten ist (Vgl. Kap. 4.4.1).

3.2.4 Datenauswertung

Die Datenauswertung erfolgte in Form einer deskriptiven Statistik. Hierbei wurde die Gesamtprävalenz psychiatrischer Erkrankungen sowie die Prävalenz der einzelnen Diagnosen durch Ermittlung der Relationen der erkrankten Zugangshäftlinge der Jahre 2015/2016 gegenüber der Anzahl der Gesamtzugänge des definierten Zeitraumes bestimmt. Zusätzlich wurden innerhalb der Stichprobe die Häufigkeiten der übergeordneten Diagnosekategorien sowie der Einzeldiagnosen berechnet, und so die Anteile der einzelnen Erkrankungen innerhalb der Gesamtzahl psychiatrischer Erkrankungen dargestellt. Ergänzend wurde die Altersverteilung und der Altersdurchschnitt der erkrankten Insassen berechnet und in die Gruppe „Jugendliche“ (14 bis 17 Jahre) und „Heranwachsende“ (18 Jahre und älter) eingeteilt. Anhand dieser Einteilung wurde mit Hilfe einer Kreuztabelle ein evtl. Abweichen des Diagnosespektrums zwischen den Altersstufen überprüft.

3.3 Qualitative Datengenerierung

Im Anschluss an die quantitative Datenanalyse psychiatrischer Erkrankungen innerhalb der JVA Adelsheim erfolgte eine qualitative Untersuchung zur Thematik, innerhalb derer es im Rahmen von Experteninterviews zunächst galt, die Faktoren zu reflektieren, die eine weitergehende Interpretation der quantitativen Forschungsergebnisse zulassen. Die Forschungsfrage (I) erfordert hierbei eine zusätzliche Beurteilung des psychiatrischen Erkrankungsspektrums durch die einzelnen Experten, da diese entsprechend ihrer unterschiedlichen Tätigkeitsbereiche zusätzliche Hinweise auf ursächliche Hintergründe sowie den Verlauf und Einflussfaktoren der Erkrankungen vermitteln können. Zusätzlich erscheint die Beurteilung der Patientenerfassung und Diagnosegenerierung durch die Experten wichtig, um Akteursstrategien

zu skizzieren und evtl. Filterfunktionen darzustellen, die in die Beurteilung der Validität der quantitativen Untersuchung einbezogen werden müssen.¹⁶¹ Zur Beantwortung der Forschungsfrage (II) muss zusätzlich die kriminologische Bedeutung der psychiatrischen Diagnosen der Häftlinge weiter differenziert sowie beurteilt werden, inwieweit abseits von individuellen Konstellationen Kausalzusammenhänge zwischen Einzeldiagnosen und kriminellen Verhaltensweisen bestehen, die sowohl haftursächlich als auch prognostisch bedeutsam sind. Dabei soll ein Einblick in eventuelle Dynamiken oder generalisierbare Mechanismen im Sinne „typischer“ Verlaufsformen gegeben werden. Letzteres enthält bereits einen Teilaspekt der prognostischen Einschätzung und bildet damit eine Überleitung zur Thematik der Forschungsfrage (III), innerhalb derer von den Experten dargestellt werden soll, inwieweit durch die Haftsituation selbst sowie die therapeutischen Optionen, sowohl die gesundheitliche als auch die kriminologische Perspektive der Häftlinge beeinflusst werden kann.

3.3.1 Auswahl der Interviewpartner

Da die qualitative Untersuchung sowohl subjektive Einschätzungen als auch prozessorientierte Darstellungen einschließen soll, konnte sie nur durch ein persönliches Gespräch mit direkt Beteiligten erfolgen. Hier stellte sich zunächst die grundsätzliche Frage, wer befragt werden soll. In Bezug auf die gewünschten Informationen wären sowohl die Gruppe der Häftlinge als auch die Mitarbeiter der JVA denkbar gewesen. Allerdings wäre eine Befragung ersterer erheblichen rechtlichen, organisatorischen und auch interpretatorischen Schwierigkeiten ausgesetzt: Da ein großer Teil der betroffenen Insassen noch minderjährig ist, bestehen zum einen rechtliche Hürden, zum anderen sind die hierzu zusätzlich erforderlichen Einverständnisse der Erziehungsberechtigten erfahrungsgemäß schwer zu erlangen. Bei den dann erreichbaren Teilnehmern wäre bereits durch die Tatsache einer höheren Kooperationsbereitschaft eine erhebliche Selektion denkbar. Zusätzlich kann eine Befragung der Inhaftierten zum einen durch die Erkrankung an sich alteriert sein, zum anderen können auch subjektive Assoziationen der Betroffenen, sei es durch einen erhofften Krankheitsgewinn oder aber umgekehrt

¹⁶¹ Vgl. Franke/Wald, Möglichkeiten der Triangulation quantitativer und qualitativer Methoden in der Netzwerkanalyse, S. 4402.

durch Scham, zu abweichenden Angaben im Sinne einer akzentuierten oder bagatellisierten Schilderung führen.

Aus diesen Gründen sollte die qualitative Untersuchung mit Hilfe von Experteninterviews erfolgen und neben dem geeigneteren Zugang zum einen eine gewisse Neutralität der Angaben sichern, zum anderen aber auch eine generalisiertere Erfassung der Gesamtgruppe, bzw. als Fachdienst spezifischer Abteilungen einer kompletten Teilgruppe der Inhaftierten ermöglichen. Die Experten können hier durch ihre Tätigkeit die von ihnen behandelten Inhaftierten in einem gewissen Sinne repräsentieren und somit einer „zur Zielgruppe komplementären Handlungseinheit“ entsprechen.¹⁶²

Als Interviewpartner wurde dementsprechend der konsiliarisch tätige Jugendpsychiater der JVA gewählt, da dieser sowohl die der quantitativen Datenanalyse zugrundeliegenden Diagnosen erstellte, als auch alle psychiatrisch auffälligen Inhaftierten im Zugang zugewiesen bekommt und bei Bedarf während der Haftzeit medizinisch betreut. Die weiteren Gesprächspartner sollten ebenso im Schwerpunkt eine direkte Verantwortung bezüglich der psychiatrisch erkrankten Häftlingen innehaben und ergaben sich durch die Struktur der JVA, die gesonderte Abteilungen für psychiatrisch erkrankte Straftäter („Haus Q“), sowie für die Sozialtherapie („Haus F“) vorhält. Da in diesen Abteilungen ein Fokus bezüglich der Fragestellungen der Untersuchung zu erwarten war, sollte der jeweils betreuende Psychologe als Experte gewonnen werden. Des Weiteren wurde die Psychologin der Zugangsabteilung um ein Experteninterview gebeten, da gerade in diesem Bereich die Informationen über den Eingangsstatus und eventuell bekannte Vorerkrankungen der Häftlinge im Fokus stehen.

3.3.2 Das leitfadengestützte Interview

Für die Experteninterviews der Masterarbeit wurde ein leitfadengestütztes Interview vorbereitet. Der Leitfaden wurde als sinnvoll erachtet, um innerhalb der einzelnen Interviews eine gewisse Struktur zu gewährleisten.¹⁶³ Nicht zuletzt durch das Vorhaben einer weitergehenden Analyse der parallel erfolgten quantitativen Untersuchung besteht zu einem gewissen Grad die Notwendigkeit einer Bindung an bestimmte Inhalte und Themenkomplexe,

¹⁶² Lamnek/Krell, Qualitative Sozialforschung, S. 688.

¹⁶³ Vgl. ebenda, S. 689 f.

deren Erfragung durch fixierte Themengebiete sichergestellt werden muss, da ansonsten das Feld möglicher Informationen zu weitläufig erscheint. Gläser und Laudel schließen aus ebendiesen Gründen auch eine rein narrative Befragung innerhalb von Experteninterviews aus.¹⁶⁴ Zusätzlich soll mit dem Leitfaden natürlich auch dem Wunsch der JVA und der Experten nach Vorinformationen bezüglich der Fragen, sowie der Erschaffung einer Transparenz hinsichtlich des Hintergrundes und der Rahmenbedingungen der Untersuchung Rechnung getragen werden.¹⁶⁵

Der Interviewleitfaden wurde anhand der Forschungsfragen (siehe Einleitung) unter Berücksichtigung des bisher entwickelten theoretischen Hintergrundes erstellt. Hierbei muss der abstrakte Hintergrund der Forschungsfragen zunächst operationalisiert, d.h. in eine Frageform übergeleitet werden, die den tatsächlich beobachtbaren Elementen bzw. dem tatsächlichen Erfahrungsschatz der Experten entspricht. Dabei wird durch den Bezug auf das bisherige Vorwissen zunächst festgelegt, welche Faktoren für die Beeinflussung der zu untersuchenden Einschätzungen eine Rolle spielen und auf dieser Ebene dann konkrete Fragenkomplexe bzw. Interviewfragen gebildet.¹⁶⁶

Die praktische Erstellung dieser Fragen orientierte sich an dem SPSS-Prinzip von Helfferich, das zunächst das Sammeln, Prüfen, Sortieren und Subsummieren von Einzelaspekten vorsieht um anschließend den Interviewleitfaden basierend auf sechs Kernanforderungen vorzubereiten. Diese lauten:¹⁶⁷

- (1) Berücksichtigung der Grundprinzipien qualitativer Sozialforschung
- (2) Eine begrenzte Anzahl von Fragen
- (3) Formale Übersichtlichkeit und gute Handhabung
- (4) Orientierung am „natürlichen“ Erinnerungs- und Argumentationsfluss.
- (5) Kein Ablesen von Fragen
- (6) Priorisierung von spontan produzierter Erzählung

Es erfolgte somit zunächst ein Sammeln von Faktoren, die zur Differenzierung der Ergebnisse der quantitativen Datenanalyse ebenso wie zur Beantwortung offener Aspekte der Forschungsfragen von Bedeutung erscheinen.

¹⁶⁴ Vgl. Gläser/Laudel, Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse, S. 43.

¹⁶⁵ Vgl. Kaiser, Qualitative Experteninterviews, S. 54.

¹⁶⁶ Vgl. Kaiser, Qualitative Experteninterviews, S. 55ff.

¹⁶⁷ Lamnek/Krell, Qualitative Sozialforschung, S.333 f.

Anschließend wurden diese Faktoren auf ihre Relevanz geprüft und zu einzelnen Themenbereichen zusammengefasst. Für diese Themenbereiche wurde dann eine übergeordnete Leitfrage formuliert, die theoretisch in einem natürlichen Gesprächsverlauf auch zu einer Formulierung des gewünschten Detailwissen führen kann. Hiermit sollte sichergestellt werden, dass die Experten Raum für eine freie Assoziation erhalten, aber dennoch möglichst themenzentriert antworten und bei Bedarf mit konkreteren Nachfragen operiert werden kann.¹⁶⁸

Auf dieser Basis wurde nachfolgend der komplette Interviewleitfaden erstellt, einschließlich einer sogenannten „Anwärm“- und „Abschlussfrage“ (vgl. Anhang B).¹⁶⁹ Alle Experten erhielten hierbei die gleichen Fragen, da von einem vergleichbaren Wissenshintergrund auszugehen war, die Offenheit der Fragen eine gewisse Flexibilität und Anpassung an den jeweiligen Experten erlaubte und gerade der individuelle Blickwinkel auf die gleiche Thematik sowie eventuelle divergierende Betrachtungsweisen von Interesse waren.¹⁷⁰

Inhaltlich bestand in der Auswahl der Einzelfragen die Besonderheit, dass durch die quantitative Untersuchung bereits ein deskriptives Ergebnis der Prävalenz psychiatrischer Erkrankungen innerhalb der JVA vorlag. Es ergab sich somit innerhalb der Experteninterviews theoretisch die Möglichkeit, diese Statistik kurz darzustellen und anschließend gezielt im Sinne des Vertiefungsmodells nach Mayring zu hinterfragen bzw. genauer zu differenzieren.¹⁷¹ Hierdurch wäre allerdings eine deutliche suggestive Komponente vorgegeben und die Gefahr einer Anpassung der Antworten oder Neigung zu einer Rechtfertigung bei anderweitiger Einschätzung abzuwägen. Eine grobe Kenntnis der Fallstatistiken konnte bei den Experten alleine durch internen Austausch zudem vorausgesetzt werden, so dass die zusätzliche Information, die das Interview evtl. sehr fokussiert hätte, nicht zwingend erschien. Im Sinne der Ergebnisoffenheit wurde daher auf eine explizite Hinterfragung der statistischen Ergebnisse verzichtet und die diagnoserelevanten Fragen dementsprechend offen und unter der Möglichkeit der Berücksichtigung des per-

¹⁶⁸ Vgl. Kaiser, Qualitative Experteninterviews, S. 53.

¹⁶⁹ Vgl. Gläser/Laudel, Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse, S. 148.

¹⁷⁰ Vgl. ebenda, S. 150ff.

¹⁷¹ Vgl. Mayring, Kombination und Integration qualitativer und quantitativer Analyse, www.qualitative-research.net, 01.02.2001.

sönlichen Kontextes der Interviewten formuliert, wie es im Modell der Triangulation vorgesehen ist.¹⁷²

3.3.3 Ablauf der Experteninterviews

Nach Erstellung des Interviewleitfadens wurden zunächst zwei Pre-Tests durchgeführt, um die Relevanz und Verständlichkeit der Fragen zu überprüfen, eventuelle Lücken aufzudecken und den zeitlichen Rahmen der einzelnen Interviews besser einschätzen zu können.¹⁷³ Hierzu wurden zwei Polizeibeamte interviewt, die beruflich vergleichbare Berührungspunkte mit der Fragestellung aufwiesen und daher neben der grundsätzlichen Sachkenntnis der Fragestellung eine, gerade hinsichtlich der kriminologischen Aspekte, erweiterte Überprüfung der Fragestellungen zuließen.

Anschließend wurde der Interviewleitfaden gemeinsam mit einem persönlichen Anschreiben an die zuvor bereits mündlich angefragten Experten via E-Mail versandt. Alle Experten meldeten sich telefonisch bzw. in einem kurzen persönlichen Gespräch zurück und hatten den Wunsch, bereits im Vorfeld kurz die für das Interview relevanten Fragen zu klären, so dass in allen Fällen das Interview nach kurzer Begrüßung direkt beginnen konnte. Hierbei wurden die Experten vor Beginn der Tonbandaufnahme noch einmal kurz über das Ziel der Masterarbeit, die Rolle des Experteninterviews und die datenschutzrechtlichen Aspekte informiert. Anschließend wurde nach einer allgemeinen Eingangsfrage zur Zielthematik übergeleitet. Da aufgrund einer vergleichbaren beruflichen Ausbildung der Interviewpartner ein ähnlicher fachlicher Hintergrund vorausgesetzt werden konnte, wurden sprachlich keine Adaptationen vorgenommen.¹⁷⁴ Für die Gesamtdauer des Interviews wurde eine Dauer von ca. 1 Stunde geplant, die in allen Fällen eingehalten werden konnte.

3.3.4 Auswertung der Experteninterviews

Für die Auswertung der Experteninterviews wurde zunächst das Audiomaterial der Interviews transkribiert. Hierbei wurde eine Sprachglättung im Sinne eines journalistischen Transkriptes durchgeführt. Dies geschah zum einen

¹⁷² Vgl. Mayring, Kombination und Integration qualitativer und quantitativer Analyse, www.qualitative-research.net, 01.02.2001.

¹⁷³ Vgl. Kaiser, Qualitative Experteninterviews, S. 69.

¹⁷⁴ Vgl. Gläser/Laudel, Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse 2010, S. 148.

zur Verbesserung der Lesbarkeit, zum anderen aufgrund des eindeutigen Fokus auf der Inhaltsebene der gesprochenen Informationen. Diese orientierte sich an den Transkriptionsregeln von Fuß, wobei ein im Fließtext unüblicher Satzbau und umgangssprachliche Ausdrücke nicht in letzter Konsequenz korrigiert wurden, wenn es die Authentizität im Gesprächsablauf und den Gedankenaufbau des Experten eindeutiger widerspiegelte als eine vollständig aufbereitete Version (vgl. Anhang C, Tab.12).¹⁷⁵

Im Anschluss an die Transkription wurde eine qualitative Inhaltsanalyse durchgeführt. Da die Forschungsarbeit auf konkreten Forschungsfragen beruhte, musste die Auswertung grundsätzlich deduktiv erfolgen und erfolgte im Sinne der strukturierten deduktiven Kategorieanwendung nach Mayring (vgl. Anhang C, Abb. 1).¹⁷⁶ Hierbei wurde zunächst ein Categoriesystem erstellt (vgl. Anhang C, Tab. 13). Dieses beruhte in den Hauptkategorien auf den Leitfragen der Experteninterviews. Die Bildung der Unterkategorien erfolgte hingegen bei Erhalt neuer Erkenntnisse im Rahmen der Antworten auf die ergebnisoffenen Fragen nicht ausschließlich deduktiv, sondern auch induktiv, wenn sich neue Gesichtspunkte ergaben.

Alle Kategorien wurden, um eine eindeutige Zuordnung zu ermöglichen, nach inhaltlichen Kriterien definiert und durch Ankerbeispiele beschrieben.¹⁷⁷

Nach diesem Categoriesystem wurde anschließend innerhalb der Interviews jede Interviewpassage entsprechend der Zugehörigkeit der Kernaussage markiert und anschließend thematisch zusammengehörige Aussagen gebündelt. Innerhalb dieser Aussagen wurden bei Doppelung inhaltsgleiche Aussagen gestrichen und anschließend die Angaben unter Beibehaltung der Zeilennummern der Fundstellen paraphrasiert.

Im letzten Schritt wurden die Aussagen der Experten zu den einzelnen Kategorien zusammengeführt. Hierdurch wurde zum einen ein Überblick über alle für die Experten subjektiv relevanten Faktoren zu den einzelnen Fragestellungen geschaffen, zum anderen jedoch auch dargestellt, inwieweit sich die Eindrücke der Experten zu den einzelnen Fragestellungen decken.¹⁷⁸

¹⁷⁵ Vgl. Fuß, Grundlagen der Transkription, S. 57ff.

¹⁷⁶ Vgl. Mayring, Qualitative Inhaltsanalyse, S. 97ff.

¹⁷⁷ Vgl. ebenda, S. 97.

¹⁷⁸ Vgl. Kaiser, Qualitative Experteninterviews, S. 108ff.

4 Ergebnisse der quantitativen Datenanalyse

Im Rahmen der quantitativen Datenerhebung konnten in den Jahren 2015/2016 die psychiatrischen Diagnosen aller fachärztlich vorgestellten Häftlinge der Jugendvollzugsanstalt Adelsheim in Baden-Württemberg ab dem Zugang in die Haftanstalt erfasst, und deren absolute und relative Häufigkeit, sowie die Prävalenz innerhalb der Haftpopulation im Rahmen einer deskriptiven Analyse bestimmt werden.

Die Gesamtzahl der Zugänge einschließlich der U-Häftlinge betrug in diesem Intervall 986 Personen. Insgesamt wurde hier bei 409 Häftlingen (41,5 Prozent) mindestens eine psychiatrische Erkrankung festgestellt. Ergaben sich mehrfache Diagnosen, wurden diese Zusatzdiagnosen ebenfalls innerhalb der Statistik berücksichtigt, so dass sich insgesamt gegenüber der Anzahl Erkrankter (N=409) eine höhere Anzahl von Diagnosen (D=473) ergab.

Das Altersspektrum der untersuchten Patienten betrug in der Stichprobe insgesamt 14 bis 25 Jahre mit einem Durchschnittsalter von 19,0 Jahren. Bei 25,6 Prozent der Patienten handelte es sich um Jugendliche unter 18 Jahre, 74,4 Prozent der Patienten waren bereits erwachsen. Diese Verteilung unterscheidet sich nur geringfügig von der allgemeinen Altersverteilung in der JVA Adelsheim.¹⁷⁹ Die Dauer bis zum ersten Vorstellungstermin betrug bei den erkrankten Häftlingen im Median 11 Tage.¹⁸⁰ Hierbei wurden 47,7 Prozent der Patienten bereits innerhalb der ersten Woche, sowie weitere 25,1 Prozent innerhalb des ersten Monats in der Haftanstalt psychiatrisch vorgestellt.

4.1 Die Prävalenz psychiatrischer Erkrankungen in der JVA Adelsheim

Zur Berechnung der Prävalenz psychiatrischer Erkrankungen wurde der Anteil aller innerhalb des Beobachtungszeitraumes vom 01.01.2015 bis 31.12.2017 diagnostizierten psychiatrischen Erkrankungen (D) der Zugangsjahre 2015/2016 der Gruppe der Gesamtzugänge in den Jahren 2015/2016

¹⁷⁹ Vgl. Stelly/Thomas, Evaluation des Strafvollzugs in Baden-Württemberg, www.jura.uni-tuebingen.de, 01.06.2015, S. 20.

¹⁸⁰ Der Median wurde berechnet, da eine kleine Minderheit der Haftinsassen erst über 300-500 Tage nach Zugang vorgestellt wurden, und so eine Mittelwertberechnung die Statistik verzerrt hätte.

