

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
(Direktor: Prof. Dr. med. J. Aldenhoff)  
im Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel  
an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

## Screeninguntersuchung zur Prävalenz psychischer Störungen bei Gefangenen der Justizvollzugsanstalt Neumünster

Eine Untersuchung anhand des Gesundheitsfragebogens für Patienten  
(PHQ-D)

Inauguraldissertation  
zur  
Erlangung der Doktorwürde  
der Medizinischen Fakultät  
der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von  
LARS JOHN  
aus Oldenburg (Oldenburg)

Kiel 2010

1. Berichterstatter: PD Dr. Huchzermeier, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

2. Berichterstatter: Prof. Dr. Dr. Kaatsch, Institut für Rechtsmedizin

Tag der mündlichen Prüfung: 30. Juni.2011

Zum Druck genehmigt, Kiel, den 30. Juni 2011

gez.: Prof. Dr. Gerber, Institut für medizinische Psychologie und Soziologie

Meinen Eltern

# Inhaltsverzeichnis

## Abkürzungsverzeichnis

<b>1. Einleitung</b> .....	<b>1</b>
1.1. Gefangene in Deutschland .....	1
1.2. Zur Prävalenz psychischer Störungen in Gefängnissen .....	2
1.3. Die Situation in der JVA Neumünster .....	5
1.4. Fragestellung und Zielsetzung .....	6
<b>2. Probanden und Methoden</b> .....	<b>8</b>
2.1. Probanden .....	8
2.2. Studiendurchführung .....	9
2.3. Erhebungsinstrumente .....	10
2.3.1. Patient Health Questionnaire (PHQ-D) .....	10
2.3.2. Soziodemographischer und deliktspezifischer Fragebogen .....	14
2.4. Statistische Auswertung .....	15
<b>3. Ergebnisse</b> .....	<b>16</b>
3.1. Eingeschlossene und ausgeschlossene Probanden .....	16
3.2. Soziodemographische und haftspezifische Daten .....	17
3.3. Delikte .....	18
3.4. Prävalenz psychischer Störungen nach PHQ-D .....	20
3.5. Weitere Ergebnisse des PHQ-D .....	22
3.6. PHQ-D-Diagnosen nach Deliktkategorie .....	25
<b>4. Diskussion</b> .....	<b>26</b>
4.1. Betrachtung der häufigsten Diagnosen .....	27
4.1.1. Major Depression .....	27
4.1.2. Angststörungen .....	28
4.1.3. Alkoholsyndrom .....	28
4.2. Aktuelle deutsche Studien .....	29
4.3. Eignung des PHQ-D für den Haftalltag .....	30
4.4. Limitationen .....	31
4.5. Ausblick .....	34
<b>5. Zusammenfassung</b> .....	<b>37</b>
<b>6. Literaturverzeichnis</b> .....	<b>39</b>
<b>7. Anhang</b> .....	<b>43</b>

## Abkürzungsverzeichnis

BtMG	Betäubungsmittelgesetz
DIA-X	Diagnostisches Expertensystem für Psychische Störungen; ein Diagnoseinstrument, das auf der ICD-10-Klassifizierung basiert
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; Klassifikationssystem für psychische Erkrankungen der American Psychiatric Association, aktuell ist die IV. Auflage
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; Internationales Klassifikationssystem für Krankheiten der Weltgesundheitsorganisation; aktuell ist die 10. Auflage
JStVollzG	Jugendstrafvollzugsgesetz
JVA	Justizvollzugsanstalt
PHQ	Der „PRIME MD Patient Health Questionnaire“, ein Selbstbeurteilungsfragebogen für psychische Störungen
PHQ-D	Die deutsche Version des Patient Health Questionnaire, der "Gesundheitsfragebogen für Patienten"
PRIME-MD	Primary Care Evaluation of Mental Disorders; ein Diagnoseinstrument mit Selbstbeurteilungs- und Interviewteil, der Vorläufer des PHQ
SCL-90-R	Symptom-Checkliste von L.R. Derogatis, überarbeitete Version; ein Selbstbeurteilungsfragebogen mit 90 Items
SF-20	20-Item Short-Form Health Survey; ein Selbstbeurteilungsfragebogen
SKID	Strukturiertes Klinisches Interview nach DSM - ein Interviewsystem, das auf DSM-Kriterien basiert und die Diagnostik psychischer Störungen nach Achsen getrennt ermöglicht, am gebräuchlichsten sind Achse I (klinische Störungen, SKID-I) und Achse II (Persönlichkeitsstörungen, SKID-II)
StVollzG	Strafvollzugsgesetz
UVollzO	Untersuchungshaftvollzugsordnung



# 1. Einleitung

## 1.1. *Gefangene in Deutschland*

Einen Überblick über die Situation von Gefangenen in Deutschland ermöglichen zunächst statistische Erhebungen. Zum Zeitpunkt der Datenerhebung für die vorgelegte Arbeit, am 30. November 2006, betrug die Gesamtgefangenenrate in Deutschland 95 Gefangene je 100.000 Einwohner. Erfasst wurden die Verbüßer einer Freiheits- oder Jugendstrafe sowie Personen im Untersuchungshaftvollzug, in Sicherungsverwahrung und in Abschiebungshaft. In absoluten Zahlen waren dies 76.629 Menschen im gesamten Bundesgebiet, darunter 4.066 Frauen. Weibliche Gefangene stellen mit 5,3% somit nur einen kleinen Teil der Gesamtheit dar (Statistisches Bundesamt Deutschland 2010).

Im europäischen sowie weltweiten Vergleich liegt die Inhaftierungsrate Deutschlands damit im unteren Durchschnitt. Die weltweit höchste Rate haben die U.S.A. mit 738 Inhaftierten auf 100.000 Einwohner, die niedrigste Burkina Faso mit 23. Europäische Nachbarländer wie Frankreich und Österreich haben beispielsweise eine Gefangenenrate von 85 respektive 105 (United Nations Development Programme 2008).

Bei der Stichtagserhebung des statistischen Bundesamts am 30. November 2006 entfiel der überwiegende Anteil der Gefangenen auf Personen im Vollzug einer Freiheitsstrafe (54.112 in absoluten Zahlen, entspricht 70,6% der Gesamtheit), gefolgt von Untersuchungshäftlingen (13.330, 17,4%), Jugendstrahäftlingen (6.632, 8,7%), Abschiebungshäftlingen (798, 1%) und Menschen in Sicherungsverwahrung (398, 0,5%). Konzentriert man sich nur auf die drei häufigsten Arten des Freiheitsentzuges, sind dies 74.074 Personen oder 96,7% aller Inhaftierten. Dabei befanden sich 9.843 Personen im offenen Vollzug, also im Strafvollzug mit deutlich gelockerten Sicherheitsvorkehrungen. Dies waren überwiegend erwachsene Verbüßer einer Freiheitsstrafe.

Die Haft stellt eine Entziehung der Bewegungsfreiheit – und damit einen vorübergehenden Eingriff in die Grundrechte der Gefangenen – dar, der richterlich angeordnet werden muss und der dazu dient, die Rechtsordnung aufrecht zu erhalten. Bezogen auf die häufigste Haftform, die Freiheitsstrafe, ist die primäre Aufgabe des Vollzuges, den Gefangenen dazu zu befähigen, in Zukunft ein

straffreies Leben zu führen (§ 2 S. 1 und S. 2 Strafvollzugsgesetz - StVollzG). Erst an zweiter Stelle steht der Schutz der Bevölkerung vor weiteren Straftaten.

In allen Vollzugsformen, also in Strafhaft, Untersuchungshaft und im Bereich der Jugendstrafe, gilt der Grundsatz, dass das Leben im Vollzug den allgemeinen Lebensverhältnissen soweit wie möglich angeglichen werden soll. Schädlichen Folgen des Freiheitsentzuges ist entgegenzuwirken. Der Vollzug ist darauf auszurichten, Gefangenen zu helfen, sich in das Leben in Freiheit einzugliedern. Die Einzelheiten des Vollzugs sind gesetzlich geregelt. So ist in den entsprechenden Gesetzen (Strafvollzugsgesetz - StVollzG, Untersuchungshaftvollzugsordnung - UVollzO, Jugendstrafvollzugsgesetz - JStVollzG) beispielsweise detailliert aufgeführt, dass Zugang zu Weiterbildungsmöglichkeiten bestehen soll oder wie für die körperliche und geistige Gesundheit des Gefangenen zu sorgen ist.

Da der Staat für die Gesundheit und somit die Behandlung der Gefangenen Verantwortung trägt, sind auch Daten zur Prävalenz von Erkrankungen von großer Bedeutung für die Versorgungsplanung. In dieser Hinsicht ist besonders die geistige Gesundheit dieser Subpopulation Gegenstand der Forschung.

### **1.2. Zur Prävalenz psychischer Störungen in Gefängnissen**

Da eine zentrale staatliche Erfassung epidemiologischer Daten bisher ausgeblieben ist, muss man bei der Frage nach der Prävalenz auf Forschungsarbeiten zurückgreifen (Salize und Dreßing 2008). Es existiert bereits eine Anzahl wissenschaftlicher Arbeiten über psychische Störungen bei Häftlingen. Allerdings weisen viele der durchgeführten Studien nur geringe Probandenzahlen auf oder orientierten sich nicht an internationalen Diagnosesystemen (Schönfeld et al. 2006). Übereinstimmend kommen jedoch alle bisher durchgeführten Untersuchungen zu dem Ergebnis, dass Gefängnisinsassen ein deutlich höheres Risiko haben, an einer psychischen Störung zu leiden als die Allgemeinbevölkerung.

Einen guten Überblick über die Datenlage bei erwachsenen Häftlingen weltweit erarbeiteten zuletzt Fazel und Danesh (2002), die in ihrer Metaanalyse 62 Studien der letzten 35 Jahre systematisch auswerteten. Eine deutsche Studie konnte in diese Metaanalyse nicht einbezogen werden, da bis zu diesem Zeitpunkt keine Arbeiten existierten, die die Kriterien für das Review erfüllten. Dieses beschränkt sich auf die Krankheitsbilder psychotische Störungen, Major Depression und Persönlichkeitsstörungen. Am häufigsten waren mit 65% die Persönlichkeitsstörungen (davon 47%



antisoziale Persönlichkeitsstörung), gefolgt von der Major Depression mit 10% und den psychotischen Störungen mit 3,7%. Die Ergebnisse wiesen bezüglich der Haftart (also Untersuchungshaft oder Strafhaft) nur geringe Unterschiede auf. Substanzbezogene Störungen wurden zunächst nicht berücksichtigt, da hier insbesondere Verzerrungseffekte durch Selektion befürchtet wurden.

Dies wurde wenige Jahre später in einer weiteren Metaanalyse nachgeholt (Fazel et al. 2006). Hier wurden Prävalenzen für Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit zwischen 18% und 30% gefunden, für Drogenmissbrauch und -abhängigkeit zwischen 10% und 48%. Die Studiendaten waren bei den substanzbezogenen Störungen jedoch deutlich heterogener als bei den zuvor untersuchten Krankheitsbildern, was die Vergleichbarkeit erschwert.

In Ergänzung zu Fazels und Daneshs Review von 2002 untersuchten Goff et al. (2007) in einer eigenen Metaanalyse die Häufigkeit der posttraumatischen Belastungsstörung bei Inhaftierten. Deren Prävalenz schwankte zwischen 4% und 21%. Einschränkend ist jedoch zu sagen, dass nur vier Studien die Kriterien für die Analyse erfüllten und die Datenbasis somit vergleichsweise klein war.

In Deutschland fehlten lange Zeit repräsentative Studien zur Prävalenz (diskutiert in Huchzermeier und Aldenhoff 2002). In den wenigen bisher durchgeführten Untersuchungen war zum einen die Fallzahl häufig sehr gering, zum anderen wurden stark selektierte Gefangenenpopulationen untersucht, beispielsweise die Teilnehmer eines Therapieprogramms. Zu spezifischen Fragestellungen beziehungsweise bestimmten Haftarten liegen jedoch seit einigen Jahren solide Studien vor.

Eine Arbeit über psychopathologische Störungsmuster bei 239 Häftlingen der Justizvollzugsanstalt (JVA) Würzburg wies einen deutlich höheren globalen Schweregrad der psychischen Belastung bei den Insassen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung nach (Blocher et al. 2001). Die Daten wurden mit Hilfe des Selbstbeurteilungsfragebogens SCL-90-R erfasst. Dabei war der Wert der Skala Depressivität deutlich erhöht; die anderen Skalen befanden sich jeweils in den oberen Referenzbereichen. Es zeigte sich insgesamt eine höhere Belastung bei Untersuchungsgefangenen als bei Strafgefangenen. Einschränkend ist anzumerken, dass von 484 möglichen Probanden nur 246 in die Studie einwilligten; dies macht einen Rückschluss von den gewonnenen Daten auf die Gesamtpopulation der Gefangenen schwierig.

Frädrich und Pfäfflin (2000) fanden in einer repräsentativen Stichprobe von 90 Strafgefangenen im offenen Vollzug, dass die Prävalenz von Persönlichkeits-

störungen bei 50% lag. Am häufigsten war hierbei die antisoziale Persönlichkeitsstörung mit 36,7% vertreten. Die Untergruppe mit der höchsten Prävalenz waren die Straftäter gegen Leib und Leben, von denen 78% eine Persönlichkeitsstörung aufwiesen. In dieser Studie wurde jedoch mit Straftätern im offenen Vollzug eine Gruppe von Häftlingen untersucht, die nur etwas über 10% der Gesamtgefängenenpopulation ausmacht und völlig anderen Haftbedingungen unterliegt als die Mehrheit. Durch die kleine Gruppengröße besteht außerdem die erhöhte Gefahr zufallsbedingter Schwankungen; so waren beispielsweise in der Gruppe der Straftäter gegen Leib und Leben lediglich 9 Personen.