(G) gegenübergestellt. Anschließend wurde, nach Abzug der Mehrfachdiagnosen die Gesamtprävalenz erkrankter Häftlinge (N) dargestellt. Die Ergebnisse sind in Tabelle 5 aufgeführt:

Tabelle 5: Anzahl und Prävalenz der psychiatrischen Diagnosen in der JVA Adelsheim im Zugang 2015/2016

Anzahl und Prävalenz psychiatrischer Diagnosen/ JVA Adelsheim 2015/2016		
Diagnosen nach ICD-10	N ^b =409 D ^a =473 G ^c =986	
	Anzahl Diagnosen	Prävalenz in %
F1 Substanzbezogene Störungen	Keine Angabe (vgl. Kap. 4.4.1)	
F2 Schizophrene Störungen	21	2,1
F3 Affektive Störungen	90	9,1
F31 Bipolare Störung	1	0,1
F32 Depression	89	9,0
F4 Belastungs- und Anpassungsstörung	281	28,5
F40 Spezifische Phobie	3	0,3
F41 Angststörung	11	1,1
F42 Zwangsstörung	1	0,1
F43.0 Akute Belastungsreaktion	9	0,9
F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung	109	11,1
F43.2 Anpassungsstörung	146	14,8
F45 Somatisierungsstörung	1	0,1
F48 Unspezifische neurotische Störung	1	0,1
F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen	0	0,0
F6 Persönlichkeitsstörungen	14	1,4
Emotional instabile Persönlichkeitsstörung		
F60.31 Borderline Typus	10	1,0
F60.30 Störung der Impulskontrolle	4	0,4
F7 Intelligenzminderung	0	0,0
F8 Entwicklungsstörungen	0	0,0
F9 Emotionale Störungen der Kindheit und Jugend	67	6,8
F90 ADHS	38	3,9
F91 Störung des Sozialverhaltens	27	2,7
F98 Emotionale Störungen	1	0,1
Gesamt Diagnosen	473	
Davon: Mehrfachdiagnosen	64	
Gesamtprävalenz psychischer Erkrankungen	409	41,5

^a Gesamtzahl der psychiatrisch diagnostizierten Erkrankungen der Zugangsjahre 2015/2016

^b Gesamtzahl erkrankter Personen der Zugangsjahre 2015/2016

^c Gesamtzugänge der JVA 2015/2016 (einschließlich U-Haft)

Neben dieser Erfassung und Darstellung der Prävalenz erfolgte parallel eine Berechnung der Anteile der jeweiligen Einzeldiagnosen an der Anzahl der Erkrankten. Hierdurch kann zum einen die relative Häufigkeit innerhalb der diagnostizierten Erkrankungen dargestellt werden, zum anderen ermöglicht diese Aufgliederung einen direkten Vergleich mit den Diagnosehäufigkeiten innerhalb der kinder- und jugendpsychiatrischen, sowie der allgemeinspsychiatrischen Praxen (vgl. Kap. 2.4; Anhang A Tab. 7,8). Dies erscheint vor allem vor dem Hintergrund wichtig, dass das System der fachärztlichen Vorstellung in der JVA eventuell zu einer gewissen Filterfunktion führt und, obgleich durch den engen und überschaubaren Rahmen der Haftanstalt von einer höheren Sensitivität auszugehen ist, ähnlich der Allgemeinbevölkerung nicht jede Erkrankung automatisch durch ein Screening sondern nur bei entsprechender Motivation und Veranlassung erfolgt.

Tabelle 6: Anteile der Einzeldiagnosen an den Gesamterkrankten innerhalb der JVA Adelsheim, geordnet nach Häufigkeit

Anteile der psychiatrischen Diagnosen/ JVA Adelsheim 2015/2016	
Diagnosen nach ICD-10	Anteile der Erkrankungen der JVA in %
F 43.2 Anpassungsstörung	35,7
F 43.1 Posttraumatische Belastungsstörung	26,7
F 32 Depression	21,8
F 90 ADHS	9,3
F 91 Störung des Sozialverhaltens	6,6
F 2 Schizophrene Störung	5,2
F 60.3 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung	3,4
F 41 Angststörung	2,7
F 43.0 Akute Belastungsreaktion	2,2
F 40 Spezifische Phobie	0,7
F 48 Unspezifische neurotische Störung	0,2
F 31 Bipolare Störung	0,2
F 45 Somatisierungsstörung	0,2
F 42 Zwangsstörung	0,2
F 98 Emotionale Störung	0,2

Betrachtet man zunächst die Gesamtprävalenz diagnostizierter psychiatrischer Erkrankungen innerhalb der JVA, erscheint diese mit einem Wert von 41,5 Prozent gegenüber der Prävalenz von 22,1 Prozent (Erwachsene) bzw.

21,9 Prozent (Kinder und Jugendliche) innerhalb der Allgemeinbevölkerung im aktuellen Gesundheitssurvey insgesamt eindeutig erhöht (vgl. Kap. 2.2; 2.3). Hierbei war im direkten Vergleich der beiden Zugangsjahre allerdings keine Zunahme, sondern eher ein Rückgang der diagnostizierten Störungen zu beobachten. Im Jahre 2015 erkrankten unter den 451 Zugängen insgesamt 204 Häftlinge (45,2 Prozent), 2016 wurden 535 Häftlinge aufgenommen und im Verlauf bei 205 (38,3 Prozent) eine psychiatrische Störung diagnostiziert. Die Anzahl der erkrankten Häftlinge ist somit 2016 im Vergleich zum Vorjahr leicht gesunken (vgl. Anhang A, Tab. 10). Inwieweit dies einer natürlichen Schwankung entspricht ist nicht sicher zu beurteilen, es ist aber zumindest nicht von einem Anstieg psychiatrisch erkrankter Haftinsassen auszugehen.

Bei der Beurteilung dieser Prävalenzen ist als wichtiger Faktor zu berücksichtigen, dass innerhalb der Diagnoseerfassung die substanzbezogenen Störungen (ICD 10 F1) ausgenommen werden mussten (vgl. Kap. 4.4.1), die in den Vergleichsuntersuchungen innerhalb der Allgemeinbevölkerung regelmäßig den Hauptanteil der Diagnosen darstellten. Diese fehlende Diagnosegruppe ist als einer der Faktoren zu sehen, die die im Vergleich zu anderen Jugendstrafanstalten niedrigere Gesamtprävalenz psychiatrischer Störungen bedingen. Orientiert man sich an den haftinternen Untersuchungen zur Drogenproblematik, muss man auch in der JVA Adelsheim alleine bei 45 Prozent der Insassen von einem Konsum größerer Mengen Drogen vor Haftbeginn ausgehen.¹⁸¹ Addiert sich diese Problematik zur Anzahl der nicht substanzgebundenen Störungen hinzu, könnte sich die Prävalenz psychischer Störungen, ähnlich der vorangegangenen Untersuchungen im Jugendvollzug, in einem Bereich von deutlich über 50 Prozent bewegen.

Insgesamt ist aber, auch innerhalb der anderen Störungsgruppen, ein Vergleich mit anderen Untersuchungen jugendlicher und heranwachsender Strafgefangener nur äußerst eingeschränkt möglich, da diese in den Ergebnissen sehr differieren. So bewegen sich die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung meist zwischen den Ergebnissen von Hinrichs und Plattner und lediglich die Störung des Sozialverhaltens ist in der JVA Adelsheim im Vergleich zu beiden Untersuchungen deutlich seltener diagnostiziert worden.

¹⁸¹ Vgl. Stelly/Thomas, Evaluation des Strafvollzugs in Baden-Württemberg, www.jura.uni-tuebingen.de, 01.06.2015, S. 62.

4.2 Epidemiologische Beurteilung der Ergebnisse der Datenanalyse

Nach dieser allgemeinen Betrachtung unter Berücksichtigung der Besonderheiten der Diagnosekategorie F1 sollen die weiteren Diagnosegruppen hinsichtlich der Häufigkeit ihres Auftretens in Relation zur allgemeinen Epidemiologie betrachtet werden (vgl. Tab. 1). Hierbei weicht die Diagnosegruppe F2 der Schizophrenien mit einer Prävalenz von 2,1 Prozent und einem Anteil von 5,2 Prozent innerhalb der Erkrankten mit einer geringen Erhöhung von Untersuchungen innerhalb der Allgemeinbevölkerung ab. Die Diagnoserate F32 der Depression zeigt sich dagegen mit einer Prävalenz von 9,0 Prozent und einem Diagnoseanteil von 21,8 Prozent gegenüber dem Auftreten innerhalb der Allgemeinbevölkerung zumindest moderat erhöht, wobei der Anteil allerdings hinter dem der fachärztlichen Praxen zurückbleibt. Viel deutlicher fällt diese Erhöhung im Bereich der Gruppe F43 der Anpassungsstörungen und Belastungsreaktionen mit einer Prävalenz von 26,8 Prozent und einem Anteil an den Erkrankten von 64,5 Prozent aus. Innerhalb der Diagnosegruppe F5 der Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren wurde innerhalb der JVA keine Diagnose gestellt, in dem Sinne, dass sich kein Patient aufgrund dieser Beschwerden vorstellte. Dies stellt im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eine deutliche Diskrepanz dar, zumal die Schilderung hartnäckiger körperlicher Beschwerden wahrscheinlich auch in der Haftanstalt eine ärztliche sowie nachfolgend psychiatrische Vorstellung nach sich gezogen hätte. Ebenso sind Erkrankungen der Gruppe F6 der Persönlichkeitsstörungen innerhalb der Häftlinge mit einer Prävalenz von 1,4 Prozent und einem Anteil an den erkrankten Patienten von 3,4 Prozent selten, und nur in Form der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung diagnostiziert worden. Hier ist jedoch zu berücksichtigen, dass im Jugendalter diese Diagnosen aufgrund der noch nicht abgeschlossenen Reifeentwicklung nur mit Zurückhaltung zu stellen sind und gerade im Jugendvollzug durch die Verhängung der Jugendstrafe eine noch nicht abgeschlossene Persönlichkeitsentwicklung zu erwarten ist (vgl. Kap. 2.3).¹⁸² Das geringe Auftreten dieser Diagnose kann sich daher allein schon auf dem Entwicklungsaspekt begründen.

¹⁸² Vgl. Kury/Obergfell-Fuchs, Rechtspsychologie, S. 147.

Auch innerhalb der Diagnosegruppe F7 der Intelligenzminderung, sowie der Diagnosegruppe F8 der umschriebenen Entwicklungsstörungen wurden im Untersuchungszeitraum in der JVA Adelsheim keine fachärztlichen Diagnosen gestellt, wobei diese Störungen nach Auffassung der Autorin wahrscheinlich auch in der allgemeinen Praxis nicht zwingend zu einer psychiatrischen Vorstellung führen müssen. Fallen innerhalb der Haft kognitive Schwierigkeiten oder Teilleistungsstörungen auf, sollte dies vorrangig eine testpsychologische Untersuchung und eine evtl. Anpassung der Ausbildungssituation zur Folge haben. Dementsprechend scheinen auch in dieser Untersuchung diesbezügliche Schwierigkeiten medizinisch weniger im Mittelpunkt gestanden zu haben. Die Diagnose F90 des ADHS zeigt abschließend mit einer Prävalenz von 3,9 Prozent und einem Diagnoseanteil von 9,3 Prozent ebenso wie die Diagnose F91 der Störung des Sozialverhaltens mit einer Prävalenz von 2,7 Prozent und einem Diagnoseanteil von 6,6 Prozent zumindest im Vergleich zu den Befunden innerhalb der jugendlichen Allgemeinbevölkerung ein eher geringes Auftreten, bzw. im Vergleich zu den fachärztlichen Diagnosen liegt dieser Wert sogar deutlich unter dem der Kinder und Jugendlichen. Ein Vergleich mit der erwachsenen Bevölkerung erscheint in dieser Störungsgruppe nur für das ADHS möglich, das auch in einer adulten Form vorliegen und dementsprechend jenseits des Jugendalters diagnostiziert werden kann.¹⁸³ Hier scheinen sich die Ergebnisse in einem in etwa vergleichbaren Rahmen zu bewegen.

4.3 Pathogenetische Beurteilung der Ergebnisse der Datenanalyse

Eine Beurteilung, inwieweit eine Störung bereits zum Tatzeitpunkt vorlag oder eventuell erst durch oder nach der Tat entstanden ist, erscheint grundsätzlich retrospektiv ohne persönliche Kenntnis des Einzelfalles schwierig. Es liegen jedoch für die psychiatrischen Diagnosen innerhalb der diagnostischen Leitlinien zum Teil fixierte Kriterien vor, die auch ohne Kenntnis des konkreten Erkrankungshintergrundes zumindest eine grobe Einteilung in vorbestehende und reaktiv entwickelte Störungen zulassen (vgl. Kap. 2.5). Die innerhalb der quantitativen Datenanalyse ermittelten Störungen wurden daher gezielt vor diesem theoretischen Hintergrund beurteilt.

¹⁸³ Vgl. Philipsen/Heßlinger/Tebartz van Elst, Dt Ärztebl 17/2008, S. 311.

Hier ist mit der Gruppe der Anpassungsstörungen und akuten Belastungsreaktionen, die einen Anteil von 64,5 Prozent an den Gesamterkrankten darstellen, bereits über die Hälfte der Erkrankungen einer Störungsgruppe zuzuordnen, die für die Diagnose zwingend eine reaktive Symptomatik auf ein belastendes Ereignis erfordert. Dieses muss nicht unmittelbar die Symptome auslösen und es besteht ein gewisses Zeitfenster, insgesamt sind diese Erkrankungen jedoch nicht als persönlichkeitsimmanent, meist passager und zeitlich begrenzt zu betrachten und können somit auch erst in/durch die Haft einsetzen.¹⁸⁴

Innerhalb der übrigen Erkrankungen, findet sich mit den Persönlichkeitsstörungen, dem ADHS und der Störung des Sozialverhaltens eine Gruppierung, die umgekehrt keine akute reaktive Symptomatik, sondern einen frühen Beginn in der Kindheit oder Jugend sowie ein gewisses Verlaufskontinuum ohne episodischen Charakter fordern.¹⁸⁵ Gerade bei diesen Störungen kann daher angenommen werden, dass diese bereits zur Tatzeit bestanden und hierdurch das Verhalten möglicherweise beeinflussten. Der Anteil dieser sicher als Primärerkrankungen einzustufenden Störungen beträgt unter den Patienten insgesamt 19,3 Prozent, und ist somit deutlich geringer als der der reaktiven Störungen. Hier muss im Weiteren innerhalb der Experteninterviews analysiert werden, ob es sich hierbei auch um eine abgrenzbare Gruppe von Erkrankten handelt, bei denen die Störung als direkt tatusächlich anzusehen ist.

Neben diesen Erkrankungen, die durch die Diagnosekriterien bereits hinsichtlich ihrer Entstehung definiert sind, besteht bei den Häftlingen mit einem Anteil von 31,4 Prozent eine Gruppe anderer Störungen deren Entstehungsursache bzw. Entstehungszeitpunkt nicht eindeutig definiert sind. Hierunter fallen die depressive Erkrankung, die sowohl endogen als auch reaktiv bedingt sein kann, wobei letzteres durch die Umstände der Inhaftierung durchaus erklärbar erscheint.¹⁸⁶ Des Weiteren finden sich hier die schizophrenen Störungen, die zwar – nachdem der Begriff der Haftpsychose nicht mehr existiert – als nicht reaktiv einzuschätzen sind, sich aber aufgrund des Al-

¹⁸⁴ Vgl. Dilling/Mombour/Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, S. 204f.

¹⁸⁵ Vgl. ebenda, S. 274, 358f, 363.

¹⁸⁶ Vgl. Dilling/Mombour/Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, S. 159.

tershöhepunktes der Ersterkrankung in der Adoleszenz durchaus auch erst nach der Inhaftierung manifestieren können.^{187, 188} Ebenso sind hier noch Einzelfälle verschiedener Störungen wie z.B. die Angst- und Zwangserkrankung einzuordnen, die keine klare Ätiologie beinhalten aber insgesamt innerhalb der Haftanstalt auch nur eine untergeordnete Rolle zu spielen scheinen.

4.4 Kriminologische Beurteilung der Ergebnisse der Datenanalyse

Um zu analysieren, ob sich durch die Ergebnisse der quantitativen Datenanalyse auch kriminologisch bedeutsame Aspekte ergeben, müssen zunächst die Erkrankungen herausgegriffen werden, bei deren Bestehen in der Literatur (vgl. Kap. 2.5) ein erhöhtes Kriminalitätsrisiko besteht. Hierbei muss geprüft werden, ob sich diese Erkrankungen in ihrem Auftreten innerhalb der Gefangenenpopulation von dem innerhalb der Allgemeinbevölkerung unterscheiden. Die Ergebnisse sollen dabei vor dem theoretischen Hintergrund interpretiert werden und es sind die Aspekte herauszustellen, die innerhalb der Experteninterviews weiter differenziert werden müssen. Da über die substanzbezogenen Störungen keine Diagnosen vorlagen, diese aber durchaus relevant sind, wurde diesbezüglich eine Ergänzung eingefügt, die auf Informationen des kriminologischen Dienstes der Jugendvollzugsanstalt beruht.

4.4.1 Substanzbedingte Störungen – Ergänzung (F1)

Für diese Störungskategorie konnten in der vorliegenden quantitativen Untersuchung keine konkreten Daten erhoben werden. Der Substanzmissbrauch an sich stellt aber alleine durch den Faktor einer reduzierten Steuerungsfähigkeit und der Beschaffungskriminalität ohne jede Frage einen bedeutenden kriminologischen Faktor dar (vgl. Kap. 2.5.1). Allerdings erscheint die diagnostische Zuordnung alleine aufgrund anamnestischer Angaben der Häftlinge oft schwierig bzw. fehlerhaft und das vermutete Dunkelfeld hoch.¹⁸⁹ So lässt sich auch der Kausalzusammenhang zwischen einem konkreten Substanzabusus sowie weiterer psychiatrischer Symptome haftintern nur zu einem geringen Prozentsatz nachweisen, und die Möglichkeit einer

¹⁸⁷ Vgl. Gößling/Konrad, R&P 3/2004, S.123ff.

¹⁸⁸ Vgl. Hambrecht/Klosterkötter/Häfner, Dt Ärztebl 11/2002, S. 507.

¹⁸⁹ Vgl. Häßler, Justiznewsletter 28/2017, S. 2.

parallelen anderweitigen psychischen Erkrankung darf nicht außer Acht gelassen werden.

Weiter musste man bei der Untersuchung substanzbedingter Störungen bedenken, dass Abhängigkeits- und Entzugssyndrome darüber hinaus nicht primär Gegenstand des psychiatrischen Dienstes sind, sondern über die allgemeinmedizinische Versorgung, die Vollzugskliniken sowie die Drogentherapieeinrichtungen behandelt werden.¹⁹⁰ Daraus folgt, dass ohnehin nur ein geringer Teil der Betroffenen in der psychiatrischen Ambulanz überhaupt vorstellig wird, und diesbezügliche Diagnosen keinen realistischen Anteil widerspiegeln können.

Für eine Darstellung der Sucht(mittel)problematik muss daher auf die Literatur verwiesen werden, nach der im Jahre 2012 innerhalb der JVA Adelsheim 21 Prozent der Häftlinge auch aufgrund eines Btm-Verstosses verurteilt wurden, 45 Prozent vor der Haft Drogen in hohen Mengen konsumierten und 38 Prozent eine Bearbeitung der Drogenproblematik benötigten.¹⁹¹ Es muss daher insgesamt, ähnlich anderer Untersuchungen, von einer gegenüber der Durchschnittsbevölkerung deutlich erhöhten Problemlage ausgegangen werden, der sich aber psychiatrisch keine konkreten Zahlen zuordnen lassen.

4.4.2 Schizophrene, schizotype und wahnhaftige Störungen (F2)

Hier ist für die Prävalenz schizophrener Erkrankungen zu berichten, dass sie insgesamt innerhalb dieser Untersuchung mit einer Prävalenz von 2,1 Prozent und einem Anteil von 5,2 Prozent an den Gesamterkrankten keine wesentliche Abweichung gegenüber der Durchschnittsbevölkerung und den fachärztlichen Diagnoseraten zeigt. Berücksichtigt man, dass bereits strafrechtlich eine gewisse Filterfunktion besteht, kann es trotzdem überraschen, dass überhaupt pro Jahr mehrere Erkrankungen diagnostiziert werden (vgl. Kap. 2.5.2). Allerdings muss grundsätzlich durch die für Schizophrenien sensible Altersspanne und das Risiko substanzalterierter (Spät-) Folgen auch mit einem Neuauftreten psychotischer Störungen im Regelvollzug gerechnet werden.^{192, 193} So stellt sich zwar, vor allem vor der Möglichkeit eines schlei-

¹⁹⁰ Vgl. Stelly/Thomas, Evaluation des Strafvollzugs in Baden-Württemberg, www.jura.uni-tuebingen.de, S. 63ff.

¹⁹¹ Vgl. ebenda, S. 62ff.

¹⁹² Vgl. Hambrecht/Klosterkötter/Häfner, Dt Ärztebl 11/2002, S. 507

¹⁹³ Vgl. Wabrock et al., psychoneuro 9/2005, S. 433ff.

chenden Beginns, die Frage, ob diese diagnostizierten Störungen tatsächlich alle erst nach der Inhaftierung auftraten oder eventuell die Straftat bereits mitbedingt haben, dies muss aber vor dem Hintergrund der Einzelfälle mit den Experten weiter diskutiert werden

4.4.3 Affektive Störungen (F3)

In der Kategorie der affektiven Störungen wird die depressive Erkrankung in der Literatur bezüglich der Begünstigung einer kriminellen Entwicklung eher zurückhaltend beurteilt, soll aber aufgrund ihrer Prävalenz von 9,0 Prozent und des hohen Anteils von 18,8 Prozent an den Erkrankten innerhalb der Haftanstalt ebenfalls betrachtet werden. Gegenüber der männlichen Durchschnittsbevölkerung erscheint die Belastung mit Depressionen erhöht, der Anteil der Diagnose allerdings im Vergleich mit den fachärztlichen Inanspruchnahmen eher geringer. Grundsätzlich überrascht ein häufigeres Auftreten von Depressionen innerhalb der Haft nicht, da die veränderten Lebensumstände durch den Strafvollzug zumindest als Risikofaktor für eine höhere Rate an Neuerkrankungen bewertet werden können. Allerdings muss aufgrund der allgemeinen Häufigkeit der Erkrankung auch die Möglichkeit einer bereits im Vorfeld bestehenden depressiven Entwicklung berücksichtigt werden.¹⁹⁴ Es ist daher zu diskutieren, inwieweit die Erkrankung die (evtl. auch kriminelle) Vorgeschichte beeinflusst haben kann. Dies erscheint pauschal schwierig, und soll daher ebenfalls innerhalb der Experteninterviews weiter differenziert werden.

4.4.4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4)

Auch die Erkrankungen dieser Kategorie werden in der Literatur nicht grundsätzlich als Risikofaktor für ein kriminelles Verhalten bewertet, müssen aber ebenfalls aufgrund des noch höheren Auftretens mit einer Prävalenz von 28,5 Prozent und einem Anteil von 64,5 Prozent an den erkrankten Häftlingen bezüglich einer eventuellen Tatrelevanz weitergehend analysiert werden. Auch wenn sie ätiologisch eindeutig Sekundärerkrankungen darstellen, kann dadurch nicht automatisch davon ausgegangen werden, dass die Erkrankung tatsächlich erst durch die Inhaftierung ausgelöst wurde. Denkbar sind hier auch Vorfälle im Vorfeld der Tat wie beispielsweise eine Traumati-

¹⁹⁴ Vgl. Sonnenmoser, Dt Ärztebl 9/2007, S. 425.

sierung durch Flucht und Migration.¹⁹⁵ Daher muss bei diesen Erkrankungen, auch gerade weil sie den überwiegenden Teil der Diagnosen bilden, im Sinne der Hypothesen der Arbeit weiter geprüft werden, inwieweit sie tatsächlich direkt mit den Umständen der Inhaftierung verbunden sind und somit vor Tatbegehung noch nicht vorlagen. Hierzu erscheint es wichtig, gerade über das Entstehen und die Entwicklung dieser Erkrankungen während des Haftverlaufes, mit den Experten zu sprechen.

4.4.5 Persönlichkeitsstörungen (F6)

Das Problem der diagnostischen Einschätzung von Persönlichkeitsstörungen bei Jugendlichen und Heranwachsenden wurde bereits beschrieben (vgl. Kap. 2.5.5). Dementsprechend erscheint es konsequent, dass sich auch innerhalb der Jugendhaftanstalt die Diagnosen im Bereich der Gruppe F6 ausschließlich auf die emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus sowie vom impulsiven Typus beschränkten. Beide Störungsbilder fallen bereits in der frühen Adoleszenz durch stabile und abgrenzbare abweichende Verhaltensmuster auf und können daher bereits im Jugend- und frühen Erwachsenenalter etwas sicherer differenziert werden.¹⁹⁶ Dennoch bleibt die Diagnose innerhalb des engen zeitlichen Rahmens des Jugendvollzuges schwierig, was sich eventuell auch in der Prävalenz von 1,4 Prozent und dem Anteil von 3,0 Prozent unter den Patienten widerspiegelt. Da aber gerade die Persönlichkeitsstörungen in der Literatur mit einem deutlich erhöhten Risiko für kriminelle Verhaltensweisen in Verbindung gebracht werden, erscheint es wichtig, hier noch einmal innerhalb der Experteninterviews einen genaueren Einblick bezüglich der Frage einer eventuell abweichenden Persönlichkeitsentwicklung zu erhalten.

4.4.6 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9)

In dieser Diagnosekategorie stellt das ADHS mit einer Prävalenz von 3,9 Prozent und einem Anteil von 8,0 Prozent an den Erkrankten gerade auch gegenüber der minderjährigen Allgemeinbevölkerung eine eher geringe Quote Betroffener dar. Dies überrascht insofern, als beispielsweise Rösler von

¹⁹⁵ Vgl. Dilling/Mombour/Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, S. 207f.

¹⁹⁶ Vgl. Bohus/Schmahl, Dt Ärztebl 49/2006, S. 3345.

einem mit 45 Prozent deutlich höheren Anteil eines adulten ADHS im Erwachsenenenvollzug berichtet.¹⁹⁷ Auch andere Autoren halten das ADHS für einen starken Prädiktor für Delinquenz und die theoretischen Konzepte eines Zusammenhangs zwischen der Kernsymptomatik und dem Auftreten krimineller Verhaltensweisen erscheinen nachvollziehbar.¹⁹⁸ Gerade auch unter kriminologischen Gesichtspunkten stellt sich daher die Frage, ob die relativ geringe Prävalenz des ADHS innerhalb der JVA auf einem tatsächlich geringen Vorkommen dieser Erkrankung beruht, oder aber diagnostische Einschränkungen zu einer geringeren Diagnoserate führen. Zu denken wäre hier in erster Linie an fehlende anamnestische Informationen (die Diagnose erfordert z.B. das Auftreten vor dem 6. Lebensjahr), kulturelle Artefakte oder eine schwer differenzierbare Residualsymptomatik.¹⁹⁹ Hier muss daher gegenüber den Experten vorrangig die diagnostische Sensitivität unter Haftbedingungen hinterfragt, und geprüft werden, inwieweit hier eine valide Beurteilung möglich ist.

Ebenso erscheint die Diagnose einer Störung des Sozialverhaltens mit einer Prävalenz von 2,4 Prozent und einem Anteil von 5,7 Prozent an den Gesamterkrankten gegenüber den Befunden in der Allgemeinbevölkerung nicht erhöht und insbesondere für eine Jugendhaftanstalt außerordentlich gering. Auch wenn diese Störung gemäß den diagnostischen Leitlinien keine zwingende Konsequenz einer Straffälligkeit darstellt, ist aufgrund ihrer Leitsymptomatik mit dissozialem und aggressivem Verhalten sowie der Verletzung sozialer Normen doch ein deutlich häufigeres Auftreten im Jugendvollzug zu erwarten.²⁰⁰ Hier stellt sich daher zunächst die Frage ob das störungsrelevante Verhalten im Klientel des Jugendvollzuges bereits eine gewisse Erwartungshaltung erfüllt, und daher nicht als krankheitswertig betrachtet wird. Andererseits muss man hier auch eine evtl. Einschränkung der Möglichkeiten in der Diagnosestellung beachten, da diese zumindest einen längeren Beobachtungszeitraum und durchgängige Verhaltensmuster zur sicheren Beur-

¹⁹⁷ Vgl. Rösler, ADHS und Delinquenz, S. 120.

¹⁹⁸ Vgl. Freisleder, Störungen des Kindes- und Jugendalters, S. 266f.

¹⁹⁹ Vgl. Dilling/Mombour/Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, S 295.

²⁰⁰ Vgl. ebenda, S. 363f.

teilung der Störung erfordert.²⁰¹ Da die Störung des Sozialverhaltens zumindest in einem Teil der Fälle in eine dissoziale Persönlichkeitsstörung mündet (vgl. Kap. 2.5.7), erscheint es in jedem Fall kriminologisch wichtig das Vorkommen dieses Störungsbildes innerhalb der JVA mit den Experten nochmals zu diskutieren.

4.5 Zusammenfassung

Im Rahmen der quantitativen Untersuchungen aller fachärztlich diagnostizierten psychiatrischen Erkrankungen der Häftlinge in der JVA Adelsheim ergab sich mit einer Prävalenz von 41,5 Prozent erkrankter Häftlinge in den Jahren 2015/2016 eine im Vergleich zur deutschen Durchschnittsbevölkerung eindeutig erhöhte Anzahl psychiatrischer Erkrankungen, die sich damit jedoch ebenso klar unter der Prävalenz der innerhalb der Literaturanalyse recherchierten Untersuchungen in Jugendhaftanstalten befand. Hierbei war zu berücksichtigen, dass die substanzbezogenen Störungen nicht, und die Persönlichkeitsstörungen nur mit der hinsichtlich des Altersspektrums gebotenen Zurückhaltung in die Erhebung der psychiatrischen Diagnosen eingingen, was die Differenzen zu vorangegangenen Studien im Jugendvollzug zumindest teilweise relativiert (vgl. Kap. 4.1; Kap. 4.2).

Innerhalb der Datenanalyse der ärztlich erfassten psychiatrischen Störungen dominierten mit einem Anteil von 55,8 Prozent an den Gesamterkrankungen die Anpassungs- und Belastungsstörungen und somit die primär reaktiven Erkrankungen, die ursächlich im Sinne der Diagnoseleitlinien und der theoretischen Pathogenese auch als mögliche Folge der Straftat und der resultierenden Konsequenzen einschließlich der Inhaftierung eingeordnet werden können. Die als primär vorhanden definierten, und damit auch im Vorfeld der Straftat schon relevanten Erkrankungen, namentlich die Persönlichkeitsstörungen, das ADHS und die Störung des Sozialverhaltens waren mit einem Anteil von 15,8 Prozent wesentlich geringer vertreten und entsprachen in der Häufigkeit ihres Auftretens dem innerhalb der Allgemeinbevölkerung. Die übrigen Störungen waren hinsichtlich ihrer Entstehungsgeschichte nicht eingrenzbar. Insgesamt ist daher festzustellen, dass sich durch die deskriptive

²⁰¹ Vgl. Dilling/Mombour/Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, S 363f.

Datenanalyse allein zunächst kein Beleg ergab, dass innerhalb der Gruppe inhaftierter Straftäter der JVA Adelsheim eine erhöhte Prävalenz nicht sucht-assoziiertes, primär vorbestehender Erkrankungen besteht (vgl. Kap. 4.3).

Bei gezielter Betrachtung der Störungsbilder, denen anhand ihrer Symptomatik auch ein erhöhtes Delinquenzrisiko im Sinne einer kriminologischen Relevanz zugeschrieben wird, zeigte sich ebenso bei keiner der in der Literatur benannten Risikoerkrankungen eine erhöhte Prävalenz unter den Häftlingen. Weder die schizophrenen Störungen, noch – wie beschrieben – die Persönlichkeitsstörungen, das ADHS oder die Störung des Sozialverhaltens traten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung häufiger auf. Für die Erkrankungsgruppe der substanzbedingten Störungen, die hier in der Literatur eine deutliche Relevanz im Sinne einer Ursache für Delinquenz besitzt, besteht wie oben beschrieben allerdings eine Erfassungslücke. So kann hier ebenfalls nur für die nicht substanzbedingten psychischen Erkrankungen die Aussage getroffen werden, dass auch die kriminologisch relevanten Erkrankungen innerhalb der JVA Adelsheim nicht vermehrt fachärztlich diagnostiziert wurden (vgl. Kap. 4.4).

Diese Ergebnisse der quantitativen Datenanalyse können eine aktuelle Standortbestimmung darstellen, müssen aber im Folgenden weiter differenziert und verifiziert werden, indem der Erfassungsrahmen der Erkrankungen, der in der quantitativen Datenanalyse nur fachärztliche Konsultationen beinhaltet, erweitert wird, Erfassungslücken geschlossen werden, und gleichzeitig die bisher nur theoriegeleiteten kriminologischen Aspekte durch praktische Erfahrungshintergründe ergänzt werden. Dies erfolgt im Rahmen der nachfolgenden Experteninterviews.

5 Ergebnisse der Experteninterviews

In der Eingangsphase der Interviews berichteten die Experten zunächst kurz über ihr aktuelles Aufgabengebiet innerhalb der JVA Adelsheim, welches auch den Schwerpunkt der Schilderung der persönlichen Eindrücke bildete. Anschließend wurden die Experten gebeten, zunächst den diagnostischen Prozess bei der Evaluierung psychiatrischer Erkrankungen zu schildern. Die anschließenden Fragen beruhten, entsprechend der Forschungsfragen, auf der Einschätzung des Erkrankungsspektrums, der Frage nach der Genese der Erkrankungen, der kriminologischen Bedeutung und der Konsequenz für die therapeutische Betreuung innerhalb der JVA einschließlich der weiteren Perspektiven (vgl. Anhang D).

5.1 Die Erfassung psychisch erkrankter Häftlinge

„Es gibt Jungs, die meinen es ist uncool, wenn man zum Psychologen geht, aber ich denke, je nachdem wie hoch der Leidensdruck ist, die meisten kommen dann schon. Also selbst Subkulturgößen kommen dann, wenn der Leidensdruck entsprechend hoch ist.“²⁰²

Hier erklärten alle Experten übereinstimmend, dass neben den Informationen der Häftlinge selbst grundsätzlich Vorinformationen über bestehende psychische Erkrankungen sehr wichtig seien, und diese auch gezielt berücksichtigt würden. Hierbei handele es sich um unterschiedliche Quellen: Häufige Informationssteller seien das Gericht bzw. der Richter, die Jugendgerichtshilfe sowie der Inhalt von Gutachten. Auch würden in manchen Fällen Vorbefunde von anderen Haftanstalten oder Vollzugskrankenhäusern übermittelt.²⁰³ Ebenso sei es nicht ungewöhnlich, dass sich besorgte Angehörige selbstständig melden, auch um eventuelle besondere Schutzmaßnahmen für den Häftling abzuklären.²⁰⁴ Nach der Ankunft in der Haftanstalt würden alle Häftlinge zusätzlich durch einen Konsiliararzt bzw. einen Sanitäter medizinisch

²⁰² Interview 2, Z. 64ff.

²⁰³ Vgl. Interview 2, Z. 17ff; Interview 3, Z. 53ff, 63ff, 88ff; Interview 4, Z. 60ff, 298ff.

²⁰⁴ Vgl. Interview 3, Z. 82ff; Interview 4, Z. 308ff.

untersucht. Ergäben sich bei dieser Untersuchung Auffälligkeiten, würden sie an die Psychologin der Zugangsabteilung bzw. den Jugendpsychiater weitergegeben, um eine differenziertere Abklärung zu ermöglichen. Dies erfolge mitunter auch, um bereits über eine Zuweisung in eine entsprechend geschütztere Abteilung der Haftanstalt zu entscheiden.²⁰⁵

Während der Zeit in Haft bestünde dann grundsätzlich für alle Häftlinge und das gesamte Vollzugspersonal immer die Möglichkeit, den zuständigen Psychologen oder den Jugendpsychiater über eventuelle Auffälligkeiten eines Häftlings zu informieren.²⁰⁶ Auch meldeten sich die Häftlinge häufig selbstständig wenn psychische Probleme aufträten, gerade wenn diese nach einiger Zeit bereits Vertrauen zum Personal gefasst und ein Erstkontakt hergestellt sei.²⁰⁷ Der Kontakt zum Jugendpsychiater erfolge dann je nach Notwendigkeit. Gründe einer Vorstellung seien beispielsweise Auto- und Fremdaggression, spezifische Erkrankungen wie Psychosen aber auch unspezifische Symptome, die pharmakologisch behandlungsbedürftig erscheinen, wie z.B. Schlafstörungen.²⁰⁸ Nach Schätzung des Jugendpsychiaters erhielten ca. 40 Prozent aller vorgestellten Häftlinge tatsächlich eine psychiatrische Diagnose.²⁰⁹

Insgesamt wird die Motivation der Häftlinge, bei Problemen Hilfe zu suchen als überwiegend positiv beurteilt.²¹⁰ Grundsätzlich sei zumindest der Arzt nur bedingt in den formalen Vollzugsalltag eingebunden, was bei ihm die Bereitschaft der Häftlinge, Probleme zu offenbaren, erhöhe.²¹¹ Förderlich seien zusätzlich das Vertrauen zum Personal, die Empfehlung von Mithäftlingen sowie der Leidensdruck durch die individuellen Erkrankungen.²¹² Auch die Erwartung vermeintlicher Vergünstigungen würde das Meldeverhalten beeinflussen, so dass hier mitunter einige Erfahrung benötigt werde, um zwischen vorgetäuschten und tatsächlichen Erkrankungen zu differenzieren.²¹³ Umgekehrt könnten auch von Seiten des Personals Unsicherheiten zu Missver-

²⁰⁵ Vgl. Interview 1, Z. 14ff, 77ff; Interview 2, Z. 28ff; Interview 3, Z. 26ff, 59ff; Interview 4, Z. 67ff, 80ff.

²⁰⁶ Vgl. Interview 3, Z. 97ff; Interview 4, Z. 86ff.

²⁰⁷ Vgl. Interview 1, Z. 314ff; Interview 2, Z. 54ff.

²⁰⁸ Vgl. Interview 1, Z. 18ff, 95ff; Interview 4, Z. 157ff.

²⁰⁹ Vgl. Interview 1, Z. 54.

²¹⁰ Vgl. Interview 3, Z. 319ff.

²¹¹ Vgl. Interview 1, Z. 316.

²¹² Vgl. Interview 2, Z. 57ff, 64ff; Interview 4, Z. 105f.

²¹³ Vgl. Interview 1, Z. 55ff; Interview 2, Z. 73ff; Interview 3, Z. 315ff.

ständnissen und Überinterpretation an sich harmloser Beschwerden führen.²¹⁴

Einschränkungen in der diagnostischen Erfassung psychiatrischer Probleme ergäben sich nach der Aufnahme zunächst durch die Verweildauer. Gerade im U-Haftbereich bestünde dabei eine hohe Fluktuation, so dass für eine ausführlichere Diagnostik keine Zeit bliebe.²¹⁵ Ein weiteres Problem bestehe durch die Tatsache, dass im Gegensatz zu einer Exploration in Freiheit die Eltern als wesentliche Auskunftsinstantz fehlten.²¹⁶ Hierdurch sei man alleine auf die Aussagen der Insassen selbst angewiesen, die gerade in Hinblick auf Suchtprobleme häufig keine wahrheitsgemäßen Aussagen machten.²¹⁷ Auch bestünde, ähnlich der Situation außerhalb der Haftanstalt, eine unterschiedliche Bereitschaft, sich bei Problemen Hilfe zu suchen, bzw. die Schilderung werde als unangenehm oder peinlich empfunden. Hier beeinflusse auch die Einbindung in die Subkultur der Haftanstalt die Akzeptanz einer psychologischen Unterstützung.²¹⁸ Geringere Probleme könnten aber mitunter bereits durch die Teams innerhalb der Hafthäuser gelöst werden, so dass in manchen Fällen keine spezifische fachliche Hilfe benötigt werde.²¹⁹

5.2 Diagnostik

„Es stimmt schon, dass ich natürlich bei jedem zumindest eine leichtgradige Störung finden könnte, wenn ich unbedingt will.“²²⁰

Die Schätzung des Anteils psychisch erkrankter Häftlinge erfolgte von den Experten sehr zurückhaltend und wurde vom Leiter des psychologischen Dienstes auf ca. ein Drittel aller Häftlinge beziffert.²²¹ Hierbei wurde einschränkend bemerkt, dass je nach Aufgabenbereich der Experten auch das präsente Erkrankungsspektrum variere. So seien beispielweise in der Zugangsabteilung die Suchterkrankungen mit über 50 Prozent und das ADHS

²¹⁴ Vgl. Interview 4, Z. 119ff.

²¹⁵ Vgl. Interview 3, Z. 166ff.

²¹⁶ Vgl. Interview 1, Z. 681ff.

²¹⁷ Vgl. Interview 1, Z. 28ff.

²¹⁸ Vgl. Interview 2, Z. 63ff; Interview 3, Z. 304ff; Interview 4, Z. 95ff.

²¹⁹ Vgl. Interview 4, Z. 119ff.

²²⁰ Interview 4, Zeile 188.

²²¹ Vgl. Interview 2, Z. 87f; Interview 3, Z. 104f.

mit bis zu 33 Prozent sehr häufige anamnestiche Befunde.²²² In der Sozialtherapie dagegen stellten psychiatrische Erkrankungen zum Teil eine gewisse Kontraindikation für die Aufnahme dar, was dort wiederum eine vergleichsweise geringere Rate auffälliger Insassen zur Folge habe.²²³

Bezüglich der Frage nach den häufigsten Erkrankungen wurde von allen Experten zunächst übereinstimmend der Substanzmittelabusus genannt, der bei deutlich über der Hälfte der Insassen bestünde.²²⁴ Laut Meinung des ärztlichen Experten könne dieser auch zu weiteren drogenalterierten Erkrankungen führen, in der Haftanstalt sei dies aber im konkreten Einzelfall schwer nachweisbar, so dass auf die Vergabe einer Diagnose der Kategorie der substanzbedingten Störungen weitgehend verzichtet werde.²²⁵

Als weitere wichtige Erkrankungsgruppe nannten die Experten ebenso übereinstimmend die Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen, die vor allem in der U-Haft auftraten.²²⁶ Auch die posttraumatische Belastungsstörung sei als Folge von Flucht und Migration in höherem Maße zu beobachten und die Diagnoserate werde nach Meinung der Experten durch die aktuelle Zuwanderung noch weiter ansteigen.²²⁷ Ebenfalls sehr häufig und zum Teil auch im Kontext mit den Belastungsreaktionen zu sehen sei das Auftreten von zum Teil langwierig verlaufender Depressionen.²²⁸

Zusätzlich wurde von allen Experten das vergleichsweise häufige Auftreten von Schizophrenien thematisiert. Diese seien nach der Erfahrung aus dem Vollzugsalltag der psychologischen Experten überwiegend drogeninduziert, wobei der medizinische Experte ergänzte, dass aus seiner Sicht als ursächlicher Faktor auch das Alter, psychische Belastungen und familiäre Faktoren eine Rolle spielten.²²⁹

Neben diesen konkret zugeordneten Erkrankungen beschrieben die Experten auch Störungsbilder, deren Symptome innerhalb der Haftanstalt häufiger auftraten, jedoch nicht immer die Diagnosekriterien erfüllten. Hier müsse vor

²²² Vgl. Interview 3, Z. 104ff, 159ff.

²²³ Vgl. Interview 3, Z. 457ff; Interview 4, Z. 257ff.

²²⁴ Vgl. Interview 1, Z. 371ff; Interview 2, Z. 108ff; Interview 3, Z. 157ff; Interview 4, Z. 263ff.

²²⁵ Vgl. Interview 1, Z. 375ff.

²²⁶ Vgl. Interview 1, Z. 95ff; Interview 2, Z. 90; Interview 3, Z. 179ff; Interview 4, Z. 429.

²²⁷ Vgl. Interview 1, Z. 232ff; Interview 2, Z. 206ff; Interview 4, Z. 282ff, 691ff.

²²⁸ Vgl. Interview 1, Z. 205ff; Interview 2, Z. 98; Interview 3, Z. 235ff.

²²⁹ Vgl. Interview 1, Z. 177ff; Interview 2, Z. 104f; Interview 3, Z. 122ff; Interview 4, Z. 336ff.

allem die Störung des Sozialverhaltens differenziert betrachtet werden. Gehe man diagnostisch nach strengen Richtlinien vor, könne man diese auf Basis des aktuellen Verhaltens innerhalb der Haftanstalt nur bei einem Bruchteil der Insassen diagnostizieren. Dehne man dagegen den Bezugsrahmen auf das Vorverhalten in Freiheit aus, wäre die überwiegende Mehrzahl der Häftlinge betroffen. Der medizinische Experte räumt hierzu allerdings ein, dass er in diesem Punkt diagnostisch genau differenziere und die Diagnose nur stelle, wenn das antisoziale Verhalten in der aktuellen Situation in Haft noch weiter besteht.²³⁰

Ebenso problematisch sei die Beurteilung sich entwickelnder Persönlichkeitsstörungen. Hier seien die Häftlinge nach Meinung aller Experten in der Mehrzahl zu jung und in der Persönlichkeit zu wenig ausgereift, um bereits eine eindeutige Diagnose stellen zu können. Zusätzlich überschnitten sich markante Verhaltensweisen, wie z.B. das selbstverletzende Verhalten bei einer Borderline-Störung mit Verhaltensweisen, die auch unabhängig von psychiatrischen Erkrankungen in Haft häufiger aufträten, so dass diese nicht als sicheres Diagnosekriterium herangezogen werden könnten.²³¹

Ebenfalls als schwierig wird die Diagnose des ADHS erachtet: Während anamnestisch innerhalb der Vorbefunde vor Inhaftierung eine deutlich erhöhte Rate an ADHS-Diagnosen zu beobachten sei und diese folglich im Zugangsbereich einen Großteil der Diagnosen ausmachten, trete die Symptomatik innerhalb der Haftanstalt weniger kontinuierlich zu Tage. Konkrete Fälle werden hier vor allem aus der Sozialtherapie für Gewalttäter beschrieben, während innerhalb der anderen Hafthäuser keine erhöhte Anzahl von ADHS-Patienten und über den Verlauf der Jahre sogar ein leichter Rückgang der Diagnosen zu verzeichnen sei. Hierbei bemerken die Experten jedoch einschränkend, dass die Symptome mitunter auch schwer zu identifizieren seien und eventuell zusätzlich Abgrenzungsprobleme zu anderen Störungen bestünden.²³²

Im Vergleich zu diesen als häufig empfundenen Erkrankungen berichteten die Experten auch über Störungen, die sie im Haftalltag als weniger häufig aber in der Verlaufsbeobachtung relevant empfänden. Hier wurde von zwei

²³⁰ Vgl. Interview 1, Z. 255ff, 322ff.