Eine Stichprobe von Untersuchungsgefangenen wurde von Missoni et al. (2003) näher untersucht. In der Studie mit 108 Gefangenen des Berliner Moabit-Gefängnisses wurden Informationen aus den Gefangenenakten und durch ein gesondertes Interview gewonnene ICD-10 Diagnosen (World Health Organization 1994, nach DIA-X) ausgewertet. Die häufigsten Störungen waren Episoden einer Major Depression, psychosomatische Beschwerden und substanzbezogene Störungen. Mit großer Sorgfalt wurden widersprüchliche Angaben in Interview und Krankenakte miteinander abgeglichen und in der Veröffentlichung diskutiert. Hier wird deutlich, dass sowohl die Auswertung der Krankenakten als auch die Anamnese durch einen externen Untersucher fehleranfällig sind. Dies erschwert für diese Untersuchung die Angabe von Prävalenzen, da sich über die beiden Methoden zum Teil widersprüchliche Diagnosen und somit andere Fallzahlen ergaben.

Ebenfalls mittels DIA-X untersuchte Konrad (2004) insgesamt 100 Personen, die eine Ersatzfreiheitsstrafe verbüßten. Eine solche Strafe wird verhängt, wenn eine Person, die eigentlich zu einer Geldstrafe verurteilt wurde, diese Strafe nicht zahlen kann oder will und auch nicht bereit ist, die Strafe mittels gemeinnütziger Arbeit abzuleisten. In dieser Untersuchung dominierten die Diagnosen Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit mit 77%. Ebenfalls auffällig war die hohe Zahl affektiver Störungen: 21% wiesen eine Dysthymia auf und 20% einzelne oder rezidivierende depressive Episoden. Die untersuchte Gefangenengruppe lässt jedoch aufgrund der Besonderheiten der Haftform kaum Rückschlüsse auf die Gesamtpopulation der Gefangenen in Deutschland zu, hierfür ist diese Strafform zu speziell.

Da die hier vorgelegte Arbeit keine spezifischen Kinder- und Jugendpsychiatrischen Diagnosen berücksichtigt, sei nur kurz auf zwei Arbeiten der Prävalenzforschung bei heranwachsenden Gefangenen hingewiesen. Wiederum existiert eine Metaanalyse

von Fazel et al. (2008), in der Daten aus 25 einzelnen Studien systematisch ausgewertet wurden. Bei männlichen Jugendlichen ergab sich eine Prävalenz von 3,3% für Psychosen, 10,6% für Major Depression, 11,7% für das Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom und 52,8% für Störungen des Sozialverhaltens.

Besonders hervorzuheben ist schließlich eine Arbeit von Domalanta et al. (2003). Diese ist nach Wissen des Autors die einzige Studie, die eine Version des Patient Health Questionnaire (PHQ) für eine Untersuchung bei Häftlingen eingesetzt hat. Die Autoren fanden bei 1.024 in einer Haftanstalt in Texas inhaftierten Jugendlichen eine hohe Prävalenz von Drogenmissbrauch (41%), Alkoholmissbrauch (27%) und Depression (9,77%). Insgesamt 60% der untersuchten Jugendlichen hatten mindestens eine Diagnose, knapp 40% hatten zwei oder mehr, wobei Persönlichkeitsstörungen in dieser Studie nicht berücksichtigt wurden.

### **1.3. Die Situation in der JVA Neumünster**

Seit den Neunziger Jahren des letzten Jahrhunderts existiert eine Kooperation zwischen der Justizvollzugsanstalt Neumünster und der Klinik für Psychiatrie des Universitätsklinikums Kiel. Neben der konsiliarpsychiatrischen Betreuung der Gefangenen stand in den letzten Jahren die Entwicklung eines Therapieprogramms für Gewaltstraftäter im Mittelpunkt der Zusammenarbeit. Eine wichtige Voraussetzung dafür, diese Therapie bedarfsgerecht zu gestalten, war die Kenntnis vorhandener psychischer Erkrankungen und Belastungen. So wurden die ersten Teilnehmer an dieser Therapieform einer ausführlichen Eingangsdiagnostik unterzogen, um die Prävalenzraten psychischer Störungen unter den Gefangenen der Justizvollzugsanstalt zu ermitteln.

Bei einer ersten Studie mit 60 Teilnehmern der Gewaltstraftäter-Therapie (im Zeitraum Januar 2003 bis Juni 2004) zeigte sich zusammenfassend eine sehr hohe Prävalenz psychischer Störungen, darunter über 80% substanzbezogene Störungen und 58% Persönlichkeitsstörungen (Huchzermeier et al. 2006a). In einer Ausdehnung der ursprünglichen Stichprobe (Januar 2003 bis Februar 2005) wurden Daten von insgesamt 128 Teilnehmern des Therapieprogramms ausgewertet. Hier verfestigte sich das Bild der hohen Prävalenz substanzbezogener Störungen (80%) und von Persönlichkeitsstörungen (60%); nur 20% wiesen eine geringe psychopathologische Belastung auf (Huchzermeier et al. 2006b).

In einer vom Gewaltstraftäter-Programm unabhängigen Arbeit untersuchten Köhler et al. (2009) 149 Gefangene im Jugendstrafbereich der JVA Neumünster. Bei einem durchschnittlichen Alter von 19 Jahren waren hier Störungen des Sozialverhaltens im Kindes- bzw. Jugendalter führend, diese Diagnose konnte bei 81% der Häftlinge gestellt werden. Weiterhin hatten bis zu 60% eine substanzbezogene Störung und bis zu 62% eine antisoziale Persönlichkeitsstörung.

Zusammenfassend ließen diese Studien bei den Gefangenen der Justizvollzugsanstalt Neumünster eine sehr hohe Prävalenz psychischer Störungen erwarten. Die Aussagekraft der Untersuchungen war jedoch durch die fehlende Repräsentativität der Daten erheblich eingeschränkt, da nur mögliche Kandidaten für das Gewaltstraftäter-Programm beziehungsweise nur jugendliche und heranwachsende Gefangene erfasst wurden.

Dies war der Anlass dafür, in Zusammenarbeit mit der Anstaltsärztin eine Untersuchung in die Wege zu leiten, die mit geringen Ressourcen eine Abschätzung der Prävalenz psychischer Störungen unter allen Häftlingen der JVA Neumünster ermöglichen sollte. Die Wahl fiel dabei auf den „Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)“, einen gut untersuchten Fragebogen, der für das Screening auf psychische Störungen in der primärärztlichen Versorgung entwickelt wurde (Spitzer et al. 1999). Er berücksichtigt die im ambulanten Sektor am häufigsten auftretenden psychischen Störungen und erschien somit für eine Screeninguntersuchung gut geeignet.

### **1.4. Fragestellung und Zielsetzung**

Mehrere Studien an bestimmten Gefangenenpopulationen der JVA Neumünster ließen eine sehr hohe Prävalenz psychischer Störungen insgesamt vermuten. Diese Arbeit sollte nun an einer repräsentativen Stichprobe von Gefangenen aller Haftarten (Strafhaft und Untersuchungshaft sowohl bei Erwachsenen als auch bei Jugendlichen und Heranwachsenden) die Prävalenz der häufigsten psychiatrischen Erkrankungen ermitteln.

Die Ergebnisse sollten unter anderem ermöglichen, den Versorgungsbedarf der Gefangenen aufgrund psychopathologischer Belastung einzuschätzen. Somit sollten Aussagen zur Notwendigkeit (weiterer) psychiatrischer Behandlungsangebote in der JVA Neumünster und vergleichbaren Institutionen getroffen werden können. Weiterhin sollten die so gewonnenen Daten einen Beitrag zur Prävalenzforschung

psychischer Störungen bei Gefangenen in ganz Deutschland leisten. Bisher gab es kaum repräsentative Daten zu dieser Fragestellung.

Ebenso sollte diese Studie Anhaltspunkte dazu liefern, ob der PHQ-D, ein für die primärärztliche Versorgung entwickelter Selbstbeurteilungsfragebogen, in der medizinischen Grundversorgung von Gefangenen eine nützliche Rolle spielen kann. Nach Wissen des Autors war dies die erste Studie, die den Patient Health Questionnaire dazu genutzt hat, die Prävalenz psychischer Störungen bei erwachsenen Gefangenen zu ermitteln.

## 2. Probanden und Methoden

### 2.1. *Probanden*

Für diese Untersuchung wurden als Probanden alle Gefangenen herangezogen, die konsekutiv innerhalb eines festgelegten Zeitraumes neu in die Justizvollzugsanstalt Neumünster oder die daran angeschlossene Teilanstalt Neumünster der Jugendanstalt Schleswig aufgenommen wurden.

Die JVA Neumünster ist laut Vollstreckungsplan zuständig bei schleswig-holsteinischen männlichen Erwachsenen für:

- Freiheitsstrafen von 6 Monaten bis 5 Jahren
- Untersuchungshaft für den Landgerichtsbezirk Kiel
- Strafgefangene in Abweichung vom Vollstreckungsplan zur beruflichen/ schulischen Qualifizierung
- Abschiebungshaft in Amtshilfe, sofern die Anstalt nicht voll belegt sein sollte.

Die angegliederte Teilanstalt Neumünster der Jugendanstalt Schleswig ist zuständig für:

- Vollstreckung von Jugendstrafen vom 14. bis zum 24. Lebensjahr
- Untersuchungshaft bis zum 21. Lebensjahr.

Zu den Probanden gehörten somit männliche Personen in Untersuchungshaft und geschlossener Strafhaft in der JVA Neumünster sowie männliche Personen in Untersuchungshaft und in geschlossener Jugendstrafhaft der Jugendanstalt Schleswig (Teilanstalt Neumünster). Der Erwachsenenbereich bietet ca. 330 Haftplätze für Strafgefangene und ca. 130 für Untersuchungshäftlinge, während sich im Bereich für Heranwachsende ca. 80 Haftplätze befinden. Die JVA Neumünster nimmt in Schleswig-Holstein in der Regel Ersttäter mit einem Strafmaß von bis zu fünf Jahren auf. Vorherige Jugendstrafen werden hierbei nicht berücksichtigt.

Es ist daher unwahrscheinlich, unter den Gefangenen viele Karrieretäter zu finden. In Kombination mit einem großen Angebot von schulischen Weiterbildungsmöglichkeiten und Ausbildungsbetrieben in der JVA lässt dies ein positiveres Klima als im Durchschnitt der deutschen Justizvollzugsanstalten erwarten.

Für diese Studie mussten die Probanden in der Lage sein, die deutschen Fragebögen selbständig zu lesen und auszufüllen. Daher wurden nur Häftlinge mit ausreichenden Sprachkenntnissen eingeschlossen, die Lesen und Schreiben konnten und auch intellektuell dazu in der Lage waren, die vorgelegten Fragebögen zu verstehen. Nicht eingeschlossen wurden Personen in Abschiebungshaft. Außerdem wurden Personen, die im Studienzeitraum ein weiteres Mal inhaftiert wurden, nur bei ihrer ersten Aufnahme berücksichtigt.

### **2.2. Studiendurchführung**

Ursprünglich war eine Jahresuntersuchung vom 01.01.2006 bis zum 31.12.2006 geplant. Aufgrund von Abstimmungsschwierigkeiten mit der JVA konnte jedoch erst Ende März begonnen werden, konsekutiv alle aufgenommenen Häftlinge einzuschließen. Das Erfassen der Häftlinge wurde plangemäß bis zum Ende des Jahres fortgeführt, es kam jedoch durch organisatorische Probleme im November und Dezember zu Lücken in der Datenerhebung. Um die Qualität der Daten nicht zu mindern, wurde für die Studie nur der Zeitraum berücksichtigt, in dem lückenlos alle neu aufgenommenen Gefangenen erfasst wurden. Letztendlich konnte eine Zeitspanne von sieben Monaten ausgewertet werden: Der erste Proband der Studie wurde am 29.03.2006 eingeschlossen, der letzte am 27.10.2006.

Das Studiendesign wurde vorab der Ethik-Kommission der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel vorgelegt, welche diesem zustimmte. Alle teilnehmenden Probanden willigten im Sinne des „informed consent“ schriftlich in die Teilnahme ein. Eine Gratifikation gab es nicht.

Alle neu aufgenommenen Gefangenen wurden innerhalb der ersten Tage der Haft von der Anstaltsärztin untersucht. Im Rahmen dieses Kontakts wurden die persönlichen Daten (Name und Geburtsdatum) der Probanden erfasst. Im genannten Zeitraum waren dies insgesamt 287 Personen. Es erfolgte zunächst eine Aufklärung über Zielsetzung und Durchführung der Studie. Probanden, die die Einschlusskriterien erfüllten (260 Gefangene) und nicht direkt die Teilnahme ablehnten, erhielten dann einen Informationsbogen, zwei Fragebögen (den PHQ-D und einen von der Arbeitsgruppe Forensik entwickelten Fragebogen zu soziodemographischen und deliktspezifischen Daten) zusammen mit einem DIN A5 Rückumschlag. Mit Hilfe dieses Umschlags war es den Probanden möglich, per Hauspost die ausgefüllten Fragebögen an einen Mitarbeiter der Arbeitsgruppe zu schicken. Für den Fall, dass

nach zwei Wochen noch keine Antwort eingegangen war, wurden die Gefangenen zum nächstmöglichen Zeitpunkt persönlich aufgesucht und darauf angesprochen, ob sie weiterhin an einer Teilnahme an der Studie interessiert seien. In diesem standardisierten Kontakt wurden bei Bedarf erneut Informationen über die Untersuchung gegeben sowie im Falle der Ablehnung die Gründe für das Ausscheiden notiert. Ausgewertet wurden die Fragebögen, die spontan oder nach dieser einmaligen persönlichen Rückfrage an die Untersucher zurückgegangen sind, insgesamt waren dies 95. Sieben dieser zurückgegangenen Fragebögen waren so stark fehlerhaft ausgefüllt, dass eine Auswertung unmöglich war. Letztendlich verblieben 88 verwertbare Fragebögen.