²³¹ Vgl. Interview 1, Z. 340ff; Interview 2, Z. 157ff; Interview 3, Z. 273ff.

²³² Vgl. Interview 1, Z. 286ff; Interview 2, Z. 134ff, 195f; Interview 4, Z. 269ff.

der Experten der Asperger-Autismus als Störung genannt, die zwar in Relation zu anderen Störungen selten auftrate, aber doch häufiger als erwartet.²³³ Andere Störungen wie die Angststörung würden in ihrem Auftreten zuletzt als rückläufig gesehen, oder seien, wie die Ess- und Ticstörungen, im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eher unterrepräsentiert.²³⁴

Probleme in der allgemeinen Diagnostik und Differenzierung der psychischen Erkrankungen bereiteten zum einen Defizite in der Ausstattung mit Testmaterialien, zum anderen die zeitlichen und personellen Ressourcen innerhalb der Haftanstalt. Es sei nicht möglich, jeden Insassen grundsätzlich ärztlich zu „screenen“, so dass hier eine Selektion von Patienten bestehe, die sich aktiv meldeten oder gemeldet würden. Dies bedinge eventuell bei entsprechenden Symptomaten oder introvertierten Personen ein gewisses Dunkelfeld.²³⁵ Auch würden von den Häftlingen nicht alle Beschwerden wahrheitsgemäß vorgetragen, was vor allem für den Substanzabusus gelte. Hier bestehe zum einen eine Neigung zur Dissimulation, zum anderen aber auch zur Aggravation, wenn die Drogenproblematik vor Gericht taktisch eingesetzt werde um vermeintliche Vergünstigungen zu erhalten.²³⁶ Ein weiteres Problem ergebe sich durch die Migration, die zwar weniger eine Verschiebung des Diagnosepektrums bewirke, bei der aber je nach ethnischer Herkunft der Betroffenen ein Wandel der Symptombilder auftrete, der diagnostisch berücksichtigt werden müsse.²³⁷ Zusätzlich führten Sprachprobleme oft grundsätzlich zu Einschränkungen in der diagnostischen Erfassung der Beschwerden ausländischer Insassen.²³⁸

Abschließend war es den Experten wichtig, hinsichtlich der Häufigkeit psychiatrischer Diagnosen herauszustellen, dass diese – unkritisch gesehen – bei fast allen Häftlingen gestellt werden könnten, hier aber eine Etikettierung und Stigmatisierung durch eine zu niedrigschwellige Symptomerfassung unbedingt zu vermeiden sei.²³⁹

²³³ Vgl. Interview 3, Z. 367; Interview 4, Z. 279ff.

²³⁴ Vgl. Interview 1, Z. 351ff; Interview 2, Z. 100ff, 204f.

²³⁵ Vgl. Interview 1, Z. 131ff; Interview 2, Z. 47ff, 172ff.

²³⁶ Vgl. Interview 1, Z. 120ff; Interview 2, Z. 117ff; Interview 3, Z. 131ff; Interview 4, Z. 671f.

²³⁷ Vgl. Interview 1, Z. 144ff; Interview 4, Z. 691ff.

²³⁸ Vgl. Interview 1, Z. 148ff, 150ff; Interview 4, Z. 679ff.

²³⁹ Vgl. Interview 1, Z. 691ff; Interview 3, Z. 280ff; Interview 4 Z. 188f.

5.3 Pathogenese

„Ursachenfindung ist das größte Problem. Weil dem Untersucher die Fremdanamnese fehlt und man natürlich auch nicht die Eltern oder die Angehörigen fragen kann, da die einfach nicht vor Ort sind. Das macht den Kontakt enorm schwierig.“²⁴⁰

Bezüglich der Pathogenese der in Haft registrierten Erkrankungen war durch die Aussagen der Experten neben den anamnestischen Einschränkungen grundsätzlich festzustellen: Bei Aufnahme existierten bei vielen Häftlingen Vorbefunde über vorangegangene psychische Störungen, wobei neben den Suchterkrankungen vor allem das ADHS dominierte.²⁴¹ Nach der Inhaftierung stünden dann allerdings – mit Ausnahme der Suchterkrankungen – mit den Belastungsreaktionen, Anpassungsstörungen und Depressionen Erkrankungen im Vordergrund, die überwiegend den Sekundärerkrankungen im Sinne einer Tat- und Haftfolge zugeordnet wurden.²⁴²

Im Einzelnen wurden dabei von den Experten als Primärerkrankung, die regelmäßig bereits zum Tatzeitpunkt bestanden hatte, vorrangig die Suchterkrankung benannt.²⁴³ Drei der Experten nannten zusätzlich das ADHS als häufige Vorerkrankung, die bereits vor dem Delikt bestanden habe.²⁴⁴ Weiter verorteten zwei Experten konkret die Störung des Sozialverhaltens als vorbestehende Problematik.²⁴⁵ Auch die posttraumatische Belastungsstörung stelle nach Meinung zweier Experten explizit eine solche primäre Störung dar, da sie sich nicht durch die Haft, sondern beispielsweise vor dem Hintergrund lebensbedrohlicher Ereignisse durch Flucht und Migration entwickle.²⁴⁶ Jeweils ein Experte benannte zusätzlich noch die drogeninduzierten Psychosen sowie zumindest in einem Teil der Fälle die Depression als Vorerkrankungen, die schon zum Tatzeitpunkt Relevanz gehabt hätten.²⁴⁷

Umgekehrt wurde von allen Experten als Sekundärerkrankungen, die erst als Folge der Tat und Inhaftierung entstünden, vorrangig das Diagnosespektrum

²⁴⁰ Interview 1, Z. 226ff.

²⁴¹ Vgl. Interview 3, Z. 332; Interview 4, Z. 302ff.

²⁴² Vgl. Interview 1, Z. 95ff; Interview 2, Z. 90f; Interview 3, Z. 332ff.

²⁴³ Vgl. Interview 2, Z. 108ff; Interview 3, Z. 327ff; Interview 4, Z. 332ff.

²⁴⁴ Vgl. Interview 1, Z. 272ff, 387ff; Interview 3, Z. 327; Interview 4, Z. 269f.

²⁴⁵ Vgl. Interview 2, Z. 233; Interview 3, Z. 339ff.

²⁴⁶ Vgl. Interview 1, Z. 232ff, 391ff; Interview 2, Z. 206ff.

²⁴⁷ Vgl. Interview 1, Z. 389f; Interview 3, Z. 330f; Interview 4, Z. 282f, 459ff.

der Anpassungsstörungen und akuten Belastungsreaktionen genannt.²⁴⁸ Als ebenso wichtige Folgeerkrankung stuften wiederum alle Experten zumindest in einem Teil ihrer Verläufe die Depression ein.²⁴⁹ Auch die Störung des Sozialverhaltens wurde in diesem Zusammenhang von zwei Experten genannt, allerdings eher im Sinne einer Verschlechterung einer ohnehin bestehenden Primärsymptomatik.²⁵⁰

Als Ursache dieser Folgeerkrankungen wurde von den Experten vorrangig die Trennung gerade der jugendlichen Häftlinge von der Familie und dem sozialen Umfeld genannt, sowie Schuldgefühle gegenüber den nahen Angehörigen aufgrund der Tatsache der Inhaftierung.²⁵¹ Auch seien viele Inhaftierte bezüglich des weiteren Verlaufes einer bestehenden Partnerschaft verunsichert, gerade wenn, wie zum Beispiel in der U-Haft, zusätzlich noch eine Unsicherheit über Dauer und Verlauf der Haftstrafe bestehe.²⁵² Häufig bestünde, vor allem bei Kapitaldelikten, auch eine gewisse Traumatisierung durch die Tat, deren Aufarbeitung erst innerhalb der Haft erfolge.²⁵³ Viele Häftlinge, die gewohnt gewesen seien nach eigenem Ermessen agieren zu können, erlebten auch durch die Haft eine gewisse Ohnmacht, die zusätzlich belaste.²⁵⁴ Zusätzlich führten Rivalitäten mit Mitgefangenen, die Auseinandersetzung mit Subkulturen, Gruppendynamiken und Loyalitätskonflikte, gerade auch vor dem Hintergrund der immer wieder auftretenden Überbelegung, zu psychischen Belastungen im Haftverlauf.²⁵⁵

²⁴⁸ Vgl. Interview 1, Z. 95ff, 130ff; Interview 2, Z. 90f; Interview 3, Z. 210f; Interview 4, Z. 360ff.

²⁴⁹ Vgl. Interview 1, Z. 389f; Interview 2, Z. 233ff; Interview 4, Z. 342ff, 429ff.

²⁵⁰ Vgl. Interview 2, Z. 274ff; Interview 3, Z. 339ff.

²⁵¹ Vgl. Interview 1, Z. 96ff; Interview 2, Z. 92ff; Interview 3, Z. 181ff, 214ff; Interview 4, Z. 340ff.

²⁵² Vgl. Interview 1, Z. 219ff; Interview 3, Z. 213ff; Interview 4, Z. 348ff.

²⁵³ Vgl. Interview 1, Z. 118ff; Interview 3, Z. 230f; Interview 4, Z. 355ff.

²⁵⁴ Vgl. Interview 4, Z. 415ff.

²⁵⁵ Vgl. Interview 3, Z. 204ff; Interview 4, Z. 370ff.

5.4 Kriminologischer Hintergrund

„Aber, wie gesagt, ich möchte eigentlich nicht, dass wir alles in Schubladen stecken, in psychiatrische Kategorien und jetzt sagen: Das und jenes, deswegen ist der jetzt vielleicht kriminell geworden.“²⁵⁶

Grundsätzlich spiegelt diese Expertenaussage bereits den allgemeinen, wenn auch nicht explizit benannten, Konsens wieder, dass es generell schwierig sei, einen direkten Zusammenhang zwischen einer einzelnen Erkrankung und bestimmten kriminellen Verhaltensweisen im Sinne eines direkten kriminologischen Bezuges herauszustellen. Auch sei haftintern eine genaue Beurteilung der individuellen Rückfälligkeit oft nicht möglich, da eine erneute Inhaftierung durch Aufnahme in andere Haftanstalten nicht immer registriert werde.²⁵⁷ Dennoch konnten die Experten verschiedene Störungsgruppen eingrenzen, denen sie eine mögliche Relevanz sowohl für die zur Inhaftierung geführte Tat als auch für die weitere Prognose nach der Straftat entlassung einräumten:

Benannt wurden hier von allen Experten vorrangig sowohl die Suchterkrankungen als auch die Schizophrenie, sowie die Störung des Sozialverhaltens: Bei den Suchterkrankungen seien dabei vor allem Handlungen im Sinne einer Beschaffungskriminalität deliktursächlich, der Substanzabusus könne allerdings ebenso durch die direkte Substanzwirkung Einfluss auf das Tatgeschehen ausgeübt haben.²⁵⁸ Zu beachten sei auch, dass sich die Problematik trotz aller Sicherheitsmaßnahmen in Haft durch fortgesetzten Konsum noch verschlechtern könne. Nach der Entlassung würden dann Therapieangebote häufig abgebrochen, wodurch wiederum die Gefahr des erneuten Missbrauches und eines erneuten Abrutschens in die Kriminalität bestünde. Von Bedeutung sei zusätzlich, dass Alkohol und Drogen oft zur Selbstmedikation eigentlich anders gelagerter psychischer Störungen benutzt würden, so dass hier durch die psychiatrische Erkrankung ein fortgesetzter Miss-

²⁵⁶ Interview 1, Z. 691ff.

²⁵⁷ Vgl. Interview 2, Z. 417ff.

²⁵⁸ Vgl. Interview 2, Z. 244f; Interview 3, Z. 357f; Interview 4, Z. 263ff.

brauch mitbedingt werden könne.²⁵⁹ Die Störung des Sozialverhaltens wird von den Experten als grundsätzlich schwer zu definierende Entität beschrieben. Zumindest stelle sie aber, gerade wenn die Diagnose Ausdruck einer grundsätzlichen persönlichen Einstellung im Sinne einer dissozialen Fehlentwicklung sei, die Beschreibung eines deutlichen Risikofaktors für verschiedenste kriminelle Verhaltensweisen dar.²⁶⁰ Auch könne sich der Verlauf der Störung durch das Haftumfeld und negative Lerneffekte weiter verschlechtern und in fortgesetzt antisozialem Verhalten münden.²⁶¹ Schizophrene Psychosen seien dagegen bereits grundsätzlich im Sinne einer fraglichen Schuldeinschränkung auch forensisch relevant, würden aber mitunter erst nach der Verurteilung diagnostiziert, und könnten dann retrospektiv meist keinen Einfluss auf die Bewertung der Tatersächlichkeit und die Strafzumessung nehmen.²⁶² Prognostisch schwierig und als Risikofaktor zu sehen seien chronische Verläufe, da hier auch zukünftig weitere Schübe und Verhaltensauffälligkeiten zu erwarten sind.²⁶³

Als weitere Erkrankungen, die kriminelle Verhaltensweisen begünstigen könnten, nannten jeweils drei der Experten die Hyperkinetische Störung, sowie die Persönlichkeitsstörungen: Bei dem ADHS käme es dabei vor allem durch die verminderte Impulskontrolle zu unangemessenen Reaktionen, so dass diese Störung gerade bei Aggressionsdelikten gehäuft auftrete. Das unbehandelte ADHS könne entsprechend auch in der Haft zu Konflikten führen, was mitunter Zusatzstrafen und eine Verlängerung der Haftdauer mit sich bringe.²⁶⁴ Aus den verschiedenen Formen der Persönlichkeitsstörungen wurde von den drei Experten die narzisstische Persönlichkeitsstörung als Beispiel einer Erkrankung mit einer negativen Kriminalitätsprognose herausgegriffen, zwei Experten nannten zusätzlich die dissoziale, sowie ein Experte die passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung als Risikofaktor. Ursächlich seien hier zum einen ein verfestigtes Leben nach nicht konformen Maßstä-

²⁵⁹ Vgl. Interview 1, Z. 543ff; Interview 2, Z. 281ff, 385ff; Interview 3, Z. 384ff; Interview 4, Z. 613f.

²⁶⁰ Vgl. Interview 1, Z. 397ff; Interview 2, Z. 263ff; Interview 4, Z. 253ff.

²⁶¹ Vgl. Interview 2, Z. 275ff; Interview 3, Z. 345.

²⁶² Vgl. Interview 1, Z. 538ff; Interview 3, Z. 358ff; Interview 4, Z. 291ff.

²⁶³ Vgl. Interview 2, Z. 285ff; Interview 3, Z. 379ff.

²⁶⁴ Vgl. Interview 1, Z. 397ff, 555ff; Interview 3, Z. 356f; Interview 4, Z. 269ff, 464ff.

ben bis hin zur Entwicklung einer „kriminellen Identität“, sowie eine persönliche Selbstüberschätzung.²⁶⁵

Jeweils zwei der Experten ergänzten zusätzlich als weitere kriminologisch bedeutsame Erkrankungen die Depression und die posttraumatische Belastungsstörung: Die Depression stünde vom allgemeinen Verständnis weniger als Tatarsache im Fokus, könne jedoch durch nach innen gerichtete Aggressionen zu emotionalen Durchbrüchen bis hin zu einem erweiterten Suizid führen.²⁶⁶ Auch seien durch den akkumulierten Leidensdruck Überreaktionen möglich, wobei, nach Meinung eines weiteren Experten, die Erkrankung per se aber kein grundsätzliches Hindernis sei, ein straffreies Leben zu führen.²⁶⁷ Bei der posttraumatischen Belastungsstörung spiele als Auslöser kriminellen Verhaltens häufig eine Retraumatisierung eine Rolle, die sich in Reizbarkeit, Wut und Flashbacks entladen und so zu Delikten führen könne.²⁶⁸

Ein Experte benannte schließlich noch den Asperger-Autismus als mögliche tatarsächlich relevante Störung. Dies beruhe darauf, dass die Erkrankung grundsätzlich durch Defizite in der sozialen Wahrnehmung gekennzeichnet sei, was wiederum Probleme mit dem sozialen Regelwerk zur Folge haben könne.²⁶⁹

Zusätzlich merkte der medizinische Experte an, dass unter den psychiatrischen Erkrankungen auch Störungen bestünden, die eventuell sogar einen gewissen protektiven Faktor darstellten, da die betroffenen Patienten in der Regel eher zu einem kontrollierten und gesetzeskonformen Verhalten tendierten. Dies seien aus seiner Sicht vorrangig die Angst- und Zwangserkrankungen sowie die Tic-Störungen.²⁷⁰

Insgesamt fassten die Experten zusammen, dass allgemein und unabhängig von einer Erkrankung der Einfluss eines negativen Lernumfeldes, wie er innerhalb der Haft bestehe, die Prognose nach der Inhaftierung nicht verbessere.²⁷¹ Als großes Problem betonte ein Experte hierbei die Entwicklung einer sogenannten „feindseligen Dissozialität“, durch die der Häftling kein

²⁶⁵ Vgl. Interview 1, Z. 612f; Interview 3, Z. 403ff; Interview 4, Z. 252ff.

²⁶⁶ Vgl. Interview 1, Z. 540ff; Interview 4, Z. 325ff.

²⁶⁷ Vgl. Interview 3, Z. 400ff.

²⁶⁸ Vgl. Interview 2, Z. 245ff; Interview 4, Z. 318ff, 462ff.

²⁶⁹ Vgl. Interview 3, Z. 367ff.

²⁷⁰ Vgl. Interview 1, Z. 351ff.

²⁷¹ Vgl. Interview 2, Z. 275ff.

Grundvertrauen in andere Menschen und keine positive Lebenseinstellung finde.²⁷² Letztendlich seien aber für den Krankheitsverlauf und die Kriminalitätsprognose bei Vorliegen einer psychiatrischen Störung vorrangig die Krankheitseinsicht und der Behandlungswille entscheidend, wobei letzterer vor allem auch die Einwilligung in eine medikamentöse Therapie betreffe, da ansonsten eine Selbstmedikation mit Alkohol und Drogen zu befürchten sei, die erneut zu einer Negativspirale führe. Hochgradig riskant sei daher auch ein unzureichendes Übergangsmanagement bei der Überleitung der therapeutischen Behandlung von der Haft in den regulären Alltag.²⁷³

5.5 Therapie

„Die Insassen wollen eine Unterstützung, die brauchen eine Unterstützung. Die bekommen sie auch, aber nicht in dem Ausmaß das nötig wäre, weil halt einfach zu wenig Zeit bleibt.“²⁷⁴

Als gezielte psychotherapeutische Angebote für psychisch erkrankte Häftlinge stehen laut der Experten jedem Häftling ein fest zugewiesener Psychologe, aber auch weitere Mitarbeiter wie Seelsorger und Freizeittherapeuten als Ansprechpartner zur Verfügung. Zusätzlich werde bei Verfügbarkeit die Behandlung durch externe Therapeuten genutzt.²⁷⁵ Bei Bedarf werde zusätzlich eine jugendpsychiatrische Behandlung eingeleitet, indem – ähnlich der ambulanten Praxis – zunächst engmaschigere, dann aber oft auch weiter ausgedehnte Vorstellungstermine erfolgten.²⁷⁶ Innerhalb der Fachabteilungen des Q-Baus und der Sozialtherapie seien neben störungsspezifischen Gruppenangeboten auch psychologische Einzelgespräche möglich, wobei die Sozialtherapie grundsätzlich eher deliktspezifisch arbeite und psychiatrische Erkrankungen hier weniger im Vordergrund stünden.²⁷⁷

Bezüglich der medikamentösen Therapieoptionen erfolgten nur Angaben durch den medizinischen Experten, die zusammengefasst folgendes beinhalteten: Grundsätzlich bestehe in der Haftanstalt in Adelsheim kein von den

²⁷² Vgl. Interview 4, Z. 608ff.

²⁷³ Vgl. Interview 2, Z. 456ff; Interview 3, Z. 384ff.

²⁷⁴ Interview 1, Z. 444ff.

²⁷⁵ Vgl. Interview 1, Z. 454ff; Interview 2, Z. 50f, 339ff.

²⁷⁶ Vgl. Interview 1, Z. 90ff.

²⁷⁷ Vgl. Interview 2, Z. 32ff, 297ff; Interview 4, Z. 257ff.

allgemeinen Empfehlungen abweichendes pharmakologisches Behandlungsregime.²⁷⁸ Die Häftlinge seien vielfach sehr an einer Medikation interessiert – allerdings häufig auch aufgrund der Möglichkeit eines Abusus.²⁷⁹ Daher müsse man aufgrund der Suchtgefährdung auf Medikamente mit einem potentiellen Abhängigkeitspotential oder einer Missbrauchsgefahr weitgehend verzichten.²⁸⁰ Hierdurch gestalte sich gerade die Medikation mit Stimulantien sehr restriktiv und führe dadurch, trotz eines grundsätzlich guten Behandlungserfolges, zu einer verringerten Compliance der Insassen.²⁸¹

Neben diesen konkreten therapeutischen Angeboten könne auch strukturell auf psychische Probleme der Häftlinge reagiert und Einfluss genommen werden. So werde, falls Unsicherheit über den psychischen Zustand eines Häftlings besteht, grundsätzlich versucht ihn in einer Gemeinschaftszelle unterzubringen um eine weitere Person zur Kontrolle vor Ort zu haben.²⁸² Auch bestehe bei Gefahr einer Auto- und Fremdaggression die Möglichkeit einer Verlegung in einen besonders gesicherten Haftraum (BgH), sowie engmaschigere Kontrollen durch das Vollzugspersonal.²⁸³ Bei akuten und gravierenden Problemen, wie einer Psychose sowie bei Suizidgefahr, erfolge nach Möglichkeit die Verlegung in das Vollzugskrankenhaus Hohenasperg. Im Jahr würden ca. 40 bis 50 Personen dorthin überwiesen, meist gestalte sich der Aufenthalt dort allerdings eher kurz und die Klinik sei häufig überlastet.²⁸⁴ Bei Suchtproblemen biete die JVA außerdem eine anstaltsinterne Drogenberatung an, zusätzlich sei eine therapeutische Suchtbehandlung in einer angeschlossenen Einrichtung in Oberndorf möglich.²⁸⁵

Die Akzeptanz der therapeutischen Interventionen durch die Insassen wird von allen Experten als grundsätzlich gut beurteilt. Die Insassen wollten und benötigten eine Unterstützung, seien froh um Verständnis und wünschten oft Schutz und Hilfe.²⁸⁶ Gerade in den Fachabteilungen bestünde oft ein hoher Leidensdruck und es würden Gruppenangebote gesucht, sowie Termine

²⁷⁸ Vgl. Interview 1, Z. 429f.

²⁷⁹ Vgl. Interview 1, Z. 465ff.

²⁸⁰ Vgl. Interview 1, Z. 410ff.

²⁸¹ Vgl. Interview 1, Z. 265ff, 435ff.

²⁸² Vgl. Interview 1, Z. 99ff; Interview 4, Z. 74ff.

²⁸³ Vgl. Interview 1, Z. 103ff; Interview 4, Z. 44ff.

²⁸⁴ Vgl. Interview 1, Z. 61ff, 187ff; Interview 3, Z. 484ff; Interview 4, Z. 43ff.

²⁸⁵ Vgl. Interview 2, Z. 381ff.

²⁸⁶ Vgl. Interview 1, Z. 444ff, 490ff; Interview 2, Z. 306ff; Interview 3, Z. 419; Interview 4, Z. 480ff.

beim Arzt selbstständig vereinbart und wahrgenommen.²⁸⁷ Entscheidend für den Therapieerfolg sei dabei vorrangig die Qualität des Kontaktes zwischen Insassen und Therapeuten.²⁸⁸ Hierbei erweise es sich als Vorteil, dass zumindest der Arzt nur bedingt in den Haftalltag eingebunden sei und daher für die Häftlinge eine gewisse neutrale Instanz darstelle.²⁸⁹ Auch biete die Haftsituation den positiven Aspekt, dass man sich medizinisch-therapeutischen Interventionen nur bedingt entziehen könne und hierdurch äußerst regelmäßige Behandlungskontrollen gewährleistet seien.²⁹⁰ Darüber hinaus würden sich auch einige durchaus bedürftige Insassen, die außerhalb der Haftanstalt keine Hilfe gesucht hätten, aufgrund der Empfehlung von Mitgefangenen oder Interesse an Vergünstigungen an das Fachpersonal wenden.²⁹¹ Zum Teil erweise sich auch die Haftsituation als solche als therapeutisches Element, da die Strafverbüßung Schuldgefühle durch die Tat mindern und eine Distanz zu privaten Konflikten, sowie eine Konzentration auf positive Ziele durch Wegfall destruktiver Handlungsoptionen bewirken könne.²⁹²

Als Problem therapeutischer Interventionen in Haft erweise sich nach Meinung der Experten die oftmals kurze Aufenthaltsdauer der Insassen, die bis zur Entlassung keine abschließende Behandlung zulasse.²⁹³ Zusätzlich würde die Behandlung durch Sprachbarrieren erschwert, die bis heute auch durch Sprachcomputer nicht zufriedenstellend gelöst werden könnten.²⁹⁴ Auch seien die finanziellen und personellen Mittel im Fach-, Sozial- und Vollzugsdienst zu gering, um eine ausreichende Versorgung gewährleisten zu können, wobei überdies sowohl im ärztlichen als auch im Pflegebereich Fachpersonal in Festanstellung fehle.²⁹⁵ Zusätzlich bereite die chronische Überbelegung des Vollzugskrankenhauses Probleme, da hier durch die Überlastung Patienten vorzeitig entlassen werden müssten, wodurch ein „Drehtür-Psychiatrie“ Effekt entstehe und die Erkrankten letztendlich nicht

²⁸⁷ Vgl. Interview 1, Z. 471ff; Interview 2, Z. 298ff.

²⁸⁸ Vgl. Interview 2, Z. 310f.

²⁸⁹ Vgl. Interview 1, Z. 507ff.

²⁹⁰ Vgl. Interview 1, Z. 418ff; Interview 4, Z. 408ff.

²⁹¹ Vgl. Interview 1, Z. 497ff; Interview 3, Z. 435ff.

²⁹² Vgl. Interview 4, Z. 480ff.

²⁹³ Vgl. Interview 2, Z. 441ff; Interview 3, Z. 454ff.

²⁹⁴ Vgl. Interview 1, Z. 488ff, 153ff; Interview 4, Z. 680ff.

²⁹⁵ Vgl. Interview 1, Z. 190f; Interview 2, Z. 326ff, 466ff; Interview 3, Z. 501ff; Interview 4, Z. 210f, 635ff.

ausreichend behandelt würden.²⁹⁶ Dies alles geschehe vor dem Hintergrund, wie ein Experte betont, dass das soziale Umfeld innerhalb der Haftanstalt für psychisch erkrankte Insassen grundsätzlich ungünstig sei und positiven Beziehungserfahrungen im Weg stehe.²⁹⁷

5.6 Entlassvorbereitungen

*„Aber das ist auch ein großes Problem, denke ich, in Hinblick auf die Rückfälligkeit. Wenn ich kein adäquates Übergangsmanagement hinkriege, erhöht das natürlich das Risiko erneuter Straftaten beträchtlich.“*²⁹⁸

Die Vorbereitung der Entlassung einschließlich der Suche nach einer therapeutischen Anbindung außerhalb der Haftanstalt wird für psychisch erkrankte Häftlinge von allen Experten als sehr wichtig erachtet. Diese sollte, wenn möglich, zum Ende der Inhaftierungsdauer schon organisiert sein.²⁹⁹ Als Möglichkeit sei, je nach Art und Schwere der Problematik, beispielsweise die Vermittlung in eine psychotherapeutische Einrichtung denkbar, in Sonderfällen auch in eine psychiatrische oder psychosomatische Klinik.³⁰⁰ Zusätzlich bestünde gesetzlich die Möglichkeit des vorbereitenden Aufnahmeverfahrens zur Heranführung einer richterlichen Entscheidung, sowie bei Drogenproblemen die Vermittlung in Therapie nach §35 BtMG.³⁰¹ Zur ambulanten therapeutischen Anbindung werde oft eine Weiterbetreuung über die „Behandlungsinitiative Opferschutz“ (BIOS) oder die Sozialberatung in Stuttgart bzw. die Behandlung durch einen niedergelassenen Arzt, den sozialpsychiatrischen Dienst oder forensische Ambulanzen gesucht. Oft reichten dabei auch niederschwelligere Interventionen wie pädagogische Maßnahmen aus.³⁰² Bei deliktspezifischen Diagnosen sollte allerdings in jedem Fall eine Weiterbetreuung erfolgen.³⁰³

²⁹⁶ Vgl. Interview 2, Z. 475ff; Interview 3, Z. 483ff; Interview 4, Z. 672ff.

²⁹⁷ Vgl. Interview 3, Z. 268ff, 496ff.

²⁹⁸ Interview 2, Z. 464ff.

²⁹⁹ Vgl. Interview 1, Z. 523ff; Interview 2, Z. 392ff.

³⁰⁰ Vgl. Interview 1, Z. 523ff, 566ff; Interview 2, Z. 361ff; Interview 4, Z. 523ff.

³⁰¹ Vgl. Interview 2, Z. 377ff; Interview 4, Z. 546ff; Meyder et al., Psychisch-Kranken-Hilfegesetz Baden-Württemberg, S. 226f.

³⁰² Vgl. Interview 1, Z. 523, 566ff; Interview 2, Z. 341ff, 349ff, 404f; Interview 3, Z. 451ff, 470ff; Interview 4, Z. 541ff, 592ff.

³⁰³ Vgl. Interview 3, Z. 463ff.

Diese sei grundsätzlich schon alleine aufgrund des Therapeutenwechsels als kritische Phase zu sehen.³⁰⁴ Als besonders problematisch stelle sich dies aber vor der landesweiten Zuständigkeit der JVA Adelsheim und der Versorgungssituation in Baden-Württemberg dar, da gerade die Regionen im Süden des Bundeslandes ohnehin kaum eine Fachbetreuung anbieten würden und daher, je nach späterem Aufenthaltsort, der entlassene Häftling keine Weiterbetreuung vor Ort finde. Der Bedarf sei insgesamt deutlich höher als das Angebot einzuschätzen.³⁰⁵ Besonders benachteiligt seien hier die Sexualdelinquenten, da diese ohnehin von den Therapeuten sehr zurückhaltend angenommen würden.³⁰⁶

Zudem sei nach der Haftentlassung die versicherungsrechtliche Situation oft schwierig, da nach der staatlichen Versorgung erst wieder eine Krankenversicherung abgeschlossen werden müsse, was wiederum zu medikamentösen Engpässen führen könne.³⁰⁷ Ohnehin brächen einige Häftlinge eigentlich organisierte Therapiemaßnahmen abhängig vom Leidensdruck nach kürzerer Zeit wieder ab. Besonders betroffen seien hier die therapeutischen Maßnahmen bei Suchterkrankungen und z.B. die Behandlung komplexer Störungsbilder wie der Borderline-Störung. Auch die Integration in eine eigentlich benötigte therapeutische Einrichtung sei oft schwierig, da die Jugendlichen und Heranwachsenden nicht kooperierten.³⁰⁸

5.7 Wünsche

Abschließend äußerten die Experten die aus ihrer Sicht dringendsten Verbesserungswünsche für die Betreuung und Behandlung psychisch erkrankter Insassen: Hier war vor allem der Wunsch nach einer Verbesserung der personellen Ausstattung führend. Dieser bezog sich sowohl auf das Personal der JVA im Allgemeinen, als auch auf die Fachdienste, und dort insbesondere auf der Installation einer kontinuierlichen jugendpsychiatrischen Versorgung in Vollzeit.³⁰⁹ Daneben bestand auch der dringende Wunsch nach einer

³⁰⁴ Vgl. Interview 4, Z. 595ff.

³⁰⁵ Vgl. Interview 1, Z. 577f; Interview 2, Z. 353ff, 363ff; Interview 3, Z. 451; Interview 4, Z. 542ff, 591ff.

³⁰⁶ Vgl. Interview 2, Z. 355ff; Interview 4, Z. 511ff.

³⁰⁷ Vgl. Interview 2, Z. 396ff.

³⁰⁸ Vgl. Interview 1, Z. 578f; Interview 2, Z. 374ff, 385f; Interview 4, Z. 505ff, 527ff.

³⁰⁹ Vgl. Interview 2, Z. 480ff; Interview 3, Z. 501ff; Interview 4, Z. 622ff, 656ff.

verbesserten Zusammenarbeit und intensiveren Nutzung des Vollzugskrankenhauses.³¹⁰ Weitere vorrangige Wünsche waren eine Erleichterung des Übergangsmanagements, die Möglichkeit einer intensiveren Eingangsdiagnostik sowie Hilfen zur Überwindung von Sprachbarrieren.³¹¹

5.8 Zusammenfassung

Im Rahmen von insgesamt vier Experteninterviews des psychiatrischen bzw. psychologischen Dienstes der JVA Adelsheim konnte die Forschungsthematik der diagnostischen Einschätzung, kriminologischen Beurteilung und therapeutischen Behandlung psychiatrischer Erkrankungen bei jugendlichen und heranwachsenden Häftlingen weiter differenziert und präzisiert werden. Hierbei ergab sich zunächst als wichtiger Faktor für die Beurteilung der quantitativen Datenanalyse, dass innerhalb der Haftanstalt nicht von einer vollständigen ärztlich-psychiatrischen Erfassung aller theoretisch zu diagnostizierenden Erkrankungen auszugehen ist, sondern eine Selektion durch die Motivation der Inhaftierten, die Art der Störung sowie alternative Behandlungsmöglichkeiten besteht (vgl. Kap. 5.1).

Bezüglich des Spektrums der Diagnosen berichteten die Experten einen relativ hohen Anteil an psychiatrischen Vorbefunden, wobei die Suchterkrankungen mit einem Anteil von geschätzten 80 Prozent der Inhaftierten vor dem ADHS mit einem Anteil von ca. 33 Prozent eindeutig dominierten. Auch im weiteren Haftverlauf seien die jungen Häftlinge im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung mit einem geschätzten Drittel an Erkrankten stärker psychisch belastet, wobei sich aber im Vergleich zu den Vorbefunden das Diagnosespektrum anders darstelle: Hier dominieren neben der Suchtproblematik mit den Anpassungsstörungen und der Depression Erkrankungen, die von den Experten eher als reaktiv und Folge der Inhaftierung beurteilt werden (vgl. Kap. 5.2).

Die weitere Differenzierung der innerhalb der JVA auftretenden psychiatrischen Störungen hinsichtlich der kriminologischen Relevanz ergab, dass als vorbestehende Störungen, denen gleichzeitig auch eine (Mit-)Ursächlichkeit der Delinquenz zuzuschreiben ist, – wiederum neben den Suchterkrankun-

³¹⁰ Vgl. Interview 1, Z. 633ff; Interview 3, Z. 483ff; Interview 4, Z. 675ff.

³¹¹ Vgl. Interview 1, Z. 622ff, 660ff; Interview 2, Z. 456ff; Interview 4, Z. 680ff.

gen – von den Experten vorrangig die Störung des Sozialverhaltens, die Persönlichkeitsstörungen, das ADHS, die Schizophrenie, sowie aber auch die posttraumatische Belastungsstörung und in geringerem Maße die Depression gesehen wurden. Hierbei könne vor allem bei der Störung des Sozialverhaltens sowie den Persönlichkeitsstörungen die abweichende Normorientierung, bei den übrigen Störungen impulsives und situativ getriggertes Verhalten zu kriminellen Verhaltensweisen führen. Im Einzelnen sei es aber dennoch oft weder möglich noch zielführend, einen direkten Bezug zwischen psychischer Erkrankung und krimineller Handlung herzustellen, da grundsätzlich jede Problematik – gerade bei insuffizienter Behandlung – eine Vulnerabilität, auch in Hinsicht auf eine weitere Delinquenz, bedingen könne (vgl. Kap. 5.3; Kap. 5.4).

Diese Einschätzung der Experten fokussiert bereits die Bedeutung therapeutischer Interventionen, und es wurde die Notwendigkeit einer adäquaten Behandlung der psychischen Erkrankung sowohl zur medizinischen als auch zur kriminalprognostischen Rehabilitation betont. Hier stellten neben Behandlungsgrenzen durch die Haftdauer vor allem die personellen Ressourcen der Haftanstalt einen limitierenden Faktor dar, so dass oft nicht abschließend und in benötigtem Ausmaß Therapien zur Verfügung gestellt werden könnten (vgl. Kap. 5.5). Gleiches gelte auch für den Übergang in die Freiheit, da nach der Haftentlassung nicht immer eine kontinuierliche Weiterbehandlung sichergestellt werden könne und so Behandlungspausen und –abbrüche wiederum zu Belastungen führten, die ein erneutes Abgleiten in die Kriminalität begünstigten (vgl. Kap. 5.6).

Vorrangiger Wunsch der Experten war dementsprechend auch eine deutliche Verbesserung der personellen Ausstattung, sowohl im Bereich der Justizvollzugsanstalt als auch innerhalb der angegliederten Versorgungseinrichtungen. Letztendlich bliebe festzuhalten, dass dahingehend Bemühungen zwar von allen Seiten vorhanden wären, bis heute aber im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung innerhalb von Haftanstalten keine gleichwertige psychiatrische Versorgung erfolge (vgl. Kap. 5.7).

6 Diskussion der Ergebnisse

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurden zur Thematik der psychischen Erkrankungen unter jugendlichen und heranwachsenden inhaftierten Straftätern der theoretische Hintergrund, sowie innerhalb der JVA Adelsheim ein aktuelles Diagnosespektrum und individuelle Expertenansichten ermittelt und dargestellt. Diese sind nun gemeinsam vor dem Hintergrund der Forschungsfragen vergleichend zu interpretieren und zu diskutieren:

6.1 Prävalenz psychischer Erkrankungen im Jugendstrafvollzug

Die Gesamtprävalenz psychischer Erkrankungen der vorliegenden Untersuchung ist in ihrer Bedeutung vor dem Hintergrund der Vergleichsuntersuchungen aus der Allgemeinbevölkerung sowie dem Strafvollzug zu betrachten. Hierbei müssen zuerst anhand der Experteninterviews die Validität und eventuelle Einschränkungen der eigenen Ergebnisse diskutiert werden. (vgl. Kap. 2.6; Kap. 2.7; Kap. 4.1; Kap. 5.1; Kap. 5.2).

Grundsätzlich ist innerhalb der JVA Adelsheim eine deutliche Erhöhung des Anteils psychisch erkrankter Häftlinge gegenüber der allgemeinen Population festzustellen, wobei dieser Anteil jedoch gegenüber den Untersuchungen anderer Haftanstalten wesentlich geringer erscheint. Hierbei sind jedoch zwei wichtige Faktoren zu berücksichtigen: Zum einen erfolgte die Datenanalyse auf Basis der Auswertung der fachärztlichen Diagnosen, die bereits einer gewissen Filterung unterlagen, da nicht jeder Häftling ärztlich vorgestellt wird. Diese Selektion wurde von den Experten dahingehend präzisiert, dass gerade zurückhaltende Häftlinge oder bereits auf anderen Ebenen therapierbare Störungen durch das Raster der ärztlichen Diagnostik fielen. In der vorliegenden Untersuchung ist allerdings herauszustellen, dass, im Gegensatz zu ähnlich konzipierten Befunderhebungen wie von Huchzermeier et al., in der JVA Adelsheim bei der psychiatrischen Vorstellung der Häftlinge keine generelle Fokussierung auf störungsrelevantes Verhalten oder eine psychotherapeutische Indikation erfolgte. Neben Akutsymptomatiken und der Frage nach medikamentösen Maßnahmen wurde vor allem auch die Eigeninitiative der Häftlinge als Vorstellungsanlass genannt. So ist, ähnlich der allgemeinen

Praxis, eine zu vermutende Dunkelziffer vor allem durch die individuell (fehlende) Krankheits- und Behandlungseinsicht sowie Interventionen durch Dritte zu sehen. Dies bedingt zwar eine Selektion, eine solche Dunkelziffer ist aber auch allgemein im psychiatrischen Behandlungsbereich zu vermuten, wenngleich sie im Verhältnis nicht beziffert werden kann. Trotz dieser gegebenen Einschränkungen kann daher bezüglich der Darstellung einer fachärztlichen Diagnoserate durchaus von einer repräsentativen Stichprobe ausgegangen werden, die auch eine Ermittlung der Diagnoseprävalenz erlaubt. Dies unterstreichen zusätzlich die Experteninterviews, in denen der Anteil psychisch Erkrankter im Haftverlauf, unabhängig von den fachärztlichen Diagnosen, für die Zeit in Haft auf ca. ein Drittel und somit einer ähnlichen Dimension geschätzt wird. Zusätzlich beziffert der fachärztliche Experte die Diagnoserate aller bei ihm vorgestellten Patienten mit ca. 40 Prozent, so dass hier, im Gegensatz zur Untersuchung von Huchzermeier et al., offensichtlich keine starke Vorselektion akzentuierter Störungen erfolgte und so nicht von einer extremen Polarisierung auszugehen ist.

Als zweiter Faktor ist in der Beurteilung der Gesamtprävalenz psychiatrischer Erkrankungen der vorliegenden Untersuchung zu berücksichtigen, dass die genannten Studien anderer Haftanstalten vor allem durch die Erhöhung einzelner Störungskategorien, maßgeblich die der substanzbezogenen Störungen sowie der Persönlichkeitsstörungen, deutlich höhere Morbiditätsraten aufweisen. Diese beiden Störungsgruppen konnten in der eigenen Untersuchung nicht bzw. nur sehr zurückhaltend beurteilt werden. Dies erscheint für die Persönlichkeitsstörungen aufgrund des Entwicklungsaspektes sinnvoll, da sowohl die Diagnoserichtlinien als auch die praktische Erfahrung der Experten darauf hinweisen, dass hier nur zu einem geringen Teil gesicherte Diagnosen zu stellen sind. Hiermit stellt die eingeschränkte Erfassung dieser Störungsgruppe in Bezug auf den Jugendvollzug auch keine diagnostische Erfassungslücke dar, muss aber für den Vergleich mit anders strukturierten Untersuchungen berücksichtigt werden.

Anders muss die fehlende Erfassung der substanzgebundenen Störungen beurteilt werden. Nachdem die Experteninterviews unterstreichen, dass auch in der JVA Adelsheim ein Großteil der Inhaftierten zumindest im Zugang unter einer Suchtproblematik leidet, ist hier in der Folge – gerade bei großzügig

ausgelegter diagnostischer Erfassung – bei Einbeziehung der substanzgebundenen Störungen durchaus eine wesentlich höhere Gesamtprävalenz psychischer Erkrankungen zu erwarten. Ob dadurch der hohe Gesamtanteil psychisch Erkrankter der vorangegangenen Untersuchungen erreicht wird ist fraglich, und würde die zusätzliche Ermittlung aller unter der Erkrankungsgruppe F0 einzuordnenden Störungen erfordern. Dies konnte in der vorliegenden Untersuchung nicht erfolgen, und erscheint auch für die Zukunft schwierig, da hier eine geringe Compliance und daraus resultierende hohe Dunkelziffern bestehen.

6.2 Diagnosespektrum und Tatrelevanz

Die Diskussion des Diagnosespektrums der psychiatrischen Erkrankungen innerhalb der JVA Adelsheim erfolgt auf Basis der deskriptiven Erfassung der Diagnoseraten und deren Beurteilung durch die Experten, sowie vor dem Hintergrund des bisherigen Forschungsstandes zur Prävalenz und kriminologischen Bedeutung der Störungsbilder (vgl. Kap. 2.5; Kap. 4.1; Kap. 5.2; Kap. 5.4).