### **2.3. Erhebungsinstrumente**

#### **2.3.1. Patient Health Questionnaire (PHQ-D)**

Mit Hilfe der Komplettversion des „Gesundheitsfragebogens für Patienten (PHQ-D)“, der autorisierten deutschen Form des „PRIME MD Patient Health Questionnaire (PHQ)“ (s. Anhang) wurde ein Screening auf psychische Störungen durchgeführt.

Der PHQ wurde für Erkennung und Diagnostik der häufigsten psychischen Störungen in der medizinischen Grundversorgung entwickelt. Er ist hervorgegangen aus dem „PRIME MD“, einem System, das ebenfalls für das Screening auf psychische Störungen entwickelt wurde (Spitzer et al. 1994). Der PRIME MD („Primary Care Evaluation for Mental Disorders“) stellte das erste Instrument dar, das spezifische Diagnosen nach dem „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III R und IV“ (DSM-III-R und DSM-IV) lieferte (American Psychiatric Organisation 1987, 1994). Er bestand aus einem Fragebogen und einem strukturierten Interview. Der PRIME MD fand in zahlreichen Studien Verwendung (u.a. Philbrick et al. 1996, Beck et al. 1997, Kroenke et al. 1997). Es zeigte sich jedoch bald, dass er für die routinemäßige Anwendung im ärztlichen Alltag zu aufwendig war. Dies war der Anlass für die Autoren, auf Basis des PRIME MD einen reinen Selbstbeurteilungsfragebogen zu entwickeln. Interview und Fragebogenteil wurden zu einem dreiseitigen Fragebogen zusammengefasst, der vom Patienten selbstständig ausgefüllt werden konnte. Weiterhin wurde eine vierte Seite mit Fragen zu unter anderem psychosozialen Stressoren, Medikamenteneinnahme und Gewalterfahrungen ergänzt.



Mit Hilfe der Komplettversion lassen sich Erkrankungen aus den Bereichen somatoforme Störungen, depressive Störungen, Angststörungen, Essstörungen und alkoholbezogene Störungen diagnostizieren. Insgesamt ergeben sich acht verschiedene Diagnosen. Von diesen schließen sich zweimal zwei gegenseitig aus – ein Patient kann entweder nur eine *Major Depressive Störung* haben oder eine *Andere Depressive Störung*, ebenso kann ein Patient entweder nur eine *Bulimia Nervosa* oder eine „*Binge-Eating*“-Störung haben. In der Theorie können also bei jedem Patienten bis zu sechs Störungen diagnostiziert werden.

Orientiert an den Vorgaben des DSM-IV unterteilen die Autoren des PHQ die Diagnosen in „threshold disorders“, bei denen alle Kriterien für eine Störung nach diesem Diagnosensystem erfüllt sind, und „subthreshold disorders“, bei denen im Fragebogen nicht genügend Kriterien erhoben werden, um eine spezifische Diagnose nach DSM-IV zu stellen. Die „threshold disorders“, also die klinisch manifesten psychiatrischen Diagnosen sind: *Major Depressives Syndrom*, *Paniksyndrom*, *Andere Angstsyndrome* und *Bulimia nervosa*. Die „subthreshold disorders“, also die subklinischen psychiatrischen Diagnosen sind: *Andere Depressive Syndrome*, *Alkoholsyndrom*, *Somatoforme Störung* und „*Binge-Eating*“-Störung.

Für die Bereiche „Depressivität“, „somatische Symptome“ und „Stress“ können Schweregrade gebildet werden. Zu den Skalen „Depressivität“ und „somatische Symptome“ existiert ein ausführliches Literatur-Review (Kroenke et al. 2010). Zusätzlich enthält der Fragebogen ein Item zur Funktionseinschränkung durch psychische Symptome. Als Maß für die Gesamtbeeinträchtigung wurde weiterhin die Unterteilung von Probanden in vier Untergruppen vorgenommen:

- Personen, die kein einziges Symptom aufweisen, das zu der Diagnose einer psychischen Störung mittels PHQ führen könnte, gelten als **Symptom-Negativ** („**Symptom Screen-Negative**“).
- Personen, die einzelne Symptome aufweisen, aber nicht in ausreichender Zahl um irgendeine Diagnose mittels PHQ zu stellen, gelten als **Symptom-Positiv** („**Symptom Screen-Positive**“).
- Personen, die die Kriterien für irgendein „subthreshold disorder“ erfüllen, aber für kein „threshold disorder“, zählen zur Gruppe **Subklinische psychiatrische Diagnose** („**Subthreshold Psychiatric Diagnosis**“).

- Personen, die die Kriterien für irgendein „threshold disorder“ erfüllen, zählen zur Gruppe **Klinisch manifeste psychiatrische Diagnose („Threshold Psychiatric Diagnosis“)**.

Es ließ sich zeigen, dass analog zum „20-Item Short Form Health Survey“ (SF-20), einem gut untersuchten Selbstratingsinstrument (Stewart et al. 1988), signifikante Unterschiede in der globalen Funktionsfähigkeit zwischen den Untergruppen existierten (Spitzer et al. 1999). Das höchste Funktionsniveau hatten die Personen der „Symptom-Negativ“-Gruppe, das niedrigste die Personen aus der Gruppe „Klinisch manifeste psychiatrische Diagnose“. Auch für die Zahl der Krankheitstage und die Häufigkeit von Arztbesuchen zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen diesen vier Gruppen.

Zu dem PHQ und seiner deutschen Version, dem PHQ-D liegen mehrere Validierungsstudien vor, welche die guten diagnostischen Eigenschaften belegen (Spitzer et al. 1999, Spitzer et al. 2000, Löwe et al. 2003, Löwe et al. 2004a, Löwe et al. 2004c). Neben der Komplettversion des PHQ sind mit der Zeit verschiedene Versionen oder Auszüge aus dem ursprünglichen Fragebogen entstanden, die auch unabhängig voneinander eingesetzt werden können. Der PHQ ist mittlerweile in über 60 verschiedenen Sprachen verfügbar. Die Ziffer in Kombination mit dem Kürzel PHQ bezieht sich jeweils auf die Anzahl der Items:

- der Brief-PHQ, eine Kurzversion mit den neun Fragen zu Depressivität und gekürzten Fragen zu Angstsymptomen (Rief et al. 2004)
- der PHQ-A, eine Variante, die speziell für Jugendliche entwickelt wurde (Johnson et al. 2002)
- der PHQ-15, die dreizehn Fragen aus dem Abschnitt über somatoforme Störungen kombiniert mit zwei Fragen aus der Depressivitätsskala (Kroenke et al. 2002)
- der PHQ-9, die neun ursprünglichen Fragen der Depressivitätsskala (Kroenke et al. 2001)
- der PHQ-8, die Fragen der Depressivitätsskala ohne Suizidalitätsitem (Kroenke et al. 2009b)
- der PHQ-4, zwei Fragen zu Depressivität und zwei Fragen zu Ängsten (Kroenke et al. 2009a)
- der PHQ-2, zwei Fragen zu Depressivität (Kroenke et al. 2003)

Das diagnostische System des PHQ beruht auf den Selbstangaben der Probanden. Die Diagnostik findet dabei auf der Syndromebene und nicht auf der Störungsebene statt. So kann beispielsweise ein depressives Syndrom diagnostiziert werden, jedoch ist eine Abgrenzung zwischen einer depressiven Episode im Rahmen einer bipolaren Störung oder aber einer rezidivierenden depressiven Störung ohne zusätzliche Informationen nicht möglich. Weiterhin müssen für die Diagnose einer *Somatoformen Störung* reale somatische Ursachen für die Beschwerden ausgeschlossen werden, weswegen diese Kategorie in vielen Studien nicht berücksichtigt wird (siehe z.B. Spitzer et al. 2000, Klapow et al. 2002).

Der PHQ-D enthält insgesamt 78 Items und unterteilt sich in 16 Abschnitte, die verschiedenen Störungs- bzw. Themenbereichen zugeordnet sind. Die Auswertung erfolgt über ein einfaches Auswertungsschema (s. Anhang).

- Abschnitt 1 entspricht dem Bereich „Somatoforme Störungen“. Der Proband stuft für jedes Symptom ein, wie stark er sich hierdurch beeinträchtigt fühlt: „Nicht beeinträchtigt“, „Wenig beeinträchtigt“ oder „Stark beeinträchtigt“. Zählt man die Punktwerte für die Antworten (0, 1 oder 2 Punkte) zusammen und addiert die Punktwerte für die Items 2c und 2d (ebenfalls 0, 1 oder 2 Punkte; „Beinahe jeden Tag“ wird dann auch mit 2 Punkten bewertet), ergibt sich der Schweregrad „Somatische Symptome“ (0-30). Diese Zusammenstellung an Items entspricht dann dem PHQ-15.
- Abschnitt 2 entspricht dem Bereich „Depressive Störungen“. Gefragt wird hier, wie oft der Proband sich in den letzten zwei Wochen durch bestimmte depressive Beschwerden beeinträchtigt fühlte. Antwortmöglichkeiten sind „Überhaupt nicht“, „An einzelnen Tagen“, „An mehr als der Hälfte der Tage“ und „Beinahe jeden Tag“. Die Summe der Punktwerte (0, 1, 2 oder 3 Punkte) ergibt hier den Schweregrad „Depressive Symptome“ (0-27). Dieser Abschnitt entspricht dem PHQ-9, die Items 2a und 2b entsprechen den Depressionsfragen im PHQ-4 und den Fragen im PHQ-2.
- Die Abschnitte 3, 4 und 5 behandeln den Bereich „Angststörungen“. Abschnitt 3 und 4 beziehen sich auf das Auftreten von Angstanfällen und vorhandene Symptome während der Angstanfälle. Die Antwortmöglichkeiten sind „Ja“ und „Nein“. In Abschnitt 5 wird nach der Häufigkeit der Beeinträchtigung durch

bestimmte Angstsymptome gefragt. Die Antwortmöglichkeiten sind „Überhaupt nicht“, „An einzelnen Tagen“ und „An mehr als der Hälfte der Tage“.

- Die Abschnitte 6, 7 und 8 entsprechen dem Bereich „Essstörungen“. Die Fragen zu Essverhalten und Maßnahmen zur Gewichtsreduktion sind mit „Ja“ oder „Nein“ zu beantworten.
- Die Abschnitte 9 und 10 entsprechen dem Themenbereich „Alkoholsyndrom“. Gefragt wird nach Kennzeichen eines Alkoholmissbrauchs mit Ja/Nein-Fragen. Bereits eine „Ja“-Antwort im Abschnitt 10 reicht zur Diagnose eines Alkoholsyndroms aus.
- Abschnitt 11 enthält ein Item zur psychosozialen Funktionsfähigkeit. Es wird gefragt, wie stark der Alltag durch bisher in dem Fragebogen genannte Probleme erschwert wurde. Die Antwortmöglichkeiten sind „Überhaupt nicht erschwert“, „Etwas erschwert“, „Relativ stark erschwert“ und „Sehr stark erschwert“. Dieses Item korreliert stark mit dem Vorhandensein psychischer Störungen sowie mit einer globalen Funktionseinschränkung.
- Der Abschnitt 12 entspricht dem Bereich „Psychosoziale Stressoren“. Die Fragen zielen auf den Grad der Beeinträchtigung durch zehn häufige Beschwerden oder Probleme. Die Antwortmöglichkeiten sind „Nicht beeinträchtigt“, „Wenig beeinträchtigt“ oder „Stark beeinträchtigt“. Die Punktwerte (0, 1 oder 2 Punkte) ergeben zusammen den Schweregrad „Stress“ (0-20).
- Abschnitt 13 besteht aus der Frage, ob im letzten Jahr eine körperliche oder sexuelle Misshandlung stattgefunden hat.
- Abschnitt 14 besteht aus der offenen Frage „Was belastet Sie zur Zeit in Ihrem Leben am meisten?“, die im Freitext beantwortet werden kann.
- Abschnitt 15 besteht aus der Frage, ob Medikamente gegen Angst, Depressionen oder Stress eingenommen werden.
- Abschnitt 16 richtet sich nur an Frauen und ist für diese Untersuchung nicht relevant, da nur männliche Probanden beteiligt waren. In den sechs Items wird nach Menstruation, Schwangerschaft und damit in Verbindung stehenden Beschwerden gefragt.

### **2.3.2. Soziodemographischer und deliktspezifischer Fragebogen**

Ergänzend zum „PHQ-D“ wurde den Probanden ein Fragebogen zu soziodemographischen und deliktspezifischen Daten ausgehändigt (s. Anhang). Von

diesem wurden jeweils zwei Versionen verteilt („Fragebogen für U-Gefangene“ mit 18 Fragen und „Fragebogen für Straf-Gefangene“ mit 19 Fragen). Die Fragen sind zum Teil identisch.

Keine Unterschiede gibt es in den Fragen 1-8. Darin geht es um Alter, Familienstand, Kinder, Nationalität, Geburtsland, Schulabschluss, Berufsausbildung und Erwerbstätigkeit vor der Inhaftierung.

Ebenfalls identisch sind die Fragen 14-18 (U-Gefangenen-Fragebogen) und 15-19 (Straf-Gefangenen-Fragebogen). Sie beziehen sich auf die Dauer der aktuellen und die Anzahl und Dauer früherer Inhaftierungen, mögliche Vorstrafen und den Grad der Belastung durch die jetzige Inhaftierung. Die subjektive Belastung wird über ein Kreuz auf einer Leiste angegeben, die sich von 0% („gar nicht belastet“) bis 100% („sehr stark belastet“) erstreckt.

Mit den Fragen 9-13 bzw. 9-14 werden Daten erfasst, die sich auf die Art des Delikts/der Delikte, die Haltung gegenüber dem ergangenen Urteil oder den Vorwürfen der Staatsanwaltschaft und den Verlauf der Verhandlung beziehen. Bei den Fragen für Untersuchungshäftlinge, also Personen die nicht rechtskräftig verurteilt sind, wird dementsprechend von „vorgeworfenen“ statt „begangenen“ Straftaten, dem „erwarteten“ statt dem „ergangenen“ Urteil gesprochen.