Hierbei ist als wichtigstes Ergebnis zunächst festzustellen, dass, im Vergleich zu den vorangegangenen Untersuchungen, innerhalb der psychiatrischen Diagnosen der Häftlinge der JVA Adelsheim nicht die sich frühzeitig manifestierenden Störungen, sondern die Anpassungs- und Belastungsreaktionen und somit reaktiv bedingten Erkrankungen eindeutig dominierten. Hier muss zunächst in Hinblick auf die hohe Anzahl der Diagnosen einer Anpassungsstörung diskutiert werden, inwieweit diese Diagnose auch bei nicht eindeutig eingrenzbaaren und eventuell nur kurzfristigen Beschwerden als Kategorie gewählt wurde, und daher im Verhältnis überrepräsentiert ist. Allerdings wurde von allen Experten übereinstimmend erklärt, dass auch im Haftalltag die Anpassungsstörung eindeutig überwiege und man hier von einer sehr häufigen Problematik ausgehe. So erscheint die ermittelte Diagnoserate zumindest annähernd realistisch. Im Rahmen der Interviews konnte weiter präzisiert werden, dass die Ursache dieser Störung fast ausschließlich auf die Tat bzw. Inhaftierung zurückzuführen ist. Auch ein Großteil der depressiven Erkrankungen ist nach Ansicht der Experten auf eine solche reaktive Problematik zurückzuführen, wenngleich hier der Anteil nicht genau be-

ziffert werden kann. Allgemein wird der Anteil endogener, vorbestehender Depressionen aber per se von den Experten als weniger häufig beurteilt, und der Störung mit Ausnahme von wenigen, aber dann mitunter folgenschweren Delikten auch keine wesentliche Tatrelevanz zugeschrieben. Insgesamt zeichnet sich damit alleine durch diese Untersuchungsergebnisse bereits ab, dass zumindest bei annähernd der Hälfte der erkrankten Häftlinge eine ärztlich diagnostizierte psychische Störung besteht, die vor Begehung der Tat mit hoher Wahrscheinlichkeit noch nicht vorgelegen hat. Dies ist vor allem hinsichtlich der kriminologischen Interpretation von Bedeutung, da hierdurch bereits die Annahme in Frage gestellt werden muss, dass die zur Inhaftierung führende Kriminalität zu einem maßgeblichen Teil durch psychische Erkrankungen ausgelöst oder unterstützt wird.

Als solche Erkrankungen, die bereits vor der Tat bestanden und im Rahmen ihrer Symptomatik auch kriminelle Handlungen begünstigen können, waren innerhalb der Gesamtergebnisse der Untersuchung im Weiteren vorrangig der Drogenabusus, die Schizophrenie, die Posttraumatische Belastungsstörung, die Persönlichkeitsstörungen, das ADHS und die Störung des Sozialverhaltens einzugrenzen.

Hierbei kann, wie oben beschrieben, der Substanzabusus, der durch Verhaltensalteration und Beschaffungskriminalität den dominierendsten kriminologischen Risikofaktor darstellt, nicht aufgrund eigener deskriptiver Ergebnisse diskutiert werden. Hier entsprechen aber die Angaben innerhalb der Experteninterviews den angegebenen hohen Belastungen der anstaltsinternen Evaluation sowie den vorangegangenen Untersuchungen anderer Haftanstalten, so dass hier eindeutig von einem kriminologischen Risikofaktor auszugehen ist. Neben den Diagnoseraten und der Tatrelevanz ist dabei in der Interpretation der Interviews hinsichtlich der Störungsgruppe zusätzlich von Bedeutung, dass durch den hohen Anteil von Suchtproblematiken innerhalb von Haftanstalten auch die diagnostische Beurteilung anderer Störungen alteriert sein kann. Sowohl durch Begleitsymptomen aber auch durch Komorbiditäten, gerade wenn der Substanzmittelmissbrauch auch einer Selbstmedikation dient, kann sich ein weites Spektrum an Differentialdiagnosen eröffnen, das im Einzelfall nicht sicher abzugrenzen ist. Dies bedingt

eventuell auch zum Teil die deutlichen Schwankungen innerhalb der Diagnosespektren anderer Haftanstalten, gerade wenn diese maßgeblich auf unterschiedlichen Erfassungsmethoden beruhen, oder aber bei Komorbidität nur die Haupt- oder Erstdiagnose in der Diagnoseerhebung berücksichtigen. Letztendlich kann dies aber durch die vorliegende Untersuchung nicht über ein theoretisches Konstrukt hinaus argumentativ belegt werden. Hier erscheinen weitere Untersuchungen erforderlich, die bei jeder psychischen Störung auch dezidiert einen Substanzmittelabusus erfassen, was bei dem von den Experten geschilderten Dunkelfeld und der mangelnden Motivation der Häftlinge allerdings schwer umsetzbar erscheint.

Von den weiteren, kriminologisch relevanten Erkrankungen zeigte sich innerhalb der quantitativen Untersuchung lediglich der Anteil der an einer Schizophrenie sowie einer Posttraumatischen Belastungsstörung erkrankten Häftlinge gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöht.

Hierbei ist die Prävalenz der Schizophrenie allerdings ohnehin gering, wodurch bereits kleinere Differenzen zu höheren Abweichungen führen. Ein vermehrtes Auftreten schizophrener Störungen ist dabei nach Ansicht der Experten in der Jugendhaft allein durch einen möglichen Drogenabusus, eine evtl. familiäre Disposition, die Altersstruktur der Häftlinge und Belastungen durch die Inhaftierung nicht ungewöhnlich und kann daher nicht ohne weiteres als Argument für eine erhöhte Straffälligkeit schizophren Erkrankter gewertet werden.

Die Bewertung der Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung dagegen unterliegt der Problematik, dass sie nicht pauschal mit Befunden innerhalb der Allgemeinbevölkerung verglichen werden kann, da ihr Auftreten von situativen Faktoren abhängig und dementsprechend schwankend ist. Geht man von den bisherigen Erhebungen in Deutschland und zusätzlich entsprechend der Meinung der Experten davon aus, dass eine Posttraumatische Belastungsstörung im Gegensatz zu einer Anpassungsstörung zwar evtl. zu einem geringen Anteil durch die Tat, aber nicht durch die Haft entsteht, muss konstatiert werden, dass sich unter den Haftgefangenen ein erhöhter Anteil von Patienten mit dieser risikobehafteten Vorerkrankung befinden. Das kriminologische Risiko erschließt sich hierbei aus den von den Experten beschriebenen resultierenden psychischen Veränderungen wie

Reizbarkeit, Aggression und Flashbacks, die auch kriminelle Handlungen begünstigt haben können. Allerdings muss diese Relevanz zunächst als punktuell beurteilt, und die weitere Entwicklung dieser Problematik, gerade vor dem Hintergrund der Migration traumatisierter Flüchtlinge, in den nächsten Jahren weiter untersucht und hinsichtlich der Zusammensetzung dieser Patientengruppe präzisiert werden. Im Jahresvergleich der JVA Adelsheim hatte die Prävalenz der Erkrankung 2016 gegenüber dem Vorjahr zumindest nicht zu-, sondern leicht abgenommen. Wichtiger als eine Evaluation in den Haftanstalten erscheinen aber bei Kenntnis von Risikogruppen ohnehin bereits frühzeitige Untersuchungs- und Behandlungsangebote durch öffentliche Instanzen, idealerweise vor Eintreten weitergehender Konsequenzen.

Bezüglich der Belastung mit einer Persönlichkeitsstörung, die grundsätzlich als wichtiger kriminologischer Risikofaktor mit hoher Prävalenz innerhalb von Haftanstalten gilt, konnten in dieser Arbeit aufgrund der Altersstruktur der Insassen, wie oben beschrieben, keine validen Daten erhoben werden. In den Experteninterviews wurden diesbezüglich zwar mit der narzisstischen, antisozialen und passiv-aggressiven Persönlichkeitsstörung einige theoretisch für eine Delinquenz besonders vulnerabler Subgruppen genannt, eine weitere Beurteilung konnte jedoch aufgrund der fehlenden Entwicklungsbeobachtung nicht gegeben werden.

Eine unerwartete, und gerade im Vergleich zu anderen Haftanstalten niedrige Prävalenz stellt in der eigenen Untersuchung die Diagnoserate des ADHS dar. Dieses deskriptive Ergebnis wird allerdings ebenso von den Experten gestützt: Findet sich im Zugangsbereich die Diagnose noch häufig, auch im Rahmen von früheren Diagnosen und Vorbehandlungen, ist die Problematik bei den Häftlingen im Alltag innerhalb der Haftanstalt deutlich weniger präsent. Hier ist laut der Ergebnisse der Interviews jedoch zu berücksichtigen, dass die Symptomatik im Erwachsenenalter mitunter schwer eingrenzbar ist, häufig nur eine geringe Behandlungsmotivation vorliegt und lediglich eingeschränkte diagnostische Mittel im Sinne von validen testpsychologischen Untersuchungen zur Verfügung stehen. Dies erschwert eine punktuelle Diagnostik, letztendlich kann aber durch die haftinterne Verlaufsbeurteilung der Experten in dieser Untersuchung keine erhöhte Prävalenz des ADHS festgestellt werden. Somit kann der Diagnose auch nicht die eindeutige Risikofunk-

tion für kriminelle Handlungen zugesprochen werden, die sich in der Interpretation vorangegangener Untersuchungen abzeichneten. Will man diese Ergebnisse allerdings absichern, müsste bei jedem Häftling eine konstante Verlaufsbeobachtung bezüglich der Kernsymptomatik innerhalb der schulischen bzw. Ausbildungs- oder Arbeitssituation und gleichzeitig eine ärztlich/psychologische Diagnostik erfolgen, was aktuell aufgrund der personellen Ressourcen schwierig erscheint.

Ebenso lag die Diagnoserate der Störung des Sozialverhaltens in der deskriptiven Datenanalyse deutlich unter der aller Vergleichsuntersuchungen. Dies konnte innerhalb der Experteninterviews insoweit begründet werden, dass eine (fehlende) Diagnosestellung auf den geforderten Kriterien einer dauerhaft abweichenden Verhaltensabweichung beruht, die innerhalb der Haftanstalt bei dem überwiegenden Teil der Jugendlichen nicht vorlag. Dennoch zeigt die Diskrepanz dieser Ergebnisse sowie die Beurteilung der Experten auf, dass die Diagnose der Störung des Sozialverhaltens, gerade wenn man das Risiko eines resultierenden kriminellen Handels von Jugendlichen beurteilen will, weiterhin folgenden Erfassungsschwierigkeiten unterliegt: Zum einen fehlt innerhalb von Haftanstalten häufig die fremdanamnestische Beurteilung durch nahe Bezugspersonen, so dass durchgängige Verhaltensabweichungen im Vorfeld der Haft nicht erfasst, bzw. nur subjektiv angenommen werden können. Zum anderen kann bereits durch die Struktur der Haftsituation eine Anpassung an die gegebenen Normen erfolgen, oder aber eine fehlende Pathologisierung und somit Meldung eigentlich störungsrelevanter Auffälligkeiten bestehen, und so Ursache für eine geringere Vorstellungsrate bei den Fachdiensten sein. Retrospektive Untersuchungen im Sinne einer diagnostischen und vor allem auch kriminologischen Einschätzung der Relevanz der Störung des Sozialverhaltens nach Inhaftierung scheinen daher nur eingeschränkt zielführend und gerade die Beurteilung einer Tatrelevanz kann evtl. durch Längsschnittuntersuchungen diagnostizierter Patienten in der Allgemeinbevölkerung valider eingeschätzt werden.

6.3 Therapieoptionen

Bezüglich der therapeutischen Optionen innerhalb der Haftanstalt und deren Konsequenz werden im Schwerpunkt die Experteninterviews vor dem theore-

tischen Hintergrund diskutiert. Hierbei wurden bereits in den vorangegangenen Untersuchungen anderer Haftanstalten die jeweils aktuellen Behandlungsmöglichkeiten psychischer Erkrankungen skizziert. Die Berichte vermittelten dabei übergreifend deutliche Defizite in den Ressourcen und den Wunsch nach einer Erweiterung des Fachpersonals sowie der Behandlungsmöglichkeiten (vgl. Kap. 2.6; Kap. 2.8; Kap.5.5; Kap. 5.6).

Diese personellen und strukturellen Einflüsse stellen auch innerhalb der JVA Adelsheim einen wichtigen Faktor im Rahmen der therapeutischen Interventionen bei psychisch erkrankten Häftlingen dar. Grundsätzlich sind die Häftlinge nach Ansicht der Experten durchaus terapiemotiviert und der Bedarf ist allein aufgrund der in der quantitativen Untersuchung deutlich gewordenen Anzahl ärztlicher Diagnosen als hoch einzuschätzen. Als positiv schildern die Experten hierbei zusätzlich, dass die Häftlinge durch die Haftstruktur grundsätzlich enger in die Interventionen eingebunden sind und Therapieabbrüche vielfach verhindert werden können, da man sich nur bedingt den Maßnahmen entziehen kann. Auch wenn durch den Vollzug gewisse Einschränkungen hinsichtlich potentieller und meist medikamentöser Missbrauchsgefahren besteht, ist daher im Wesentlichen auch innerhalb der Haftanstalt die Schaffung eines therapeutischen Settings unterschiedlicher Intensität möglich und umsetzbar, so dass strukturell grundsätzlich keine Hindernisse bestehen würden, die eine adäquate Therapie verhindern.

Das dies dennoch nur in eingeschränktem Maße möglich ist, ist nach Angaben der Experten in erster Linie den fehlenden finanziellen und personellen Ressourcen zuzuschreiben. Diese haben zur Folge, dass innerhalb der Haftanstalt nicht für alle Häftlinge ein ausführliches und umfassendes Screening psychischer Probleme oder ein adäquates therapeutisches Angebot bereitgestellt werden kann. Dies beruht allerdings vielfach nicht auf fehlenden Bemühungen von Seiten der Haftanstalt, sondern auf defizitären Standortfaktoren und landespolitischen Vorgaben. Letztere sollten für Baden-Württemberg durch den Einsatz einer Expertenkommission im Jahre 2015 angepasst werden, indem eine Evaluation der aktuellen Situation psychisch erkrankter Häftlinge erfolgte und Empfehlungen für eine Verbesserung der Versorgung gegeben wurden. Diese deckten sich weitgehend mit dem geschilderten Bedarf der Experten an einer personellen Aufstockung, der Erschaffung von psychi-

atrischen Fachpflegestellen, der Erweiterung der Kapazitäten des Vollzugskrankenhauses, sowie einer Verbesserung der Nachsorge. Aktuell sind entsprechende Maßnahmen, bis auf eine geringe Verbesserung der Versorgung durch das Vollzugs Krankenhaus, allerdings noch nicht in der Haftanstalt angekommen und neben den internen Versorgungsproblemen wird vor allem das Übergangsmanagement durch einen Mangel an Fachkräften erschwert. Gerade letzteres stellt dabei auch für die medizinische und strafrechtliche Prognose einen wichtigen Faktor dar, da unabhängig von den therapeutischen Ressourcen innerhalb der Haftanstalt das zur Verfügung stehende Zeitfenster häufig einen limitierenden Faktor darstellt: Dies ist dadurch bedingt, dass die Haftstrafen der Jugendlichen und Heranwachsenden im Mittel eher kurz sind, und so die Verweildauer innerhalb der Haftanstalt oft nicht ausreicht, um effektiv und vor allem auch abschließend therapeutisch arbeiten zu können. Mangelt es dann an der Möglichkeit von Anschlussbehandlungen, kann dies einen Vulnerabilitätsfaktor darstellen, der sowohl für den Verlauf der Erkrankung als auch für die soziale Situation des Betroffenen von hoher Bedeutung ist und die weitere Entwicklung negativ beeinflusst. Besonders unbefriedigend erscheint diese Situation vor dem Hintergrund, dass sich bei fast der Hälfte der erkrankten Häftlinge eine Störung erst reaktiv durch die Haftmaßnahme entwickelt, so dass die Haft hier einen Vulnerabilitätsfaktor setzt, der eventuell nicht aufgefangen werden kann. Zusätzlich ist laut der Experten noch zu berücksichtigen, dass sich auch im Vorfeld bestehende Störungen durch das Haftumfeld weiter verschlechtern können. Muss hier dann zusätzlich die Therapie durch die Entlassung vorzeitig abgebrochen werden, erscheint es denkbar, dass, neben den zusätzlichen sozialen Belastungsfaktoren durch die Haftmaßnahme und die Inhaftierung ein zusätzliches Klientel geschaffen wird, das durch das Fortbestehen einer psychischen Erkrankung in erhöhtem Maße schwer reintegrierbar und rückfallgefährdet ist. Entsprechend ist auch der vorrangige Wunsch der Experten aus Adelsheim, die psychiatrischen Versorgungssysteme entsprechend den Bedürfnissen der jungen Patienten weiter auszubauen, damit zumindest die Hilfsangebote verfügbar sind, die auch der Allgemeinbevölkerung zur Verfügung stehen, zumal diese in und nach der Haft nicht nur die Gesundheit, sondern auch die Resozialisierung und weitere Straffreiheit unterstützen.

7 Fazit

Durch die Ergebnisse der Literaturrecherche sowie die eigenen Untersuchungen innerhalb der JVA Adelsheim können die Forschungsfragen der Masterarbeit in folgender Form zusammengefasst beantwortet werden:

Forschungsfrage (I):

Innerhalb der Häftlinge der Justizvollzugsanstalt Adelsheim besteht eine im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung höhere Prävalenz psychiatrischer Erkrankungen. Die vorhandene Dunkelziffer der substanzgebundenen Erkrankungen kann diese Prävalenz noch erhöhen, es ist aber im Vergleich zu den anderen vorliegenden Untersuchungen im Jugendvollzug nicht von einer Gesamtmorbidität der überwiegenden Mehrheit der Haftinsassen auszugehen.

Forschungsfrage (II):

Die Differenzierung des Diagnosespektrums zeigt einen hohen Anteil von Sekundärerkrankungen als Folge der Inhaftierung. Die primär vorhandenen Erkrankungen innerhalb der Haftanstalt entsprechen, bis auf den Substanzabusus und die posttraumatische Belastungsstörung, mehrheitlich dem Niveau der Allgemeinbevölkerung. Hierbei ist dem Substanzabusus eine eindeutige kriminologische Relevanz zuzuordnen, die für die posttraumatische Belastungsstörung jedoch weitere Untersuchungen des spezifischen Klientels erfordert. Darüber hinaus kann durch die aktuelle Untersuchung kein über die theoretische Relevanz hinausgehender statistischer Anhalt zwischen dem Vorhandensein spezifischer Störungsbilder und einer zur Verurteilung führenden kriminellen Handlungsweise hergestellt werden.

Forschungsfrage (III):

Therapeutische Interventionen innerhalb der Haftsituation können für die Betroffenen Chancen eröffnen. Der Umstand der Inhaftierung stellt dabei grundsätzlich kein Hindernis für eine erfolgreiche Behandlung dar, die letztendlich mehr durch mangelnde personelle und zeitliche Ressourcen als durch die Haftsituation an sich reglementiert wird. Die medizinische und kriminologische Prognose wird unabhängig von der Diagnose vor allem dadurch bestimmt, inwieweit eine psychische Erkrankung abschließend behandelt werden kann und ihr Verlauf die Wiedereingliederung beeinträchtigt.

Die Einzelergebnisse der Untersuchung stellen dabei für die Prävalenz, Tatrelevanz und Therapieoptionen psychischer Erkrankungen im Jugendvollzug eine aktuelle Situationsbestimmung dar. Es erscheint jedoch für die Zukunft dringend notwendig, zum einen in die diagnostische Erfassung, zum anderen aber auch in die therapeutischen Angebote für diese Zielgruppe zu investieren. Hierbei müssen vor allem Möglichkeiten grundlegender Screening-Untersuchungen auf das Vorliegen einer psychischen Erkrankung in der Hafteingangssituation geschaffen werden, die nicht durch Selektion oder subjektive Selbstauskünfte allein alteriert sind. Hier gilt es aufgrund der ohnehin hohen und eventuell steigenden Zahlen ausländischer Häftlinge auch Sprachbarrieren zu überwinden um eine valide Diagnostik zu ermöglichen. Des weiteren muss dringend der weitere Ausbau der therapeutischen Möglichkeiten fokussiert werden, wobei die Etablierung stationärer psychiatrischer Behandlungsplätze innerhalb von Haftanstalten, wie er bereits in Niedersachsen erfolgte, ein Schritt in die richtige Richtung zu sein scheint.

In diesem Sinne muss abschließend in Bezug auf das Eingangszitat von Cesare Lombroso noch einmal deutlich unterstrichen werden, dass weder der genuine Verbrechertypus noch die genuine psychiatrische Erkrankung existieren, die zu kriminellen Handlungen prädisponieren und allein durch ihre Existenz Verbrechen biologisch erklärbar machen würden. Dennoch handelt es sich bei Haftpopulationen um ein hochbelastetes Klientel, da Umweltfaktoren und darunter auch die Sozialisationsinstanz der Haftanstalt selbst durch reaktive Erkrankungen die Fallzahlen maßgeblich erhöhen. Aus kriminologischer Sicht muss dabei – auch wenn sich psychiatrische Diagnosen in der Relevanz für das Entstehen von Verbrechen durchaus unterscheiden – letztendlich jede psychische Erkrankung als potentiell vulnerabler Faktor gesehen werden, der eine spätere Reintegration in die Gesellschaft behindern und so ein erneutes Abgleiten in die Kriminalität fördern kann. Es gilt daher zum einen, sensibel und unter Berücksichtigung der Risiken über individuelle Strafzumessungen zu entscheiden und zum anderen denen, die sich in der Haft befinden, bei psychischen Erkrankungen die Hilfe zukommen zu lassen, die sie in einem individuellen Zustand benötigen der beides sein kann: Eine medizinische Erkrankung aber auch ein kriminologischer Risikofaktor.