Die Probanden können in einer Liste mit 12 Auswahlmöglichkeiten die Straftaten ankreuzen, die vorgeworfen werden beziehungsweise wegen derer die Verurteilung erfolgte. Mehrfachnennungen werden ausdrücklich erlaubt.

Die einzige Frage im Strafgefangenenbogen ohne Entsprechung bei den Untersuchungshäftlingen ist Frage 13, bei der es um Übereinstimmung von realem und im Urteil geschildertem Tathergang geht.

### **2.4. Statistische Auswertung**

Die Zielsetzung der vorliegenden Arbeit war eine Bestandsaufnahme psychischer Belastungen und Störungen bei neu inhaftierten Gefängnisinsassen in der JVA Neumünster. Hierbei erfolgte eine rein deskriptive Auswertung der Daten aus den ausgefüllten Fragebögen mittels Excel 2003 und SPSS 11.0. Neben der Beurteilung der Gesamtpopulation erfolgte eine Unterteilung in vier Untergruppen: Straf- und Untersuchungshaft sowohl im Erwachsenen- als auch im Jugendbereich.

### 3. Ergebnisse

#### 3.1. *Eingeschlossene und ausgeschlossene Probanden*

Von insgesamt 287 im Untersuchungszeitraum neu aufgenommenen Gefangenen wurden 260 in die Studie eingeschlossen. Die übrigen Gefangenen erfüllten Ausschlusskriterien: 26 hatten keine ausreichenden deutschen Sprachkenntnisse und eine Person konnte weder lesen noch schreiben. Von den 260 (100%) eingeschlossenen Probanden willigten 95 (36,5%) in die Studie ein und füllten einen Fragebogen aus, 7 (2,7%) davon waren jedoch nicht auswertbar. Somit konnten die Daten von 88 (33,8%) der 260 möglichen Probanden einbezogen werden. Die Auswertung der nachfolgenden Abschnitte bezieht sich auf diese 88 Fragebögen.

Es wurde erfasst, aus welchem Grund die Häftlinge nicht an der Studie teilgenommen haben:

- 13,5% (n=35) lehnten die Teilnahme an der Studie direkt ab. Sofern Gründe genannt wurden, bezogen diese sich überwiegend darauf, dass sie keine persönlichen Informationen preisgeben wollten.
- 16,5% (n=43) konnten zum Ausscheiden nicht befragt werden, da sie zu diesem Zeitpunkt bereits in eine andere Justizvollzugsanstalt verlegt waren.
- 17,3% (n=45) waren bereits entlassen.
- 15,0% (n=39) weigerten sich passiv. Sie gaben bei Nachfrage an, an der Studie noch teilnehmen zu wollen, ein Bogen ist jedoch nie eingegangen.
- 1,2% (n=3) konnten während des Zeitraums der Studie aus sonstigen Gründen (Fahrten zu Verhandlungen, vorübergehende Verlegungen etc.) nicht erreicht werden.

Von den ausgeschlossenen und nicht teilnehmenden Probanden waren nur das Alter und die aufnehmende Abteilung bekannt. Die statistische Auswertung zeigte, dass die ausgeschlossenen Personen mit 30,3 ( $\pm 9,4$ ) Jahren im Schnitt älter waren als die eingeschlossenen Nicht-Teilnehmer (28,7 $\pm$ 10,8) und die eingeschlossenen Teilnehmer (27,4 $\pm$ 11,3). Dies könnte bedeuten, dass in unserer Studie jüngere Häftlinge überrepräsentiert waren.

Anhand der aufnehmenden Abteilung konnte auch bei ausgeschlossenen und nicht teilnehmenden Gefangenen ermittelt werden, ob diese der Erwachsenen-Unter-

suchungshaft, der Erwachsenen-Strafhaft oder dem Jugendbereich zugehörig waren. Die Auswertung dieser Daten ließ vermuten, dass insbesondere erwachsene Häftlinge (sowohl Untersuchungs- als auch Strafhaft) ausgeschlossen wurden und besonders erwachsene Untersuchungshäftlinge nicht teilgenommen haben. Dies kann in Übereinstimmung mit dem Durchschnittsalter ein Hinweis darauf sein, dass Jugend-Strafhäftlinge und Jugend-Untersuchungshäftlinge überrepräsentiert waren.

### 3.2. Soziodemographische und haftspezifische Daten

Die Probanden unserer Untersuchung waren im Durchschnitt 27,4 Jahre alt. Zwischen den Gefangenen im Erwachsenenbereich und denen im Jugendbereich zeigten sich hierbei deutliche Unterschiede (**Tabelle 1**).

Der Ausländeranteil von 17,4% in unserer Studie lag unter dem Durchschnitt der JVA Neumünster, der laut Eigenauskunft bei etwa 30% liegt. Der geringe Gesamtanteil von Probanden mit Schulabschlüssen (40,6% ohne Abschluss) und von Personen, die vor dem Haftantritt erwerbsfähig waren (41,0%), war dem hohen Anteil an jugendlichen und heranwachsenden Gefangenen geschuldet. Knapp ein Fünftel der Probanden war oder ist in der Vergangenheit verheiratet gewesen, fast ein Drittel hatte eigene Kinder.

**Tabelle 1: Soziodemographische Merkmale der Stichprobe**

	Gesamt (n=88)	Erw.- Strafhaft (n=27)	Erw.- U-Haft (n=20)	Jugend- Strafhaft (n=18)	Jugend- U-Haft (n=23)
<b>Alter (MW±SD)</b>	27,4±11,3	33,7±10,5	35,8±12,0	20,4±2,6	18,1±1,9
<b>Nationalität (%)</b>					
Deutsch	82,6	92,0	80,0	83,3	73,9
Andere	17,4	8,0	20,0	16,7	26,1
<b>Ehe aktuell oder früher (%)</b>	18,8	28,0	42,1	0	4,3
<b>Eigene Kinder (%)</b>	32,6	36,0	60,0	22,2	13,0
<b>Schulbildung (%)</b>					
Kein Abschluss	40,6	16,7	18,8	80,0	50,0
Förderschulabschluss	4,3	0	0	0	15,0
Hauptschulabschluss	34,8	44,4	37,5	20,0	35,0
Realschulabschluss	11,6	27,8	18,8	0	0
Abitur	8,7	11,1	25,0	0	0
<b>Berufstätigkeit vor Haft (%)</b>	41,0	45,8	63,2	38,9	18,9

### 3. Ergebnisse

Zum Zeitpunkt der Beantwortung der Fragebögen waren die Gefangenen im Schnitt seit 2,2 Monaten inhaftiert (**Tabelle 2**). Für 53,5% war dies die erste Inhaftierung. Hier ergab sich ein Kontrast zwischen den Strafgefangenen und den Untersuchungshäftlingen. Dies ist durch die Zuweisungspraxis innerhalb Schleswig-Holsteins zu erklären, nach der die JVA Neumünster in der Strafhaft in der Regel Ersttäter aufnimmt. Bei der Untersuchungshaft wird keine solche Unterscheidung gemacht. Etwa 60% der Gefangenen waren als Jugendliche, etwa 50% als Erwachsene vorbestraft.

**Tabelle 2: Haftspezifische Merkmale der Stichprobe**

	<b>Gesamt (n=88)</b>	<b>Erw.- Strafhaft (n=27)</b>	<b>Erw.- U-Haft (n=20)</b>	<b>Jugend- Strafhaft (n=18)</b>	<b>Jugend- U-Haft (n=23)</b>
Aktuelle Haftdauer (MW±SD in Monaten)	2,2±3,6	3,4±4,6	1,6±2,4	2,3±3,4	1,0±2,6
Erstmalige Inhaftierung (%)	53,5	60,0	40,0	66,7	47,8
<b>Bei vorheriger Inhaftierung:</b>					
Alter erste Haft (MW±SD in Jahren)	19,0±5,7	22,3±6,7	20,8±7,6	16,3±1,2	16,3±1,0
Anzahl Inhaftierungen (MW±SD)	2,6±2,3	2,1±1,4	4,1±3,6	1,8±0,8	1,9±0,9
Haftdauer Lebenszeit (MW±SD in Monaten)	33,0±59,0	16,1±23,3	83,3±89,2°	6,8±8,1	11,0±9,8
Vorbestraft als Jugendlicher (%)	60,7	52,0	36,8	88,2	69,6
Vorbestraft als Erwachsener (%)	48,6	79,2	60,0	28,6	6,3

°Reichweite von 5-300 Monaten. Von 11 bisher inhaftierten Personen hatten 4 Haftzeiten über 100 Monate.

### **3.3. Delikte**

Die Delikte, aufgrund derer die Inhaftierung bestand – also Anlassdelikte bei den Strafhäftlingen beziehungsweise vorgeworfene Delikte bei den Untersuchungshäftlingen – wurden in zwölf Kategorien erfasst (**Tabelle 3**). Die häufigste Kategorie war der Diebstahl (28 Fälle), gefolgt von der Körperverletzung (25 Fälle) und von Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) (18 Fälle). Insbesondere in den Bereichen Diebstahl und Raub/Erpressung waren im Vergleich deutlich mehr Fälle bei den jugendlichen und heranwachsenden Gefangenen zu finden. Bei den



erwachsenen Gefangenen wiederum waren mehr Verkehrsdelikte und Verstöße gegen das BtMG ersichtlich.

Durch Mehrfachnennungen gaben die 88 Probanden insgesamt 147 Delikte an. Die Anzahl der Delikte lag im Schnitt bei 1,7; am geringsten war die Deliktzahl bei den erwachsenen Strafgefangenen mit 1,2.

Anhand der angegebenen Delikte wurde eine Unterteilung der Gefangenen in die Deliktkategorien „Sexualstraftaten“, „Gewaltstraftaten“, „Gewalt- und Sexualstraftaten“, „Reine Eigentumsdelikte“ und „Andere Delikte“ durchgeführt. Dabei wurden bei mehreren vorliegenden Delikten jeweils die Sexual- bzw. Gewaltstraftaten vorrangig gewichtet. Über ein Drittel der Probanden war aufgrund von Gewaltdelikten inhaftiert. Gewaltstraftaten waren die häufigste Kategorie im Jugendbereich.

**Tabelle 3: Delikte, die zur Inhaftierung führten**

	Gesamt (n=88)	Erw.- Strafhaft (n=27)	Erw.- U-Haft (n=20)	Jugend- Strafhaft (n=18)	Jugend- U-Haft (n=23)
Mord/Totschlag	5	0	2	3	0
Raub/Erpressung	16	1	3	4	8
Körperverletzung	25	6	4	8	7
Brandstiftung	2	0	0	1	1
Diebstahl	28	4	5	8	11
Betrug	15	3	4	4	4
Vergewaltigung/sex. Nötigung	6	1	2	2	1
Sexueller Missbrauch	5	1	1	2	1
Verkehrsdelikt	9	4	3	2	0
Verstoß gegen BtMG	18	5	7	5	1
Urkundenfälschung	5	1	1	2	1
Sonstiges	13	3	1	4	5
Anzahl Delikte (MW±SD)	1,7±1,3	1,2±0,4	1,7±0,9	2,5±2,3	1,7±0,9
<b>Probanden je Deliktkategorie</b>					
Sexualstraftaten	7	1	2	3	1
Gewaltstraftaten	32	6	6	9	11
Gewalt- und Sexualstraftaten	3	1	1	1	0
Reine Eigentumsdelikte	17	3	4	3	7
Andere Delikte	26	13	7	2	4

Absolute Zahlen der Delikte, Mehrfachnennungen waren erlaubt. Fehlende Angaben zu 3 Probanden.

### 3.4. Prävalenz psychischer Störungen nach PHQ-D

Bei 67,0% aller Gefangenen konnte mittels PHQ-D zumindest eine psychiatrische Störung festgestellt werden (**Tabelle 4; Abb. 1**). Die höchste Prävalenz lag bei den erwachsenen Untersuchungshäftlingen vor, die niedrigste bei den erwachsenen Strafhäftlingen (75,0% bzw. 55,6%). Dies zeigt eine große Diskrepanz zwischen diesen beiden Haftarten im Erwachsenenbereich, wohingegen im Jugendbereich kein relevanter Unterschied festzustellen war.

Mit 48,9% war knapp die Hälfte aller Gefangenen von einer affektiven Störung betroffen. Von diesen Störungen entsprachen immerhin 33,0% einem *Major Depressiven Syndrom*. Die heranwachsenden Gefangenen wiesen bei dieser Störung mit 38,9% (Strafhaft) bzw. 39,1% (Untersuchungshaft) eine deutlich höhere Prävalenz auf als die erwachsenen Gefangenen mit 29,6% (Strafhaft) bzw. 25,0% (Untersuchungshaft). Am geringsten belastet erschienen die erwachsenen Strafhäftlinge mit einer Gesamtprävalenz affektiver Störungen von 40,7%.