Literaturverzeichnis

- BACHMANN, CHRISTIAN
PHILLIPSEN, ALEXANDRA
HOFFMANN, FALK
ADHS in Deutschland: Trends in Diagnose und medikamentöser Therapie. In: Deutsches Ärzteblatt 09/2017, S. 141-156.
- BAG-S
Bundesarbeitsgemeinschaft für
Straffälligenhilfe e.V.
Genfer Erklärung zur Gesundheitsversorgung in Haft. In: BAG-S Informationsdienst Straffälligenhilfe, 1/2013, S. 17.
- BAIER, DIRK
PFEIFFER, CHRISTIAN
SIMONSON, JULIA
ET.AL.
Jugendliche in Deutschland als Opfer und Täter von Gewalt. Erster Forschungsbericht zum gemeinsamen Forschungsprojekt des Bundesministeriums des Inneren und des KFN, Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen, Forschungsbericht Nr. 107, Hannover 2009.
- BAIER, DIRK
SCHEPKER, KATHARINA
BERGMANN, MARIE
Macht Kiffen friedlich und Saufen aggressiv? In: Zeitschrift für Jugendkriminalrecht und Jugendhilfe, 4/2016, S. 324-332.
- BANSE, DIRK
Tim K. – depressiv, überfordert, einsam.
<<https://www.welt.de/vermishtes/article3366344/Tim-K-depressiv-ueberfordert-einsam.html>>.(18.01.18). Erstellt 12.03.2009.
- BARKMANN, CLAUS
SCHULTE-MARKWORT, MICHAEL
Prävalenz psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – ein systematischer Literaturüberblick. In: Psychiatrische Praxis, 6/2004, S. 278-287.

- | | |
|---|--|
| BARNOW, SVEN
STOPSACK, MALTE
ULRICH, INES
ET AL. | Prävalenz und Familiarität von Persönlichkeitsstörungen in Deutschland: Ergebnisse der Greifswalder Familienstudie. In: Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, Nr. 9/10 2010, S. 334-341. |
| BAVING, LIOBA | Störungen des Sozialverhaltens. Heidelberg 2006 |
| BENGEL, JÜRGEN
HUBERT, SYBILLE | Anpassungsstörung und akute Belastungsreaktion. Göttingen 2010. |
| BIENECK, STEFFEN
PFEIFFER, CHRISTIAN | Viktimisierungserfahrungen im Justizvollzug. Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen, Forschungsbericht Nr. 119, Hannover 2012. |
| BOETTICHER, AXEL
NEDOPIL, NORBERT
BOSINSKI, HARTMUT
ET AL. | Mindestanforderungen für Schuldfähigkeitsgutachten. In: Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie, 1/2007, S. 3-9. |
| BOHUS, MARTIN
SCHMAHL, CHRISTIAN | Psychopathologie und Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Deutsches Ärzteblatt, Heft 49/2006, S. 3345-3352. |
| BROCKMANN, MICHAEL
BOCK, MICHAEL | Die Kriminalprognose bei persönlichkeitsgestörten Straftätern. Teil I: Ausgangslage und Potentiale der angewandten Kriminologie. In: Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie, 7/2013, S. 133-140. |

BROCKMANN, MICHAEL BOCK, MICHAEL	Die Kriminalprognose bei persönlichkeitsgestörten Straftätern. Teil II: einzelne (sic!) Persönlichkeitsstörungen aus Sicht der Angewandten Kriminologie. In: Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie, 7/2013, S. 193-201.
BRÜNGER, MICHAEL WEISSBECK, WOLFGANG	Psychisch kranke Straftäter im Jugendalter. Berlin 2008.
BRUNNER, ROMUALD PLENER, PAUL RESCH, FRANZ	Posttraumatische Belastungsstörungen, Anpassungsstörungen und Selbstbeschädigungserkrankungen. In: Fegert, Jörg (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, 2. Auflage, Berlin 2012, S. 597-620.
COHEN, PATRICIA CRAWFORD, THOMAS N. JOHNSON, JEFFREY G. ET AL.	The Children in the Community Study of developmental course of personality disorders. In: Journal of Personality Disorders 5/2005, S. 466-486.
CONRAD, STEFFEN VON HEYDENDORFF, HARALD	Mediale Stigmatisierung psychisch Kranker im Zuge der „Germanwings“-Katastrophe. In: Psychiatrische Praxis, Nr. 3, Stuttgart 2016.
DILLING, HORST MOMBOUR, WERNER SCHMIDT, MARTIN H.	Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, 9. Auflage, Bern 2014.
DLUBIS-MERTENS, KARIN	ADHS bei Erwachsenen: Riskantes Leben. In: Deutsches Ärzteblatt 3/2004, S. 76.

- | | |
|--|---|
| <p>DUDECK, MANUELA
KOPP, DANIEL
KUWERT, PHILLIP
ET AL.</p> | <p>Die Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Gefängnisinsassen mit Kurzzeitstrafe. In: Psychiatrische Praxis 5/2009, S. 219-224.</p> |
| <p>EGG, RUDOLF</p> | <p>Drogenmißbrauch und Delinquenz. Kriminologische Perspektiven und praktische Konsequenzen, Wiesbaden 1999.</p> |
| <p>ESSAU, CECILIA
KARPINSKY, NORBERT
PETERMANN, FRANZ
ET AL.</p> | <p>Häufigkeit und Komorbidität psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie, 2/1998, S. 105-124.</p> |
| <p>FALKAI, PETER
WITTCHEN, HANS-ULRICH</p> | <p>Diagnostische Kriterien DSM-5, 1. Auflage, Göttingen 2015.</p> |
| <p>FAYYAD, JOHN
DE GRAAF, O.V.
KESSLER, O.V.
ET AL.</p> | <p>Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. In: The British Journal of Psychiatry 5/2007, S.402-409.</p> |
| <p>FAZEL, SEENA
SEEWALD, KATHARINA</p> | <p>Severe mental illness in 33588 prisoners worldwide: systematic review and metaregression analysis. In: The British Journal of Psychiatry, 5/2012, S. 364-373.</p> |
| <p>FIEDLER, PETER
HERPERTZ, SABINE</p> | <p>Persönlichkeitsstörungen. 7. Auflage, Weinheim 2016.</p> |

- FRANKE, KAROLA
WALD, ANDREAS
- Möglichkeiten der Triangulation quantitativer und qualitativer Methoden in der Netzwerkanalyse. In: Rehberg, Karl-Siegbert: Soziale Ungleichheit, kulturelle Unterschiede. Verhandlungen des 32. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in München, Teilband 1 und 2, Frankfurt am Main 2006, S. 4395-4404.
- FREISLEDER, FRANZ
- Rechtsfragen bei Kindern, Jugendlichen und Heranwachsenden. In: Nedopil, Norbert/Müller, Jürgen (Hrsg.): Forensische Psychiatrie. Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht, Stuttgart 2017, S. 97-111.
- FREISLEDER, FRANZ
- Störungen des Kindes- und Jugendalters. In: Nedopil, Norbert/Müller, Jürgen (Hrsg.): Forensische Psychiatrie. Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht, Stuttgart 2017, S. 261-274
- FUß, SUSANNE
- Grundlagen der Transkription. Opladen, 2014.
- GAEBEL, WOLFGANG
FALKAI, PETER
- S2 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1, Behandlungsleitlinie Persönlichkeitsstörungen, Berlin 2009.
- GLÄSER, JOCHEN
LAUDEL, GRIT
- Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. 4. Auflage, Wiesbaden 2010.
- GÖßLING, JÖRG
KONRAD, NORBERT
- Zur Entität der so genannten Haftpsychose. In: Recht und Psychiatrie, 3/2004, S. 123-129.

GRAZ, CHRISTIAN ETSCHEL, EVA SCHOECH, HEINZ	Criminal behaviour and violent crimes in former inpatients with affective disorder. In: Journal of Affective Disorders 9/2009, S. 98-103.
HAMBRECHT, MARTIN KLOSTERKÖTTER, JOACHIM HÄFNER, HEINZ	Früherkennung und Frühintervention schizophrener Störungen. In: Deutsches Ärzteblatt 11/2002, S. 507-510.
HÄßLER, ULRIKE	Zur Drogenproblematik von Inhaftierten. Ergebnisse des ersten Stichtages der bundeseinheitlichen Erhebung zur stoffgebundenen Suchmittelproblematik im Justizvollzug für Niedersachsen, in: Justiznewsletter, Ausgabe 28/2017, S. 2-6.
HEGERL, ULRICH FICHTER, MANFRED	Suizidales Verhalten und Suizid. In: Verhaltenstherapie, 1/2005, S. 4-5.
HESSEL, AIKE GEYER, MICHAEL BRÄHLER, ELMAR	Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und Akzeptanz psychosozialer Kompetenzen. In: Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 3/2000, S. 226-241.
HINRICHS, GÜNTER	Multidimensional Assessment of Young Male Offenders in Penal Institutions. In: International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 4/2001, S.478-488.
HIPPLER, KATHARINA VIDING, ESSI KLICPERA, CHRISTIAN ET AL.	Brief Report: No Increase in Criminal Conviction in Hans Asperger's Original Cohort. In: Journal of Autism and Developmental Disorders 6/2010, S. 774-780.

HOFF, PAUL SASS, HENNING	Psychopathologische Grundlagen der forensischen Psychiatrie. In: Sass, Henning (Hrsg.): Handbuch der forensischen Psychiatrie. Band 2, Psychopathologische Grundlagen und Praxis der Forensischen Psychiatrie im Strafrecht, Berlin 2010, S. 1-156.
HÖLLING, HEIKE SCHLACK, ROBERT PETERMANN, FRANZ	Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003-2006 und 2009-2012). Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1), in: Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 7/2014, S. 807-819.
HUCHZERMEIER, CHRISTIAN SCHULTE-OSTERMANN, MICHEL FOLGMANN, STEFANIE	Neues aus der Anstalt. In: Rechtspsychologie 02/2016, S. 190-205.
JACOBI, FRANK HÖFLER, MICHAEL STREHLE, JENS	Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH), in: Der Nervenarzt 1/2014, S. 77-87.
JACOBI, FRANK HÖFLER, MICHAEL STREHLE, JENS	Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH), in: Der Nervenarzt 01/2016, S. 88-90.

Justizministerium Baden-Württemberg	Umgang mit psychisch auffälligen Gefangenen. < http://www.bvaj.de/docs/Blankenburg/8_Abschluss-bericht.pdf > (19.06.2017). Erstellt 11.05.2015.
Justizvollzugsanstalt Adelsheim	Kurze Info. < http://www.jva-adelsheim.de/pb/site/jum2/get/documents/jum1/JuM/Justizvollzugsanstalt%20Adelsheim/PDF/Flyer-%20JVA%20Adelsheim%20Mai%202017.pdf > (02.02.18). Erstellt 20.05.2017.
KAISER, ROBERT	Qualitative Experteninterviews. Konzeptionelle Grundlagen und praktische Durchführung, Wiesbaden 2014.
Kassenärztliche Bundesvereinigung	Honorarbericht für das Dritte Quartal 2015. Zahlen und Fakten. < http://www.kbv.de/media/sp/Honorarbericht_Quartal_3_2015.pdf > (20.01.18). Erstellt 30.03.2017.
KELLE, UDO	Die Integration qualitativer und quantitativer Methoden in der empirischen Sozialforschung. Theoretische Grundlagen und methodologische Konzepte, 2. Auflage, Wiesbaden 2008.
KEPPLER, KARLHEINZ STÖVER, HEINO	Gefängnismedizin. Medizinische Versorgung unter Haftbedingungen, Stuttgart 2009.
KONRAD, NORBERT RASCH, WILFRIED	Forensische Psychiatrie. Rechtsgrundlagen, Begutachtung und Praxis, 4. Auflage, Stuttgart 2014.

KRÖBER, HANS-LUDWIG	Disruptive, Impulskontroll- und Sozialverhaltensstörungen im DSM-5. In: Forensische Psychiatrie, Psychologie und Kriminologie, 3/2015, S. 147-154.
KRÖBER, HANS-LUDWIG	Zusammenhänge zwischen psychischer Störung und Delinquenz. In: Sass, Henning (Hrsg.): Handbuch der forensischen Psychiatrie. Band 4, Kriminologie und Forensische Psychiatrie, Berlin 2009, S. 321-338.
KURTH, BÄRBEL-MARIA	Der Bundes-Gesundheitssurvey – ein Datenlieferant für die Gesundheitsberichterstattung und noch viel mehr. In: Robert Koch-Institut, Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Der Bundes-Gesundheitssurvey – Baustein der Gesundheitssurveillance in Deutschland, Berlin 2002, S. 5-9.
KURY, HELMUT FENN, RUDOLF	Probleme und Aufgaben für den Psychologen im behandlungsorientierten Strafvollzug. In: Psychologische Rundschau 2/1977, S. 190-203.
KURY, HELMUT OBERGFELL-FUCHS, JOACHIM	Rechtspsychologie. Forensische Grundlagen und Begutachtung, Ein Lehrbuch für Studium und Praxis, Stuttgart 2012.
LAMNEK, SIEGFRIED KRELL, CLAUDIA	Qualitative Sozialforschung. 6. Auflage, Weinheim, 2016.
LEYGRAF, NORBERT	Psychisch kranke Straftäter. Epidemiologie und aktuelle Praxis des psychiatrischen Maßregelvollzuges, Berlin 1988.

- LOMBROSO, CESARE Verbrechen und Wahnsinn im XXI. Jahrhundert.
In: Arthur Bremer (Hrsg.): Die Welt in 100 Jahren, Hildesheim 2010, S. 51-60.
- MAYRING, PHILLIP Qualitative Inhaltsanalyse – Grundlagen und Techniken. 12. Auflage, Weinheim und Basel, 2015.
- MAYRING, PHILLIP Kombination und Integration qualitativer und quantitativer Analyse.
< <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/967/2110A>
uf> (31.01.18). Erstellt 01.02.2001.
- MEROD, RUDI Persönlichkeitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Tübingen, 2010.
- MEYDER, JULIA
WIEDWALD, ACHIM
STOLZ, KONRAD
ET AL. Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz Baden-Württemberg: Praxiskommentare und Arbeitshilfen. Norderstedt 2015.
- MÖLLER, HANS-JÜRGEN Standardisierte psychiatrische Befunddiagnostik.
In: Kapfhammer, Hans-Peter (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie, 2. Auflage, Heidelberg 2005, S. 400-420.
- MÜLLER, JÜRGEN
NEDOPIL, NORBERT Forensische Psychiatrie. Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht, 5. Auflage, Göttingen 2017.

Niedersächsisches Justizministerium	<p>Justizministerin eröffnet neue Psychiatrie in der JVA Oldenburg.</p> <p><https://www.mj.niedersachsen.de/aktuelles/presseinformationen/justizministerin-eroeffnet-neue-psychiatrie-in-der-jva-oldenburg-155783.html>, (18.08.18). Erstellt 19.07.2017.</p>
Niedersächsisches Justizministerium	<p>Justizministerin eröffnet stationäre Psychiatrie in der Jugendanstalt Hameln.</p> <p><https://www.mj.niedersachsen.de/aktuelles/presseinformationen/justizministerin-eroeffnet-stationaere-psychiatrie-in-der-jugendanstalt-hamel-159298.html> (18.01.18). Erstellt 07.11.2017.</p>
PETERMANN, FRANZ	<p>Zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Eine Bestandsaufnahme. In: Kindheit und Entwicklung, 1/2005, S. 48-57.</p>
PHILLIPSEN, ALEXANDRA HEßLINGER, BERND TEBARTZ VAN ELST, LUTGER	<p>Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivitätsstörung im Erwachsenenalter. Diagnostik, Ätiologie und Therapie, in: Deutsches Ärzteblatt 17/2008, S. 311-318.</p>
PLATTNER, BELINDA AEBI, MARCEL STEINHAUSEN, HANS-CHRISTOPH ET AL.	<p>Psychopathologische und komorbide Störungen inhaftierter Jugendlicher in Österreich. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 7/2011, S. 231-240.</p>

RAVENS-SIEBERER, ULRIKE WILLE, NORA BETTGE, SUSANNE	Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS), in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 5,6/2007, S. 871-878.
REMSCHMIDT, HELMUT MARTIN, MATTHIAS	Die Therapie der Schizophrenie im Jugendalter. In: Deutsches Ärzteblatt 6/1992, S. 387-396.
RIEF, WINFRIED STENZEL, NIKOLA	Diagnostik und Klassifikation. In: Berking, Matthias (Hrsg.): Klinische Psychologie und Psychotherapie für Bachelor. Band I: Grundlagen und Störungswissen, Lesen, Hören, Lernen im Web, Berlin 2012, S. 9-18.
RIEGER, ARNOLD	Wolf dringt auf neue Vollzugsklinik. < https://www.stuttgarter-zeitung.de/inhalt.immer-mehr-haeftlinge-psychisch-krank-wolf-dringt-auf-neue-vollzugsklinik.fe521861-dcda-43e0-9cfc-9359f0d08f44.html , (02.02.2018). Erstellt 07.12.16.
Robert Koch-Institut	Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, gemeinsam getragen von RKI und Destatis, Berlin 2015.
ROBERTZ, JENS LEHMKUHL, GERD SEVECKE, KATHRIN	Autismus oder „Psychopathy“? Literaturübersicht und Kasuistik, in: Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie, 4/2013, S. 282-289.
RÖSLER, MICHAEL RETZ, WOLFGANG VON GONTHARD, ALEXANDER ET AL.	Soziale Folgen der ADHS. Kinder – Jugendliche – Erwachsene, 1. Auflage, Stuttgart, 2014.

- RÖSLER, MICHAEL
ADHS und Delinquenz. In: Paulus, Frank (Hrsg.): Soziale Folgen der ADHS. Kinder – Jugendliche – Erwachsene, 1. Auflage, Stuttgart, 2014, S. 119-128.
- RÖSLER, MICHAEL
RETZ, WOLFGANG
RETZ-JUNGINGER, PETRA
Prevalence of attention deficit-/hyperactivity disorder (ADHD) and comorbid disorders in young male prison inmates. In: European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 12/2004, S. 365-371.
- RUDOLF, SEBASTIAN
BERMEJO, ISAAK
SCHWEIGER, ULRICH
ET AL.
Diagnostik depressiver Störungen. In: Deutsches Ärzteblatt, Heft 25/2006, S. 1754-1761.
- SCHLACK, ROBERT
MAUZ, ELVIRA
HEBE BRAND, JOHANNES
Hat die Häufigkeit elternberichteter Diagnosen einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) in Deutschland zwischen 2003-2006 und 2009-2012 zugenommen? In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 7/2014, S. 820-829.
- SCHÖNFELD VON, CARL-E.
SCHNEIDER, FRANK
SCHRÖDER, TINA
Prävalenz psychischer Störungen, Psychopathologie und Behandlungsbedarf bei weiblichen und männlichen Gefangenen, in: Der Nervenarzt Heft 7, 2006, S. 830-841.
- SCHWIND, HANS DIETER
Kriminologie. Eine praxisorientierte Einführung mit Beispielen, 22. Auflage, Heidelberg 2013.

SHEEHAN, DAVID SHEEHAN, KATHY SHYTLER, DOUGLAS ET AL.	Reliability and Validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-KID). In: Journal of Clinical Psychiatry, 3/2010, S 313-326.
SOLDT, RÜDIGER	Das Urteil ist da, die Tat bleibt ein Rätsel. < http://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/kriminalitaet/vierfachmord-von-eislingen-das-urteil-ist-da-die-tat-bleibt-ein-raetsel-1951423.html > (18.01.18). Erstellt 31.03.2010.
SONNENMOSER, MARION	Anpassungsstörungen – wenig beachtet und kaum untersucht. In: Deutsches Ärzteblatt 4/2007, S. 171-172.
SONNENMOSER, MARION	Die unsichtbare Erkrankung. In: Deutsches Ärzteblatt, Heft 9/2007, S 424-426.
SOYKA, MICHAEL MORHART-KLUTE, VERONIKA	Aggression und Straffälligkeit durch Gewalt bei Schizophrenen. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 33/2002, S. 1708-1712.
STELLY, WOLFGANG THOMAS, JÜRGEN	Evaluation des Jugendstrafvollzuges in Baden-Württemberg. Bericht 2013/2014. < https://www.jura.uni-tuebingen.de/einrichtungen/ifk/homepages/stelly/veroeffentlichungen/evaluationsbericht-jugendstrafvollzug-2013-2014 > (18.06.2017). Erstellt 01.06.2015.
STIEGLITZ, ROLF-DIETER	Diagnostik und Klassifikation in der Psychiatrie. 1. Auflage, Stuttgart, 2008.

- | | |
|--|--|
| STIEGLITZ, ROLF-DIETER | Anpassungs- und Belastungsstörungen in der ICD-10. In: Psychoneuro, 1/2005, S. 16-20. |
| STÖVER, HEINO
VOGT, IRMGARD | Sucht/Abhängigkeit. In: Ehler, Gudrun (Hrsg.): Wörterbuch: Soziale Arbeit und Geschlecht, Weinheim 2011, S. 398-402. |
| VON HEYDENDORFF, STEFFEN
DREßING, HARALD | Mediale Stigmatisierung psychisch Kranker im Zuge der „Germanwings“-Katastrophe. In: Psychiatrische Praxis 3/2016, S. 134-140. |
| VON SCHÖNFELD CARL-ERNST
SCHNEIDER FRANK
SCHRÖDER TINA
ET AL. | Prävalenz psychischer Störungen. Psychopathologie und Behandlungsbedarf bei weiblichen und männlichen Gefangenen, in: Der Nervenarzt 7/2006, S. 830-841. |
| WABROCK, THOMAS
PAJONK, FRANK-GERALD
D'AMELIO, ROBERTO
ET AL. | Schizophrenie und Sucht. In: psychoneuro 9/2005, S. 433-440. |

Anhang

A Tabellen

Tabelle 7: Anteile der Diagnosen in der psychiatrischen Praxis

Psychiatrie Ambulante Behandlungsanlässe im 3. Quartal 2015³¹²	
Diagnosen nach ICD-10	Anteil der Behandlungsfälle mit Diagnose in %
F32 Depressive Episode	27,1
F33 Rezidivierende depressive Störung	24,8
F41 Angststörungen	22,2
F43 Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	15,5
F34 Anhaltende affektive Störungen	10,7
F45 Somatoforme Störungen	10,7
F20 Schizophrenie	7,8
F60 Spezifische Persönlichkeitsstörungen	7,6
F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	5,9
F07 Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns	4,8
F51 Nichtorganische Schlafstörung	4,1
F40 Phobische Störung	4,1
F00 Demenz bei Alzheimer-Krankheit	3,9
F06 Andere psychische Störung aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	3,7
F31 Bipolare affektive Störung	3,1
F42 Zwangsstörung	3,0

Tabelle 8: Anteile der Diagnosen in der Kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis

Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Ambulante Behandlungsanlässe im 3. Quartal 2015³¹³	
Diagnosen nach ICD-10	Anteil der Behandlungsfälle mit Diagnose in %
F90 ADHS	48,0
F93 Emotionale Störung des Kindesalters	21,9
F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	21,1
F81 Umschriebene Entwicklung der schulischen Fertigkeiten	18,1
F32 Depressive Episode	7,0
F82 Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen	6,8
F 92 Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	5,8

³¹² Kassenärztliche Vereinigung, Honorarbericht für das Dritte Quartal 2015, S. 98, www.kbv.de

³¹³ Kassenärztliche Vereinigung, Honorarbericht für das Dritte Quartal 2015, S. 91, www.kbv.de

Tabelle 8 (Fortsetzung)

F 83 Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen	5,7
F 91 Störung des Sozialverhaltens	4,8
F 84 Tiefgreifende Entwicklungsstörung	4,5
F 94 Störung sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	3,6
F 41 Angststörungen	3,1
F 40 Phobische Störungen	2,4
F 95 Tic-Störungen	2,1
F 45 Somatoforme Störungen	1,9
F 42 Zwangsstörungen	1,8
F 50 Essstörungen	1,7

Tabelle 9: Anteile der psychiatrischen Diagnosen in der JVA Neumünster

Psychiatrische Erkrankungen im Strafvollzug JVA Neumünster 2013 bis 2015³¹⁴	
Diagnosen nach ICD-10	Anteile der Behandlungsfälle mit Diagnose in % N=195
F0 Organische, einschließlich symptomatischer Störungen	1,0
F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	40,0
F2 Schizophrene Störungen	13,3
F3 Affektive Störungen	22,6
F4 Neurotische- Belastungs- und somatoforme Störungen	42,1
F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen	7,2
F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	10,3
F7 Intelligenzminderung	1,5
F8 Entwicklungsstörung	0,5
F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit oder Jugend	11,3

³¹⁴ Vgl. Huchzermeier/Ostermann/Folgmann, Rpsych 2/2016, S. 196.

Tabelle 10: Prävalenz psychiatrischer Diagnosen in der JVA Adelsheim aufgegliedert nach dem Jahr des Zugangs

Prävalenz psychiatrischer Diagnosen in der JVA Adelsheim/ Vergleich der Zugangsjahre 2015 und 2016				
Diagnosen nach ICD-10	2015 N ^a = 204 G ^b = 451		2016 N ^a =205 G ^b = 535	
	Anzahl	Prävalenz in %	Anzahl	Prävalenz in %
F2 Schizophrene Störungen	7	1,6	14	2,6
F3 Affektive Störungen	47	9,5	43	8,0
F31 Bipolare Störung	0	0,0	1	0,2
F32 Depression	47	9,5	42	7,9
F4 Belastungs- und Anpassungsstörung	140	28,4	141	26,4
F40 Spezifische Phobie	2	0,4	1	0,2
F41 Angststörung	5	1,1	6	1,1
F42 Zwangsstörung	1	0,2	0	0,0
F43.0 Akute Belastungsreaktion	5	1,1	4	0,7
F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung	55	12,2	54	10,0
F43.2 Anpassungsstörung	70	15,5	76	14,2
F45 Somatisierungsstörung	1	0,2	0	0,0
F48 Unspezifische neurotische Störung	1	0,2	0	0,0
F 6 Persönlichkeitsstörung	11	2,4	3	5,6
F60.30 Impulsiver Typus	8	1,8	2	0,4
F60.31 Emotional instabiler Typus	3	0,7	1	0,2
F 9 Emotionale Störungen der Kindheit und Jugend	40	8,7	27	5,0
F90 ADHS	24	5,3	15	2,8
F91 Störung des Sozialverhaltens	16	3,5	12	2,2
Gesamt Diagnosen	245	--	228	--
Davon: Mehrfachdiagnosen	40	--	23	--
Anzahl und Prävalenz psychischer Erkrankungen	204	45,2	205	38,3

^a Gesamtzahl der als psychiatrisch erkrankt diagnostizierten Häftlinge innerhalb der JVA

^b Gesamtbelegungszahl der JVA (Jahresdurchschnitt einschließlich Zugang und U-Haft)

B Schriftwechsel mit der JVA Adelsheim

Anschreiben an die Experten vom 08.09.2017

Liebe Kollegen vom psychologischen Dienst der JVA Adelsheim,

Zuerst möchte ich mich noch einmal kurz vorstellen, mein Name ist Nicole Peschke und ich bin als Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Praxis von Ihrem Kollegen, Herrn Dr. Michael Roth in Höchberg tätig. Seit 2016 studiere ich zusätzlich Kriminologie an der Universität in Bochum und beginne nun mit meiner Masterarbeit. Nachdem durch Herrn Dr. Roth schon seit längerer Zeit ein beruflicher Bezug zur JVA in Adelsheim besteht und wir dank der Initiative des kriminologischen Dienstes seit 2015 gezielt die psychiatrischen Diagnosen der Inhaftierten statistisch erfassen konnten, möchte ich das Thema der psychiatrischen Erkrankungen unter Strafgefangenen nun im Rahmen der Abschlussarbeit weiter vertiefen.

Das Ziel der Untersuchung besteht dabei in der Analyse der Ursachen und des Verlaufes psychiatrischer Erkrankungen bei jugendlichen und heranwachsenden Straftätern. Hierbei wird zum einen die Prävalenz der bereits erfassten psychiatrischen Diagnosen, auch im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, untersucht. Zusätzlich soll aber auch eine kriminologische Betrachtung der beobachteten psychiatrischen Auffälligkeiten erfolgen, in dem Sinne ob es sich um primäre (evtl. auch haftursächliche) Krankheitsbilder oder reaktive Problematiken handelt, und welche Optionen sich für die Behandlung innerhalb der Haft und die Entlassprognose ergeben.

Hintergrund der Fragestellungen sind u.a. die aktuellen Berichte in der Literatur über eine hohe und evtl. weiter ansteigende Prävalenz psychiatrischer Erkrankungen bei Haftinsassen und deren prognostische Konsequenzen. So beschrieb zuletzt im Juli 2017 das niedersächsische Justizministerium im Rahmen der Eröffnung einer psychiatrischen Station innerhalb der JVA Oldenburg und der geplanten Eröffnung einer weiteren Station in der Jugendanstalt Hameln, dass 70-80% der Insassen unter psychischen Problemen litten und 20% konkret behandlungsbedürftig seien. Diese Erkrankungen wirkten sich nach Aussagen des Justizministeriums auch konkret auf die Rückfallprognose aus.

Allerdings mangelt es innerhalb der Literatur vielfach an konkreten Statistiken, da bislang viele Haftanstalten nur über eine provisorische oder bedarfsgeregelte psychiatrische Versorgung verfügen. Auch kann die bloße Statistik keine Aussagen über die Ursachen der Erkrankungen und deren konkrete Bedeutung für eine (weitere) Straffälligkeit erbringen. Dies soll daher im Rahmen der Masterarbeit auf Basis der bisherigen statistischen Daten aus Adelsheim innerhalb von Experteninterviews weiter differenziert werden. Ziel ist hierbei, eine höhere Transparenz zu schaffen wie der Weg zur Diagnose erfolgt, inwieweit Aussagen über die Ursachen gemacht werden können, inwiefern diese einen Risikofaktor für Straffälligkeit darstellen können und welche Besonderheiten sich für Therapieoptionen unter Haftbedingungen ergeben. Zum Überblick und natürlich auch zur Vorinformation über diese Kernfragen wurde ein kurzer Interviewleitfaden formuliert, der aber nur die Rahmenstruktur darstellt. Im Gespräch ergeben sich entsprechend der individuellen Tätigkeitsbereiche evtl. unterschiedliche Schwerpunkte, was aber durchaus gewünscht ist, um einen möglichst umfassenden Eindruck zu bekommen.

Für die Dauer des Interviews ist (maximal) ca. eine Stunde geplant. Das Interview soll mittels einer Tonbandaufnahme aufgezeichnet und anschließend transkribiert werden, um das Gespräch nicht durch parallele Notizen zu unterbrechen oder zu verlängern. Die Transkription ist den Gutachtern der Masterarbeit sowie der Anstaltsleitung zugänglich. Die Namen der Interviewten können hierbei anonymisiert werden.

Ich sage jetzt schon einmal vielen Dank für das Lesen meiner hoffentlich nicht allzu lang geratenen Anfrage!

Falls ein Interview möglich wäre, würde ich mich über eine kurze Rückmeldung zur Terminabsprache freuen, gerne auch über Mail an nicolepeschke1970@gmail.com, bzw. mich in der nächsten Woche telefonisch melden. Geplant ist als Zeitraum für die Interviews ein Termin bis ca. Ende Oktober/Anfang November 2017.

Damit herzlichen Dank noch einmal und Grüße nach Adelsheim

Nicole Peschke

Interviewleitfaden

Persönliche Angaben: (Freiwillig)

Name (Pseudonym): _____

Beruf: _____

Anzahl der Berufsjahre: _____

Aktuelle Tätigkeit (Abteilung): _____

1. Beschreiben Sie ihr aktuelles bzw. ggf. kurz die vorangegangenen Aufgabenfelder (Tätigkeitsgebiete/Abteilungen) innerhalb der JVA Adelsheim.
2. Auf welchem Weg werden psychiatrische Probleme bei Häftlingen der JVA bekannt und wie erfolgt das weitere Vorgehen?
3. Welche psychiatrischen Erkrankungen treten bei den Häftlingen (vorrangig) auf?
4. In wieweit kann man bei den psychiatrischen Erkrankungen der Häftlinge zwischen primären Vorerkrankungen, die bereits vor der Haft bestanden und Sekundärerkrankungen, die erst durch die Umstände der Festnahme, Verurteilung und Inhaftierung ausgelöst wurden, unterscheiden?
5. Gibt es psychiatrische Erkrankungen, die Sie aus der Erfahrung als (zumindest mit-) Delikt- und Haftursächlich ansehen?
6. Die Behandlung und psychologische Begleitung unter Haftbedingungen obliegt aufgrund des geschlossenen Vollzuges besonderen Bedingungen. Inwieweit wird dieses Angebot als individuelle Chance von den Inhaftierten genutzt?
7. Wie beeinflusst eine in der Haft diagnostizierte psychiatrische Erkrankung das weitere Vorgehen in der Vorbereitung und Planung der Entlassung?
8. Gibt es aus Ihrer Sicht noch weitere wichtige Aspekte hinsichtlich der Bedeutung psychiatrischer Erkrankungen bei Inhaftierten, die in den bisherigen Fragen zu wenig Raum fanden?

Vielen Dank für die Mithilfe!

C Analyseverfahren der Experteninterviews

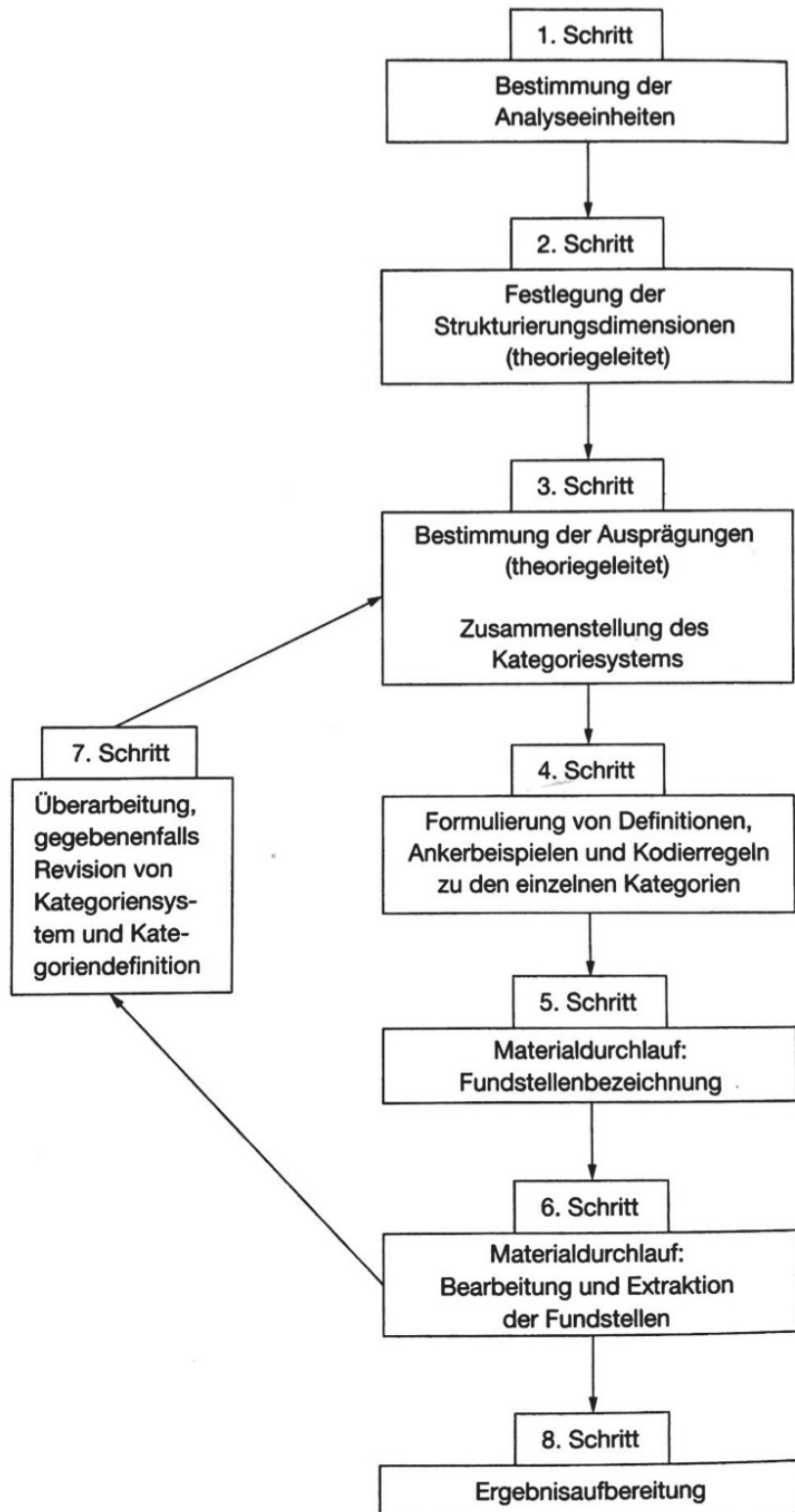


Abb. 1: Ablaufmodell strukturierender Inhaltsanalyse (allgemein)³¹⁵

³¹⁵ Mayring, Qualitative Inhaltsanalyse, S. 98.

Tab. 12: Transkriptionsschema der Experteninterviews³¹⁶

Transkriptionskopf	
Nummer des Interviews:	
Name der Audiodatei:	
Datum der Aufnahme:	
Ort der Aufnahme:	
Dauer der Aufnahme:	
Interviewerin:	
Datum des Transkriptes:	
Transkribentin:	
Besonderheiten:	
Transkriptionsregeln	
Die Transkription erfolgt im Sinne eines journalistischen Transkriptes geglättet nach der Standardorthographie	
Bezeichnungen	I: Interviewerin, B: Befragter.
Sprachglättung	Vollständige Sprachglättung: Anwendung der Standardorthographie, Korrektur von Dialekt, umgangssprachlicher Ausdrucksweise, fehlerhaften Ausdrücken sowie eines fehlerhaften Satzbaus.
Grammatik	Grammatikalische Zeichensetzung.
Zeicheninventar	Unvollendete bzw. auslaufende Sätze (Fade-out) werden mit drei Auslassungspunkten gekennzeichnet (...). Nicht transkribierte Gesprächssequenzen werden mit [...] gekennzeichnet.

Tab. 13: Kategorisierung der Experteninterviews³¹⁷

Kategorien	Ankerbeispiele	Kodierregeln
Selektion des Klientels		
Erfassungsmodalitäten	„Ist es ein Neuzugang in der JVA, wird jeder von einem Psychologen oder einem Sozialarbeiter der Zugangsabteilung gesehen und dieses Gespräch erfolgt meistens innerhalb der ersten drei bis vier Tage des Aufenthaltes.“	Aussagen die eindeutigen Bezug darauf nehmen, auf welchem Weg psychische Problematiken von Häftlingen in der JVA bekannt werden.

³¹⁶ Vgl. Fuß, Grundlagen der Transkription, S. 59f.

³¹⁷ Vgl. Mayring, Qualitative Inhaltsanalyse, S. 97ff.

Erfassungslücken	„In der elektronischen Krankenakte ist eigentlich nie etwas vermerkt. Es erfolgt eigentlich nur anamnestisch, wobei natürlich die jugendlichen Insassen häufig nicht sehr freigiebig mit ihren Diagnosen sind, auch hinsichtlich vorher bestehender Sucht- oder Abhängigkeitsstörungen.“	Aussagen die die Grenze der Erfassbarkeit aufzeigen und Hinweise auf ein sogenanntes „Dunkelfeld“ geben.
Diagnosen		
Prävalenz der Diagnosen	„Also das ist eine ganz schwierige Frage. Ich glaube sehr viele, ich weiß nicht – liege ich da mit 30 Prozent zu hoch ...? Ich weiß es nicht. Es gibt viele ADHS Diagnosen also das ist, denke ich, die hauptpsychiatrische Diagnose die gestellt wird.“	Schilderungen, die sich auf die Art, Häufigkeit und Differenzierung der in Adelsheim gestellten Einzeldiagnosen beziehen.
Einschränkungen in der Diagnostik	„Weil sie zu alt sind. Teilweise. Und auch die Instrumente gar nicht da sind, mit denen wir das messen können. Und weil es nicht auffällig ist.“	Aussagen, die Faktoren und Schwierigkeiten wiedergeben, die die Möglichkeiten der haftinternen diagnostischen Einschätzung beeinflussen.
Pathogenese		
Primärerkrankungen	„Also ADHS ist auf jeden Fall etwas, was häufig vor der Haft schon vorlag, genauso natürlich Suchterkrankungen.“	Benennung von Krankheitsbildern, die aus Sicht der Experten mehrheitlich schon vor der Tat vorlagen.
Sekundärerkrankungen	„Klar gibt es reaktive Probleme, wie eben eine reaktive depressive Reaktion. Das ist sicher dann durch die Inhaftierung selbst bedingt.“	Bestimmung von Krankheitsbildern, die mehrheitlich erst durch die Tat oder deren Konsequenz entstanden sind.

Erkrankungsursachen	„Durch die Tat selbst können durch die Schuldgefühle und die Angst auch Belastungsreaktionen, Anpassungsstörungen oder Schlafstörungen entstehen: „Was kommt auf mich zu...?“	Schilderung von Faktoren, die sich auf das Entstehen der Erkrankungen auswirken.
Kriminologische Bedeutung		
Tatrelevanz	„Zudem hat bei ungefähr der Hälfte unserer Abteilung ein schädlicher Gebrauch von Alkohol, Nikotin, und illegalen Drogen oder zusammen als Polytoxikomanie eine erhebliche Rolle gespielt, so dass oft die Frage ist: „Hätte einer keine Suchtproblematik, hätte er die Tat vielleicht nicht begangen oder zumindest nicht so gravierend ...“	Schilderung von krankheitsrelevanten Faktoren, die zum Tathergang beigetragen haben können.
Prognoserelevanz	„Und insofern ist das natürlich prognostisch schon schwierig, gerade bei der Störung des Sozialverhaltens, da ist es auf jeden Fall schwierig.“	Schilderung von krankheitsrelevanten Faktoren, die die Rückfallprognose beeinflussen können.
Therapieoptionen		
Medikamentös	„Jeder spricht mich da an, ob ich ihm Rivotril verschreibe, das ist anscheinend in Frankreich sehr populär. Was wir aber letztendlich nicht geben, also keine abhängigmachenden Medikamente.“	Schilderung medikamentöser Therapieoptionen und evtl. Einschränkungen, die bei der Behandlung psychiatrischer Störungen im Jugendvollzug relevant erscheinen.
Psychotherapeutisch	„Also wenn ich allein bei mir in der Abteilung schaue, da haben wir sehr viele Gruppenangebote, auch Einzelangebote und wir sind ausgelastet. Manchmal können wir den Bedarf auch gar nicht decken.“	Schilderung der psychotherapeutischen Optionen und evtl. Einschränkungen, die bei der Behandlung psychiatrischer Störungen im Jugendvollzug relevant erscheinen.

Strukturell	„Man hat irgendwelche Probleme und durch die Inhaftierung ist man erstmal diesen Druck los.“	Schilderung der strukturellen Vorgaben durch die Haftanstalt bzw. das Vollzugsmanagement an sich, die Einfluss auf die psychische Entwicklung der Häftlinge im Jugendvollzug haben können.
Extern	„Distanziert sich derjenige nicht von Suizidalität ist sogar der erste Schritt, den dann gar nicht bei uns zu behalten, sondern gleich ins Vollzugskrankenhaus nach Hohenasperg in die psychiatrische Abteilung zu verlegen, was mitunter auch am Aufnahmetag in der JVA Adelsheim passieren kann und auch schon passiert ist.“	Nennung von externen Instanzen, die an der Therapie der Häftlinge beteiligt sind.
Übergangsmanagement		
	„Seit es die Ambulanz gibt, fangen auch schon einige hier drinnen mit einem externen Therapeuten an, der dann möglichst auch draußen mit denjenigen weiterarbeitet.“	Schilderung von Faktoren, die für den Übergang eines psychisch erkrankten Häftlings von der Haft in den regulären Alltag relevant sind.
Wünsche		
	„Und was unseren Q-Bau angeht, könnte der auch mehr Personal brauchen, vor allem in dem Bereich Pflege, Krankenpflege und ähnlichem. Das sind Kollegen vom allgemeinen Vollzugsdienstes, die mit diesen Jungs da zu tun haben und keine ausgebildeten Psychiatriepfleger.“	Schilderung von notwendigen Hilfen für die Verbesserung der Versorgung der psychisch erkrankten Häftlinge.

D Experteninterviews

Die Experteninterviews im Wortlaut sind aus Gründen des persönlichen Datenschutzes der Interviewten nicht Teil der Veröffentlichung.

Bei Rückfragen kann gerne Kontakt aufgenommen werden über:

nicpeschke@t-online.de