**Tabelle 4: Prävalenz psychischer Störungen**

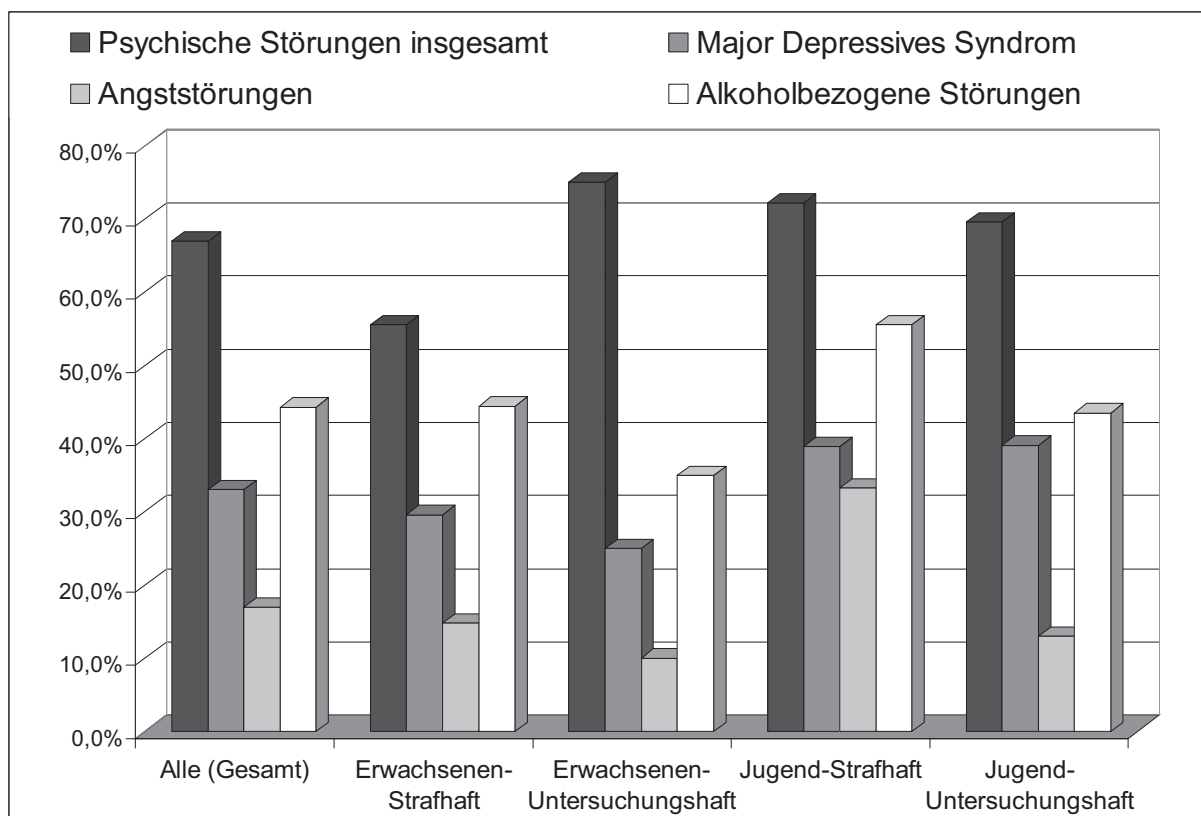
	<b>Gesamt (n=88)</b>	<b>Erw.- Strafhaft (n=27)</b>	<b>Erw.- U-Haft (n=20)</b>	<b>Jugend- Strafhaft (n=18)</b>	<b>Jugend- U-Haft (n=23)</b>
<b>Irgendeine Diagnose (%)</b>	67,0	55,6	75,0	72,2	69,6
davon Klin. Manifeste Diagnosen	38,6	33,3	30,0	50,0	43,5
nur Subklinische Diagnosen	28,4	22,2	45,0	22,2	26,1
<b>Irgendeine affekt. Störung</b>	48,9	40,7	45,0	55,6	56,5
Major Depressives Syndrom	33,0	29,6	25,0	38,9	39,1
Anderes Depressives Syndrom	15,9	11,1	20,0	16,7	17,4
<b>Irgendeine Angststörung</b>	17,0	14,8	10,0	33,3	13,0
Paniksyndrom	6,8	7,4	5,0	11,1	4,3
Anderes Angstsyndrom	12,5	11,1	5,0	22,2	13,0
<b>Alkoholsyndrom</b>	44,3	44,4	35,0	55,6	43,5
<b>Irgendeine Essstörung</b>	6,8	3,7	10,0	11,1	4,3
„Binge-Eating“-Störung	4,5	3,7	5,0	5,6	4,3
Bulimia nervosa	2,3	0	5,0	5,6	0
<b>V.a. Somatoforme Störung</b>	15,9	14,8	25,0	22,2	4,3

Angaben in %. Der Verdacht auf Somatoforme Störung wurde als Subklinische Diagnose gewertet.

Angststörungen fanden sich bei 17,0% aller Gefangenen. Bei diesen Störungen überwog die Diagnose des *Anderen Angstsyndroms* mit 12,5% gegenüber 6,8% beim *Paniksyndrom*. Am stärksten betroffen waren hier die Jugend-Strafhäftlinge, von denen ein Drittel eine Angststörung aufwies.

Die für sich genommen häufigste PHQ-Diagnose war das *Alkoholsyndrom*. Bei 44,3% der Häftlinge ließ sich eine alkoholbezogene Störung diagnostizieren. Unterschiede zeigten sich hier insbesondere zwischen den erwachsenen Untersuchungshäftlingen, bei denen gut ein Drittel betroffen war, und den jugendlichen und heranwachsenden Strafhäftlingen, von denen deutlich über die Hälfte diese Störung aufwies.

Die niedrigste Prävalenz war bei den Essstörungen zu sehen, die bei insgesamt 6,8% der Gefangenen zu finden waren. In den Untergruppen waren nur einzelne Personen betroffen.



**Abb. 1: Die Prävalenz der häufigsten PHQ-D-Diagnosen**

Nach Haftart geordnet ergab sich ein ähnliches Verteilungsmuster für psychiatrische Störungen insgesamt, das Major Depressive Syndrom, die Angststörungen und die Alkoholbezogenen Störungen. Im Vergleich zur Gesamtheit (ganz links) können unter- wie überdurchschnittliche Ergebnisse in den einzelnen Untergruppen erkannt werden. So waren die erwachsenen Untersuchungshäftlinge trotz des höchsten Schnitts an Diagnosen überhaupt nur unterdurchschnittlich häufig von den hier gezeigten Diagnosen betroffen.

Die Verdachtsdiagnose einer *Somatoformen Störung* konnte bei 15,9% der Gefangenen gestellt werden. Der PHQ-D kann jedoch lediglich somatische Beschwerden erfassen, der Ausschluss einer körperlichen Erkrankung muss zusätzlich erfolgen. Der Verdacht auf *Somatoforme Störung* wurde für diese Arbeit als Diagnose gewertet.

#### 3.5. Weitere Ergebnisse des PHQ-D

Bei den Probanden mit mindestens einer psychischen Störung lag die Anzahl der Diagnosen bei durchschnittlich 2,0 (**Tabelle 5**). Die Höchstzahl möglicher Diagnosen nach PHQ-D liegt wie bereits aufgeführt (s. Seite 11) bei sechs. Die Komorbidität war in der Strafhaft (2,2 bei Erwachsenen und 2,5 bei Jugendlichen und Heranwachsenden) höher als in der Untersuchungshaft (1,7 bei Erwachsenen und 1,8 bei Jugendlichen und Heranwachsenden).

Hinsichtlich des PHQ-15 (Score für somatische Beschwerden) zeigten die Gefangenen in Erwachsenen-Untersuchungshaft die höchste Belastung und diejenigen in Jugenduntersuchungshaft die geringste. Dabei ist zu bedenken, dass diese Gefangenengruppen jeweils den höchsten bzw. den niedrigsten Altersschnitt hatten.

**Tabelle 5: Komorbiditäten und Summenscores nach PHQ-D**

	Gesamt (n=88)	Erw.- Strafhaft (n=27)	Erw.- U-Haft (n=20)	Jugend- Strafhaft (n=18)	Jugend- U-Haft (n=23)
<b>Probanden <math>\geq</math> 1 Diagnose (%)</b>	67,0	55,6	75,0	72,2	69,6
davon: Anzahl Diagnosen	2,0 $\pm$ 1,1	2,2 $\pm$ 1,2	1,7 $\pm$ 1,0	2,5 $\pm$ 1,3	1,8 $\pm$ 0,8
<b>PHQ-15-Score (0-30; MW<math>\pm</math>SD)</b>	7,6 $\pm$ 5,7	7,7 $\pm$ 6,4	9,1 $\pm$ 7,2	7,8 $\pm$ 5,1	6,1 $\pm$ 3,3
<b>PHQ-9-Score (0-27; MW<math>\pm</math>SD)</b>	10,6 $\pm$ 6,0	9,5 $\pm$ 6,1	9,7 $\pm$ 5,7	13,2 $\pm$ 6,2	10,7 $\pm$ 5,5
<b>Stress-Score (0-20; MW<math>\pm</math>SD)</b>	6,7 $\pm$ 4,2	6,5 $\pm$ 4,3	8,9 $\pm$ 3,1	4,7 $\pm$ 4,1	6,4 $\pm$ 4,1

Der Depressivitätsscore (PHQ-9) lag im Schnitt bei knapp über 10 Punkten. Am höchsten war dieser Wert mit gut 13 Punkten bei den Strafhaftlingen im Jugendbereich. Die Werte der übrigen Haftarten zeigten dahingegen kaum Unterschiede. Sowohl im PHQ-9 als auch im PHQ-15 gelten Werte größer als 10 Punkte als klinisch relevant.

Im Stress-Score zeigte sich jeweils für die Untersuchungshäftlinge eine erhöhte Belastung gegenüber den Strafgefangenen. Insgesamt bewegten sich die Stresswerte der erwachsenen Gefangenen in einem höheren Bereich.

Hinsichtlich der größten Belastungsfaktoren gab es klare Unterschiede zwischen den Haftgruppen. Für die Auswertung von Item 14 (Frage: „Was belastet Sie zur Zeit in Ihrem Leben am meisten?“ und Antwort im Freitext) wurden die Antworten in Kategorien eingeteilt und deren Häufigkeit ausgewertet (**Tabelle 6**).

**Tabelle 6: Belastung und Suizidalität**

	Gesamt (n=88)	Erw.- Strafhaft (n=27)	Erw.- U-Haft (n=20)	Jugend- Strafhaft (n=18)	Jugend- U-Haft (n=23)
<b>Größte Belastung [14] (%)</b>					
Inhaftierung/Haftbedingungen	31,1	44,0	10,5	58,3	16,7
Trennung von Bezugspersonen	21,6	16,0	31,6	0	33,3
Finanzielle/Berufliche Sorgen	8,1	16,0	5,3	0	5,6
<b>Fehlen Vertrauensperson [12h]</b>					
Nicht beeinträchtigt	35,4	46,2	10,0	60,0	28,6
Wenig beeinträchtigt	29,3	30,8	40,0	13,3	28,6
Stark beeinträchtigt	35,4	23,1	50,0	26,7	42,9
<b>Traumatisierung [13]</b>	22,2	3,8	26,3	33,3	33,3
<b>Medikamenteneinnahme [15]</b>	11,0	15,4	10,0	12,5	5,0
<b>Suizidgedanken [2i]</b>					
Überhaupt nicht	58,1	70,4	57,9	55,6	45,5
An einzelnen Tagen	23,3	22,2	36,8	5,6	27,3
An über der Hälfte der Tage	7,0	3,7	0	11,1	13,6
Beinahe jeden Tag	11,6	3,7	5,3	27,8	13,6
<b>Starke Erschwernis Alltag [11]</b>	24,4	12,0	15,0	33,3	39,1
<b>Subj. Belastung in % (MW±SD)</b>	74,5±25,1	69,8±29,9	82,3±17,4	77,7±19,7	70,0±28,5

Zahl in eckigen Klammern entspricht der Nummer des PHQ-D-Items. Werte für subjektive Belastung durch die Haft entstammen dem soziodemographischen Fragebogen. Für die Angabe „Starke Erschwernis im Alltag“ wurden die Antworten „Relativ stark erschwert“ und „Sehr stark erschwert“ zusammengefasst. Angaben in Prozent sofern nicht anders aufgeführt.

Die drei insgesamt am häufigsten genannten Kategorien (Inhaftierung allgemein und Haftbedingungen; Trennung von Bezugspersonen; Finanzielle beziehungsweise berufliche Sorgen) sind hier aufgeführt. Sie deckten zusammen über 60% aller Personen ab. Hier ist ein klarer Unterschied zwischen den Straf- und den

### 3. Ergebnisse

---

Untersuchungshäftlingen ersichtlich: mit 44,0% (Erwachsene) bzw. 58,3% (Heranwachsende) stellten die Inhaftierung an sich und die Haftbedingungen die wichtigsten Belastungsfaktoren in Strafhaft dar. Bei den Untersuchungshäftlingen lagen diese Werte bei 10,5% bzw. 16,7%.

In der Untersuchungshaft dominierte die Trennung von Bezugspersonen (Familie, Partner, Freunde) bei jeweils einem Drittel der Probanden als größte Belastung. Gestützt wird dies durch das Item 12h des PHQ-D (Beeinträchtigung dadurch, dass man niemanden hat, mit dem man Probleme besprechen kann): 50,0% der erwachsenen Untersuchungshäftlinge und 42,9% der Probanden in Jugenduntersuchungshaft gaben an, hierdurch stark beeinträchtigt zu sein. Die Werte in Strafhaft lagen mit 23,1% bzw. 26,7% deutlich niedriger.

Eine Traumatisierung entsprechend Item 15 (körperliche oder sexuelle Gewalterfahrung im vergangenen Jahr) hatten ein Drittel aller Jugendhäftlinge. Bei den Erwachsenen waren ein Viertel aller Untersuchungshäftlinge und nur knapp 4% der Strafhäftlinge betroffen. Lediglich 11% der Probanden bekamen nach eigenen Angaben eine Medikation gegen Angst, Depression oder Stress.

Knapp ein Fünftel aller Probanden gab an, an mehr als der Hälfte der Tage oder beinahe jeden Tag Suizidgedanken zu haben. Am stärksten waren hier die Jugend-Strafhäftlinge betroffen, von denen fast ein Drittel beinahe jeden Tag Suizidgedanken hatte.

Der diagnostische Teil des PHQ-D schließt mit der Frage, wie stark die bisher beschriebenen Probleme den Alltag erschwert haben. Dies ist unabhängig von den Auswertungs-Algorithmen für die Diagnosen ein Maß dafür, wie stark die tatsächliche Einschränkung durch die psychischen Symptome ist. Immerhin ein Viertel der Probanden gab eine relativ starke bzw. sehr starke Erschwernis an. Mit 33,3% und 39,1% ergab sich hier eine deutliche größere Belastung bei den jugendlichen und heranwachsenden Probanden als bei den Erwachsenen (12,0% bzw. 15,0%).

Die im soziodemographischen Fragebogen erfasste subjektive Belastung durch die Haft lag im Schnitt bei 74,5%. Die stärkste Belastung war hier bei den erwachsenen Untersuchungshäftlingen zu finden, gefolgt von den Jugend-Strafhäftlingen.

Der Vergleich zwischen den beiden letztgenannten Kategorien zeigt, dass die subjektive Belastung durch die Haft nicht direkt mit der Erschwernis im Alltag durch psychische Beschwerden korrelierte. Es ist festzustellen, dass sich die subjektive Belastung nicht automatisch in psychischen Beschwerden niedergeschlagen hat.

### 3.6. PHQ-D-Diagnosen nach Deliktkategorie

Die Probanden der Deliktkategorien „Sexualstraftaten“, „Gewaltstraftaten“, „Gewalt- und Sexualstraftaten“, „Reine Eigentumsdelikte“ und „Andere Delikte“ wurden auf die Häufigkeit von psychiatrischen Diagnosen überhaupt sowie die Prävalenz von Major Depressivem Syndrom, Angststörungen und Alkoholbezogenen Störungen hin untersucht (**Tabelle 7**).

Aufgrund sehr geringer Gruppengrößen können die Kategorien „Sexualstraftaten“ und „Gewalt- und Sexualstraftaten“ nicht aussagekräftig ausgewertet werden. Beim Vergleich der übrigen Kategorien fällt auf, dass die Prävalenz des Major Depressiven Syndroms etwa gleich verteilt war, während die Angststörungen bei den Gewaltstraftätern am seltensten und bei den Probanden mit Eigentumsdelikten am häufigsten nachgewiesen werden konnten.

**Tabelle 7: Die häufigsten PHQ-D-Diagnosen nach Deliktkategorie**

	Sexual- straftaten (n=7)	Gewalt- straftaten (n=32)	Gewalt- und Sexual- straftaten (n=3)	Reine Eigen- tums- delikte (n=17)	Andere Delikte (n=26)
<b>Irgendeine Diagnose</b>	4 (57,1%)	22 (68,8%)	3 (100%)	13 (76,5%)	16 (61,5%)
Major Depressives Syndrom	2 (28,6%)	10 (31,3%)	3 (100%)	5 (29,4%)	9 (34,6%)
Irgendeine Angststörung	0 (0,0%)	3 (9,4%)	2 (66,7%)	5 (29,4%)	5 (19,2%)
Alkoholsyndrom	2 (28,6%)	16 (50,0%)	2 (66,7%)	9 (52,9%)	9 (34,6%)

Angaben stellen die absolute Zahl der Probanden dar. In Klammern der prozentuale Anteil aller Probanden in dieser Deliktkategorie. Jeder Proband kann mehrere Diagnosen haben.

### 4. Diskussion

Ziel dieser Studie war es, eine große und repräsentative Stichprobe von Gefangenen auf psychische Störungen zu untersuchen. Dabei sollten Probanden aller Haftarten, nämlich Insassen des Erwachsenenvollzuges, Untersuchungshäftlinge und Häftlinge des Jugendvollzuges eingeschlossen werden, um die Häufigkeit psychiatrischer Erkrankungen in der JVA Neumünster einschätzen zu können. Weil das für diese Arbeit verwendete Instrument, der PHQ-D-Fragebogen, erstmals für eine Untersuchung von deutschen Häftlingen eingesetzt worden ist, war eine weitere wichtige Fragestellung, ob dieses Erhebungsinstrument über die vorgelegte Studie hinaus einen Nutzen für die medizinische Grundversorgung im Haftalltag haben kann.

Die Ergebnisse deuten auf eine sehr hohe Prävalenz psychischer Störungen in der JVA Neumünster hin: 67% aller Untersuchten wiesen eine aktuell vorliegende psychische Störung auf, im Durchschnitt hatten die Betroffenen zwei Diagnosen. Dabei zeigten sich Unterschiede zwischen den untersuchten Teilpopulationen: bei den Untersuchungshäftlingen war eine Prävalenz von 75% (Jugendliche und Heranwachsende) bzw. 69% (Erwachsene), bei der Gruppe der Jugendstrafgefangenen eine Prävalenz von 72% festzustellen. Die Gesamtprävalenz bei den erwachsenen Strafgefangenen war mit 55% zwar immer noch hoch, aber deutlich niedriger als in den anderen Gruppen. Außerdem zeigte diese Gruppe die geringste subjektive Belastung durch die Haft, die geringste Einschränkung durch die psychischen Beschwerden, die geringste Rate an Traumatisierung sowie die wenigsten Suizidgedanken. Ebenso wiesen die erwachsenen Strafgefangenen im Schnitt weniger Anlassdelikte auf und hatten mehr Gefangene deutscher Nationalität als die anderen Haftgruppen.

Diese Unterschiede können aufgrund der geringen Gruppengrößen aktuell lediglich zur Beschreibung von Trends herangezogen werden. Sie können aber dennoch dazu dienen, Hypothesen für nachfolgende Untersuchungen zu generieren: So wäre z.B. zu überprüfen, ob die Gruppe der Erwachsenen-Strafhäftlinge in der JVA Neumünster etwa wegen der speziellen Auswahlkriterien (Erststraftäter mit einem Strafmaß bis zu fünf Jahren) eine demographisch, deliktspezifisch und hinsichtlich der psychiatrischen Störungen gesonderte Einheit darstellt.



Die Hypothese, dass bei Untersuchungshäftlinge eine generell höhere psychische Belastung gegenüber Strafhäftlingen anzunehmen ist (Blocher et al. 2001), wird in der vorliegenden Untersuchung nur durch die Daten der erwachsenen Gefangenen, nicht aber durch die des Jugendbereiches gestützt.

Die Prävalenzen, die aufgrund dieser Ergebnisse zu vermuten sind, können als außergewöhnlich hoch bezeichnet werden. Dies lässt ein Blick auf Untersuchungen an anderen Bevölkerungsgruppen erkennen. In der Validierungsstudie des PHQ an 3.000 Patienten der medizinischen Grundversorgung (Spitzer et al. 1999) wiesen nur 28% eine psychiatrische Diagnose auf. Noch geringer lag die Rate in der deutschen Allgemeinbevölkerung beim Bundes-Gesundheitssurvey 1998. Hier waren 15,8% der Männer von einer psychischen Erkrankung betroffen (Jacobi et al. 2004). Die in der JVA Neumünster festgestellte Prävalenz liegt somit weit über den Prävalenzraten in der Bevölkerung oder aber bei allgemeinärztlichen Patienten.

#### **4.1. Betrachtung der häufigsten Diagnosen**

##### **4.1.1. Major Depression**

Mit 33% war ein Drittel aller Gefangenen in unserer Untersuchung von einem Major Depressiven Syndrom betroffen. Insbesondere die jugendlichen und heranwachsenden Gefangenen waren mit jeweils knapp 40% stark betroffen, während die erwachsenen Gefangenen bei knapp 30% (Strafgefangene) bzw. 25% (Untersuchungshäftlinge) lagen. Erwartungsgemäß liegt die Prävalenz der Major Depression in der JVA Neumünster damit deutlich über dem der Allgemeinbevölkerung (vergleiche beispielsweise Rief et al. 2004). Allerdings ergibt sich ebenfalls ein klarer Unterschied zu den meisten anderen Studien mit Gefangenen. Mit im Schnitt 33% Betroffenen liegt die Prävalenz etwa dreimal so hoch wie in anderen Untersuchungen (Fazel und Danesh 2002, Schönfeld et al. 2006, Watzke et al. 2006).

Eine Erklärung für diesen gewaltigen Unterschied mag im Design der Studie liegen, das vorsah, die Gefangenen sehr kurz nach Aufnahme in die JVA zu untersuchen. Es ist anzunehmen, dass in dieser Zeit eine eventuelle affektive Belastung durch die Inhaftierung – im Sinne einer Anpassungsstörung („Inhaftierungsschock“) – am stärksten zu messen ist. Ein Untersuchungszeitpunkt, der im Schnitt sechs oder zwölf Monate nach Inhaftierung liegt, könnte dies nicht (mehr) widerspiegeln.

Im Zusammenhang mit der depressiven Symptomatik ist ebenfalls auf die große Häufigkeit von Suizidgedanken hinzuweisen. Beinahe 20% der Gefangenen hatte an über der Hälfte der Tage lebensmüde Gedanken. Ebenso wie die Diagnose der Major Depression liegen diese Ergebnisse oberhalb der zuletzt in deutschen Studien (Schönfeld et al. 2006, Dudeck et al. 2009) erhobenen Werte. Die Gruppen mit der größten Zahl depressiver Diagnosen wiesen auch die höchste Rate an Suizidgedanken auf.

### **4.1.2. Angststörungen**

17% aller Gefangenen in unserer Untersuchung litten unter einer Angststörung. Diese Diagnose wird im PHQ weiter aufgeschlüsselt in *Paniksyndrom* (6,8%) und *Andere Angstsyndrome* (12,5%). Die Gruppe der jugendlichen und heranwachsenden Strafgefangenen war mit einem Drittel aller Häftlinge besonders stark betroffen.

Dies zeigt, dass die Probanden unserer Studie häufiger von Angst- und Panikstörungen betroffen sind als Patienten aus der Allgemeinarztpraxis (Spitzer et al. 1999) oder in der Allgemeinbevölkerung (Rief et al. 2004). Andere Studien bei Gefangenen kommen zu ähnlichen Prävalenzraten (von Schönfeld et al. 2006, Dudeck et al. 2009). Damit ist die Häufung von Angsterkrankungen unter Strafgefangenen inzwischen als empirisch robust anzusehen. Der inhaltliche Zusammenhang zwischen Angststörungen und Delinquenz bleibt aber unklar und sollte Gegenstand weiterer Untersuchungen sein.

### **4.1.3. Alkoholsyndrom**

Für sich genommen die häufigste Diagnose in unserer Untersuchung war das Alkoholsyndrom mit 44,3%. Während die erwachsenen Strafhäftlinge mit 44,4 % und die jugendlichen und heranwachsenden Untersuchungshäftlinge mit 43,5 % hinsichtlich der Prävalenz etwa im Durchschnitt lagen, ergab sich eine deutliche Abweichung vom Durchschnittswert bei den Jugend-Strafhäftlingen mit 55,6% und bei den Erwachsenen-Untersuchungshäftlingen mit 35,0%.

Erwartungsgemäß lagen die Prävalenzraten für alkoholbezogene Störungen ebenso wie die für Major Depression und Angststörungen deutlich über denen der Allgemeinbevölkerung (Spitzer et al. 1999, Jacobi et al. 2004). Im Vergleich zu internationalen Studien (Fazel et al. 2006) ergab sich eine höhere Prävalenz, während die Daten im Vergleich zu den jüngeren deutschen Studien eher im

mittleren Bereich anzusiedeln sind (Schönfeld et al. 2006, Watzke et al. 2006, Dudeck et al. 2009). Die sehr hohen Prävalenzraten aus vorherigen Untersuchungen an der JVA Neumünster (Huchzermeier et al. 2006b) beziehen sich auf die stark selektierte Population der Gewaltstraftäter in einem Therapieprogramm, welche nur sehr eingeschränkt mit der Gesamtheit aller Gefangenen vergleichbar ist. Alles in allem weist die empirische Datenlage auf einen engen Zusammenhang von Delinquenz und Alkoholkonsum hin. Ob Alkohol jedoch direkt eine delinquenzbegründende Rolle einnimmt oder lediglich eine moderierende Variable in Abhängigkeit von weiteren psychischen Faktoren darstellt, muss in nachfolgenden Studien geklärt werden.

#### **4.2. Aktuelle deutsche Studien**

Zu dem Zeitpunkt, als diese Studie geplant und durchgeführt wurde, existierten kaum Daten zur Prävalenz psychischer Störungen bei Gefangenen in Deutschland. Es sei jedoch noch auf drei Arbeiten hingewiesen, die seit Beginn dieser Untersuchung erstellt wurden:

Die erste ist eine Stichtagsuntersuchung über die Insassen der JVA Bielefeld, die speziell die Prävalenz psychischer Störungen bei weiblichen Gefangenen im Vergleich zur Prävalenz bei männlichen Gefangenen im Blick hatte (Schönfeld et al. 2006). Bei der Untersuchung mittels SKID-I und II zeigte sich, dass 88,2% der Probanden (weiblich und männlich) zumindest eine Achse-I-Störung oder eine Achse-II-Störung aufwiesen. Einzeln betrachtet hatten 83,5% eine Achse-I und 53,2% eine Achse-II (also Persönlichkeits-)Störung; bei der reinen Häufigkeit der Störungen ergab sich kein Geschlechterunterschied. In dieser Studie waren mit 76 Männern und 63 Frauen die untersuchten Stichproben verhältnismäßig klein, und es gab eine hohe Rate von Probanden, die nicht in die Studie eingeschlossen werden konnten. So wären bei den Frauen insgesamt 105, bei den Männern insgesamt 197 Personen für die Studie in Frage gekommen.

Die zweite Studie beschäftigt sich ebenfalls mit Geschlechtsunterschieden hinsichtlich der Prävalenz psychischer Erkrankungen, analysiert darüber hinaus jedoch ebenfalls Zusammenhänge zwischen den Straftaten die zur Inhaftierung führten und den psychiatrischen Diagnosen (Watzke et al. 2006). Mit insgesamt 415 Personen wurde ein großes Sample anhand von Instrumenten untersucht, die auf dem ICD-10 basieren. Die Gesamtprävalenz psychischer Störungen lag bei 70,6%.

Signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern ließen sich insbesondere bei den alkoholbezogenen Störungen (47,6% bei den Männern gegenüber 26,5% bei den Frauen) und den depressiven Störungen (12,2% der Frauen, 3,3% der Männer) zeigen. Beim Vergleich zwischen Gewaltstraftätern und Nicht-Gewaltstraftätern zeigte sich ebenfalls bezüglich der alkoholbezogenen Störungen ein signifikanter Unterschied (54,2% bei Gewaltstraftätern und 33,7% bei Nicht-Gewaltstraftätern). Es ist jedoch unklar, wie repräsentativ diese Daten sind, da keine klaren Kriterien für die Auswahl der Probanden und auch keine Angaben über die Nicht-Teilnehmer aufgeführt sind.

Die dritte Untersuchung konzentriert sich auf Gefängnisinsassen mit einer Kurzzeitstrafe – also Gefangene mit einem Strafmaß von bis zu drei Jahren (Dudeck et al. 2009). In ihrer Stichprobe aus der JVA Stralsund mit insgesamt 102 Personen sahen die Autoren eine Punktprävalenz von 52% für irgendeine Achse-I-Störung; die Lebenszeitprävalenz lag bei 83,3%. Führend waren substanzbezogene Störungen (34,4% Punktprävalenz bzw. 63,7% Lebenszeitprävalenz) und Angststörungen (16,7% und 22,5%). Auch hier ist die Generalisierbarkeit der Daten jedoch eingeschränkt, da nur ein kleines Sample mit einem eingeschränkten Strafmaß untersucht wurde.

Ein Vergleich der Ergebnisse dieser Studien mit unseren Daten ist nur mit Einschränkung möglich, da einerseits das Diagnosespektrum des PHQ im Vergleich zu anderen Instrumenten begrenzt ist und andererseits auch die Validität der Diagnosen des PHQ im Vergleich mit anderen klinischen Verfahren insbesondere bei dieser Population unzureichend untersucht ist. Unter diesem Vorbehalt ist festzustellen, dass die Prävalenz einzelner psychischer Störungen in einer ähnlicher Größenordnung liegt wie in den referierten Studien. Auch mit der einzigen PHQ-Studie an (heranwachsenden) Gefangenen ergibt sich eine hohe Deckung, Domalanta et al. (2003) fanden mittels PHQ bei 60% der Untersuchten eine psychische Störung.

### **4.3. Eignung des PHQ-D für den Haftalltag**

Nach den Erfahrungen in der vorgelegten Studie stellt der PHQ ein sinnvolles Instrument dar, um ein Screening auf die häufigsten psychischen Störungen in Haft durchzuführen. Insbesondere wird durch den PHQ eine standardisierte Untersuchung auf psychische Störungen ermöglicht, die nach nationaler und internationaler

Studienlage bei Gefangenen gehäuft zu erwarten sind (Fazel und Danesh 2002, Fazel et al. 2006, Schönfeld et al. 2006).

Ungünstig erscheint allerdings, dass einige psychische Störungen, die für Häftlinge relevant sein könnten, nicht berücksichtigt werden. So werden z.B. vom PHQ psychotische Störungen nicht und neben alkohol- keine weiteren substanzbezogenen Störungen erfasst. Eine mögliche Lösung für dieses Problem wäre, den PHQ zusammen mit anderen Screening-Fragebögen zu den Themen Psychose, Sucht und Missbrauch von Substanzen auszugeben. Langfristig wäre die Entwicklung von Instrumenten speziell für das Screening auf psychische Störungen bei Gefangenen zu erwägen, wie es in den Vereinigten Staaten bereits geschieht (Steadman et al. 2005, Ford et al. 2009).

Der große Vorteil des PHQ liegt darin, psychische Störungen in der allgemeinärztlichen Versorgung schnell und effizient zu diagnostizieren (Spitzer et al. 1999). In der Originalstudie mit 3.000 Patienten brauchten die Ärzte in 85% der Fälle weniger als drei Minuten, um den Fragebogen durchzugehen. Ein wichtiges Argument für den Einsatz des PHQ in Justizvollzugsanstalten ist daher angesichts des sehr niedrigen Personalschlüssels im ärztlichen Bereich die Möglichkeit, mit geringem Zeitaufwand die psychischen Belastungen der Gefangenen und den daraus resultierenden psychiatrischen Behandlungsbedarf abzuschätzen, der ansonsten ähnlich wie in Allgemeinarztpraxen leicht übersehen werden könnte. Spitzer et al. stellten in ihrer Validierungsstudie (1999) fest, dass bei 46% der Patienten die psychiatrischen Diagnosen erst anhand des PHQ gestellt wurden, also ansonsten unentdeckt geblieben wären. Die Vorlage des PHQ könnte entweder standardisiert bei der Eingangsuntersuchung oder bei Verdacht auf eine psychische Belastung erfolgen. Somit könnte der Anstaltsarzt als Erstbehandler beispielsweise aufgrund bestimmter Skalenwerte bereits selbsttätig ein klinisches Interview zur Sicherung der psychiatrischen Diagnose einleiten oder aber den psychiatrischen Konsildienst hinzuziehen. Anhand der dimensionalen Informationen (beispielsweise des PHQ-9) könnte auch das Ansprechen auf die Behandlung kontrolliert werden (Löwe et al. 2004b).

### **4.4. Limitationen**

Die Zahl der Gefangenen blieb mit 287 Personen deutlich hinter zuvor getätigten Schätzungen zurück, die für den Zeitraum von einem Jahr bis zu 1.000 Personen

hatten erwarten lassen. Damit konnte das Ziel dieser Arbeit, nämlich eine repräsentative Stichprobe von Gefangenen aller Haftarten der JVA Neumünster zu untersuchen, nicht erreicht werden. Zwar wurde durch den konsekutiven Einschluss von neu aufgenommenen Gefangenen eine zufällige Auswahl gewährleistet. Die geringe Probandenzahl und der geringe Rücklauf führten jedoch dazu, dass die Gruppengrößen zu klein für aussagekräftige Vergleiche wurden. Auch konnten Probanden nur über den Zeitraum von sieben Monaten (von Ende März bis Ende Oktober 2006) eingeschlossen werden. Die Begründung für diese Einschränkung lag in internen organisatorischen Bereichen der JVA, die vom Untersucher nicht zu beeinflussen waren.

Um eine möglichst hohe Rate an Rückmeldungen dieser Stichprobe zu erreichen, wurden nach Möglichkeit alle Probanden persönlich aufgesucht, die nach einer bestimmten Zeit noch keine Antwort eingesandt hatten. Trotz dieses zusätzlichen persönlichen Kontakts sind lediglich 95 Fragebögen eingegangen, von denen letztendlich 88 auswertbar waren. Bemerkenswert ist, dass ein großer Teil der Häftlinge bereits entlassen oder verlegt war, bevor dieser zweite Kontakt erfolgen konnte. Der Entlassungs- oder Verlegungszeitpunkt war für den Untersucher nicht abzusehen – ein ähnliches Phänomen beschreiben Schönfeld et al. (2006) für ihre Studie in der JVA Bielefeld. Anzunehmen ist, dass zumindest ein Teil der schnell entlassenen beziehungsweise verlegten Gefangenen nach dem zweiten Kontakt einen Fragebogen abgegeben beziehungsweise geschickt hätte. Dies könnte darauf hindeuten, dass insbesondere Personen mit sehr kurzer Haftdauer unterrepräsentiert sind.

Im Allgemeinen lässt sich sagen, dass bei Untersuchungen in Justizvollzugsanstalten eine geringe Beteiligung oder aber hohe Ausfallraten keine Ausnahme darstellen (Blocher et al. 2001, Schönfeld et al. 2006). Dies schränkt die Repräsentativität der so erhobenen Daten deutlich ein. Vorstellbar ist beispielsweise, dass sich vornehmlich Menschen mit hoher psychischer Belastung beteiligt haben, die einen klaren Bezug zu den im Fragebogen geschilderten Beschwerden aufbauen konnten. Folgt man dieser Interpretation, wären Personen mit geringerem Leidensdruck eher weniger angesprochen und damit in der Folge unterrepräsentiert. So könnte fälschlicherweise eine übermäßig hohe Prävalenz psychischer Störungen gemessen werden.

Zwei potentielle Gründe für die geringe Zahl an Rückmeldungen seien gesondert genannt: Zum einen erfolgte die Verteilung der Fragebögen über die Anstaltsärztin und nicht über externe Mitarbeiter. Möglich ist, dass die Gefangenen den Fragebogen dadurch enger mit der „Institution JVA“ in Verbindung brachten, als dies bei einem anderen Vorgehen der Fall gewesen wäre. Eine erhöhte Zurückhaltung bei der Preisgabe sehr intimer Daten wäre daher verständlich.

Zum anderen lag aufgrund des Studiendesigns der Zeitpunkt der Befragung direkt zu Beginn der Haft. Dies ist erfahrungsgemäß ein Zeitraum, in dem Gefangene mit einer großen Zahl von neuen Informationen und Eindrücken konfrontiert werden. Abgesehen von der neuen Haftsituation an sich gibt es zahlreiche administrative Angelegenheiten, die geklärt werden müssen und die die Aufmerksamkeit des Gefangenen beanspruchen. Dies könnte bewirken, dass für unsere Gefangenen-gruppe die Bearbeitung des Fragebogens weiter in den Hintergrund getreten ist, als dies bei Personen mit einer längeren Haftdauer der Fall gewesen wäre. Im Gegensatz zu Studien mit Interview-Design existierte kein gesonderter Termin für die Befragung, das Ausfüllen und Versenden des Fragebogens musste aus eigener Motivation geschehen.

Eine weitere Einschränkung liegt darin begründet, dass die Daten über den PHQ-D als Selbstbeurteilungsfragebogen erhoben wurden. Der PHQ-D liefert Diagnosen auf Syndromebene und nicht auf Störungsebene. So lässt sich ein depressives Syndrom zuverlässig erkennen, eine eindeutige nosologische Zuordnung zu einer depressiven Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung, einer bipolaren Störung oder Beschwerden im Rahmen einer Anpassungsstörung ist jedoch ohne zusätzliche Informationen nicht möglich. Eine Unsicherheit ergibt sich ebenfalls bei der *Somatoformen Störung*, weil ein Ausschluss von tatsächlich somatisch kranken Gefangenen nicht erfolgen konnte. Eine gesonderte Kontrolle der PHQ-Ergebnisse durch einen Psychiater konnte in unserer Studie ebenfalls nicht vorgenommen werden. Dabei ist ebenfalls zu beachten, dass Diagnoseinstrumente bei Gefangenenpopulationen eine andere Sensitivität und Spezifität aufweisen können als in der Allgemeinbevölkerung oder bestimmten Patientenkollektiven (Andersen 2004).

Die Aussagekraft unserer Daten bleibt daher auf den aktuellen subjektiv wahrgenommenen Belastungszustand der Probanden beschränkt und führt daher eher zu Verdachts- beziehungsweise Syndromdiagnosen als zu gesicherten Diagnosen.

Insbesondere ein Rückschluss darauf, ob die Beschwerden erst seit Haftbeginn oder seit längerem bestehen ist nicht möglich.

### **4.5. Ausblick**

Die vorliegende Arbeit erweitert und ergänzt die bisher für die JVA Neumünster vorliegenden Daten zur Prävalenz psychischer Störungen. Bereits mehrere Voruntersuchungen in der JVA Neumünster an verschiedenen selektierten Stichproben ergaben sehr hohe Prävalenzen für psychische Störungen bei den Gefangenen, wobei diese entweder nur einer bestimmten Haftart wie der Jugendstrafe entstammten (Köhler et al. 2009) oder Teilnehmer an einem Gewaltstraftäterprogramm waren (Huchzermeier et al. 2006b). Zusammen bewertet mit inzwischen vorliegenden Daten aus anderen Gefangenenpopulationen verdichten sich die Hinweise, dass auch in Deutschland bei inhaftierten Straftätern eine höhere Prävalenz für psychische Störungen festzustellen ist als in der Allgemeinbevölkerung.

Bisher existieren verschiedene Erklärungsansätze für erhöhte Prävalenzraten psychischer Störungen bei Straftätern, die in weiteren Studien überprüft werden müssen.

So ist es vorstellbar, dass Menschen mit einer psychischen Erkrankung überzufällig häufig inhaftiert werden. Dabei könnte die Erkrankung ein Faktor für die Straffälligkeit sein – beispielsweise bei einer Person mit einer Abhängigkeit, die sich das Geld für den Substanzkonsum auf illegalem Wege beschafft. In einer Studie in Texas konnte gezeigt werden, dass psychisch Kranke ein erhöhtes Risiko haben, mehrere Haftstrafen in Folge zu verbüßen (Baillargeon et al. 2009). Bei psychiatrischen Patienten sind besonders Abhängigkeitserkrankungen ein Risikofaktor für gewalttätiges Verhalten – das dann wiederum zu Inhaftierungen führen kann (Steadman et al. 1998). Auch eine deutsche Untersuchung konnte zeigen, dass aus dem Kollektiv der psychisch kranken Straftäter in erster Linie Abhängigkeitserkrankte und Personen mit Persönlichkeitsstörungen erneut straffällig werden (Stadtland und Nedopil 2005). Ob sich ähnliche Zusammenhänge für die Gesamtheit der deutschen Gefangenen ergeben und wie sich die genauen Verbindungen einzelner psychischer Störungen zu den unterschiedlichen Deliktkategorien darstellen, sollte in weiteren Studien untersucht werden. Dabei könnten die in der vorgelegten Arbeit dargestellten Ergebnisse genutzt werden, um spezifische Hypothesen zu generieren.



Ein weiterer Erklärungsansatz für die erhöhte Prävalenz ist, dass die Verhältnisse im Gefängnis selbst krank machen. So haben sich für bestimmte Störungsbilder im Gefängnis eigene Bezeichnungen eingebürgert, wie beispielsweise „Haftreaktion“ oder „Haftpsychose“ (Übersicht in Konrad 2008). Besondere Umstände wie die Ungewissheit in Untersuchungshaft, Resignation bei einer langjährigen Haftstrafe oder allgemein das Gefühl, einer Institution vollständig ausgeliefert zu sein, stellen erhebliche Belastungsfaktoren dar und können insbesondere depressiven Spektrumserkrankungen Vorschub leisten.

Schließlich ist der Umstand zu berücksichtigen, dass seit den 1970er Jahren die stationär-psychiatrischen Behandlungsplätze in Deutschland drastisch reduziert wurden. Es ist möglich, dass eine Verlagerung von schwer kranken Menschen von einer Institution in die andere stattgefunden hat - Konrad (2002) spricht in diesem Zusammenhang von Gefängnissen als den „Neuen Asylen“.

Neben der Frage nach Erklärungen erscheint jedoch insbesondere relevant, wie auf die auch in dieser Studie gefundene hohe Prävalenz psychischer Störungen in Gefängnissen zu reagieren ist. Gefangene befinden sich in einem besonderen Abhängigkeitsverhältnis vom Staat. Dies bedeutet auch, dass der Staat für seine Gefangenen und deren Gesundheit Verantwortung trägt. Nach § 3 StVollzG sind die Lebensbedingungen in Haft denen in Freiheit soweit als möglich anzupassen. Besonders wird darauf hingewiesen, dass schädlichen Folgen der Haft entgegenzuwirken und dass der Vollzug darauf auszurichten ist, dass er dem Gefangenen hilft, sich in das Leben in Freiheit einzugliedern. In §§ 56-66 StVollzG, dem Bereich des Gesetzes zur Gesundheitsfürsorge, wird ausgeführt, dass für die körperliche und geistige Gesundheit des Gefangenen zu sorgen ist. Neben dem klaren Anspruch auf ärztliche Versorgung wird auch die Möglichkeit einer Verlegung in eine andere Anstalt oder ein Krankenhaus genannt, sofern die Krankheit in einer JVA beziehungsweise einer Vollzugsanstalt nicht erkannt oder behandelt werden kann.

Folgt man den gesetzlichen Vorgaben, steht psychisch belasteten und erkrankten Gefangenen also eine Behandlung zu. Um jedoch bei diesen hohen Erkrankungs-raten eine effektive Behandlung gewährleisten zu können, ist eine ausreichende Personalausstattung für diesen Bereich notwendig. Es hat sich bereits in der Kooperation zwischen der JVA Neumünster und der Klinik für Psychiatrie und

Psychotherapie in Kiel bei dem 1999 angelaufenen Gewaltstraftäter-Therapieprogramm gezeigt, dass die geringen therapeutischen Ressourcen schon bei der Behandlung dieses Kollektivs eine starke Selektion erforderlich machten (Huchzermeier et al. 2006b). Für eine angemessene psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung der Haftanstalt wäre also eine deutliche Aufstockung des psychiatrisch geschulten Personals erforderlich.

Nicht zu vergessen ist dabei, dass das maßgebliche Ziel der Haft die Wiedereingliederung in die Gesellschaft ist. Eine über Jahre unbehandelte psychische Erkrankung kann dies erheblich erschweren oder direkt zu erneuter Straffälligkeit führen, wie es unter anderem bei Abhängigkeitserkrankungen und der damit verbundenen Beschaffungskriminalität beinahe regelhaft anzutreffen ist. Der Staat ist in der Pflicht, solche Verläufe durch entscheidende Eingriffe in das System der psychiatrisch-psychotherapeutischen Gefangenversorgung in Deutschland zu verhindern.

## 5. Zusammenfassung

In der vorliegenden Untersuchung wurde ein Screening auf psychische Störungen bei männlichen Gefangenen der Justizvollzugsanstalt Neumünster durchgeführt. Die JVA Neumünster ist in Schleswig-Holstein mit gut 500 Haftplätzen grundsätzlich zuständig für den Vollzug der Untersuchungshaft aus dem Landgerichtsbezirk Kiel und den Erstvollzug von Freiheitsstrafen bis zu fünf Jahren. Angegliedert ist die Jugendanstalt Schleswig (Teilanstalt Neumünster), die zuständig ist für die Vollstreckung von Jugendstrafen vom 14.-24. Lebensjahr und den Vollzug der Untersuchungshaft bis zum 21. Lebensjahr.

Um eine zufällige Auswahl der Probanden zu gewährleisten, wurden über einen Zeitraum von sieben Monaten (März bis Oktober 2006) alle neu in die JVA aufgenommenen Gefangenen in die Studie eingeschlossen. Hierzu zählten erwachsene Straf- und Untersuchungsgefangene sowie Jugendstraf- und Jugenduntersuchungsgefangene. Im Rahmen der innerhalb weniger Tage nach der Aufnahme erfolgenden Eingangsuntersuchung wurden die Probanden erfasst und von der Anstaltsärztin über die Studie aufgeklärt. Den Teilnehmern wurde hierbei ein soziodemographischer Fragebogen sowie der „Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)“ ausgehändigt.

Der PHQ-D, ein gut untersuchtes und international verbreitetes Screening-Instrument für psychische Störungen, wurde in der vorliegenden Arbeit erstmals in Europa für die Untersuchung von Gefangenen eingesetzt. Der ursprünglich für allgemein-ärztliche Patienten entwickelte Fragebogen liefert kategoriale und dimensionale Informationen zu den Bereichen depressive Symptomatik, somatoforme Beschwerden, Angststörungen, Essstörungen und alkoholbezogene Störungen. Zusätzlich werden Angaben über die Gesamtbelastung durch psychische Beschwerden und Belastungsfaktoren erhoben.

Von insgesamt 260 registrierten Probanden haben 88 verwertbare Fragebögen abgegeben. Aufgrund der geringen Gruppengrößen war ein aussagekräftiger Vergleich zwischen den verschiedenen Haftarten nicht möglich.

Nach PHQ-D wiesen 67,0% aller Gefangenen eine psychische Störung auf. Im Schnitt hatten diese Probanden zwei verschiedene Diagnosen. Die häufigste Erkrankung war das Alkoholsyndrom mit 44,3%, gefolgt vom Major Depressiven Syndrom mit 33,0%. Mit 17,0% wies knapp ein Fünftel der Häftlinge eine Angststörung auf.

Hinsichtlich der Belastungsfaktoren ließ sich in einem Bereich ein besonders deutlicher Unterschied zwischen Untersuchungs- und Strafgefangenen feststellen. Als größte Belastung wurde von Untersuchungshäftlingen die Trennung von Bezugspersonen empfunden, während Strafhäftlinge die Haftbedingungen beziehungsweise die Haft an sich als größte Belastung ausmachten.

Ein Viertel der Probanden gab an, in ihrem Leben durch die psychische Symptomatik relativ stark bis sehr stark eingeschränkt zu sein. Für dieses Item des PHQ-D konnte eine starke Korrelation mit einer Reduktion der globalen Funktionsfähigkeit gezeigt werden. Knapp 20% der Probanden hatte an mehr als der Hälfte der Tage oder beinahe jeden Tag Suizidgedanken, in der Gruppe der Jugendstrafgefangenen war dies sogar ein Drittel.

Erwartungsgemäß konnte eine sehr hohe Prävalenz psychischer Störungen festgestellt werden. Die Ergebnisse decken sich dabei mit denen neuerer deutscher Studien. Insbesondere für Angststörungen und alkoholbezogene Störungen kommen andere Autoren zu sehr ähnlichen Ergebnissen. Lediglich die Diagnose des Major Depressiven Syndroms wurde in der vorgelegten Untersuchung deutlich häufiger gestellt als in vergleichbaren Studien. Vorstellbar ist hier ein Verzerrungseffekt dadurch, dass vor allem die sehr belasteten Gefangenen teilgenommen haben. Eine wichtige Besonderheit dieser Arbeit ist jedoch, dass die Gefangenen kurz nach ihrer Aufnahme befragt wurden. So könnte sich in der ausgeprägten depressiven Symptomatik auch der so genannte „Inhaftierungsschock“ widerspiegeln, eine Anpassungsstörung, die gerade zu Beginn der Haft auftreten kann.

Die Erfahrungen aus dieser Studie zeigen, dass ein routinemäßiger Einsatz des PHQ-D einen Zugewinn für die ärztliche Versorgung von Gefangenen darstellen kann. Die schnelle und unkomplizierte Erfassung psychiatrischer Diagnosen – beispielsweise zur Eingangsuntersuchung – ermöglicht bei knappen Ressourcen eine schnelle und gezielte Behandlung psychischer Störungen.

Angesichts sehr hoher Prävalenzen besteht ein hoher Bedarf an psychiatrischen Behandlungsmöglichkeiten. Für das Hauptziel der Haft, die Wiedereingliederung in die Gesellschaft, ist eine angemessene psychiatrische Versorgung während der Haftzeit unabdingbar. Der Staat muss hier seiner Verantwortung gegenüber den Gefangenen gerecht werden und die psychiatrischen Versorgungsstrukturen in den Gefängnissen verbessern.

## 6. Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Organisation. (1987):  
Diagnostic and statistical manual of mental disorders, rev. 3. Ed.  
Washington DC
- American Psychiatric Organisation. (1994):  
Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4. Ed.  
Washington DC
- Andersen, H. S. (2004):  
Mental health in prison populations. A review--with special emphasis on a study of Danish prisoners on remand.  
Acta Psychiatr Scand Suppl, 5-59
- Beck, A. T., Guth, D., Steer, R. A. und Ball, R. (1997):  
Screening for major depression disorders in medical inpatients with the Beck Depression Inventory for Primary Care.  
Behav Res Ther, 35, 785-791
- Blocher, D., Henkel, K., Ziegler, E. und Rösler, M. (2001):  
Zur Epidemiologie psychischer Beschwerden bei Häftlingen einer Justizvollzugsanstalt.  
Recht Psychiatrie, 19, 136-140
- Bundesministerium der Justiz (2009):  
Strafvollzugsgesetz vom 16. März 1976 (BGBl. I S. 581, 2088), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 29. Juli 2009 (BGBl. I S. 2274) geändert worden ist.  
Bonn-Bad Godesberg.
- Domalanta, D. D., Risser, W. L., Roberts, R. E. und Risser, J. M. (2003):  
Prevalence of depression and other psychiatric disorders among incarcerated youths.  
J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 42, 477-484
- Dudeck, M., Kopp, D., Kuwert, P., Drenkhahn, K., Orlob, S., Luth, H. J., Freyberger, H. J. und Spitzer, C. (2009):  
Die Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Gefängnisinsassen mit Kurzzeitstrafe: Ergebnisse aus einer norddeutschen Haftanstalt.  
Psychiatr Prax, 36, 219-224
- Fazel, S. und Danesh, J. (2002):  
Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys.  
Lancet, 359, 545-550
- Fazel, S., Bains, P. und Doll, H. (2006):  
Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review.  
Addiction, 101, 181-191
- Fazel, S., Doll, H. und Långström, N. (2008):  
Mental disorders among adolescents in juvenile detention and correctional facilities: a systematic review and metaregression analysis of 25 surveys.  
J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 47, 1010-1019
- Ford, J. D., Trestman, R. L., Wiesbrock, V. H. und Zhang, W. (2009):  
Validation of a brief screening instrument for identifying psychiatric disorders among newly incarcerated adults.  
Psychiatr Serv, 60, 842-846

- Frädlich, S. und Pfäfflin, F. (2000):  
Zur Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen bei Strafgefangenen.  
Recht Psychiatrie, 18, 95-104
- Goff, A., Rose, E., Rose, S. und Purves, D. (2007):  
Does PTSD occur in sentenced prison populations? A systematic literature review.  
Crim Behav Ment Health, 17, 152-162
- Huchzermeier, C. und Aldenhoff, J. (2002):  
Zum gegenwärtigen Stand der Forensischen Psychotherapie in Deutschland.  
Fortschr Neurol Psychiatr, 70, 374-384
- Huchzermeier, C., Bruß, E., Godt, N. und Aldenhoff, J. (2006a):  
Kiel psychotherapy project for violent offenders - Towards empirically based forensic psychotherapy - disturbance profiles and risk of recidivism among incarcerated offenders in a German prison.  
J Clin Forensic Med, 13, 72-79
- Huchzermeier, C., Bruß, E., Godt, N. und Aldenhoff, J. (2006b):  
Das Kieler Projekt für Gewaltstraftäter.  
Recht Psychiatrie, 24, 134-141
- Johnson, J. G., Harris, E. S., Spitzer, R. L. und Williams, J. B. (2002):  
The patient health questionnaire for adolescents: validation of an instrument for the assessment of mental disorders among adolescent primary care patients.  
J Adolesc Health, 30, 196-204
- Klapow, J., Kroenke, K., Horton, T., Schmidt, S., Spitzer, R. und Williams, J. B. (2002):  
Psychological disorders and distress in older primary care patients: a comparison of older and younger samples.  
Psychosom Med, 64, 635-643
- Köhler, D., Heinzen, H., Hinrichs, G. und Huchzermeier, C. (2009):  
The prevalence of mental disorders in a German sample of male incarcerated juvenile offenders.  
Int J Offender Ther Comp Criminol, 53, 211-227
- Konrad, N. (2002):  
Prisons as new asylums.  
Curr Opin Psychiatry, 15, 583-587
- Konrad, N. (2004):  
Prävalenz psychischer Störungen bei Verbüßern einer Ersatzfreiheitsstrafe.  
Recht Psychiatrie, 23, 147-150
- Konrad, N. (2008):  
Psychiatrische Probleme im Justizvollzug. In: Venzlaff, U., Foerster, K. und Dreßing, H. (Hrsg.), Psychiatrische Begutachtung. Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen, 5., neu bearb. und erw. Aufl., 395-409, Elsevier, Urban & Fischer, München
- Kroenke, K., Jackson, J. L. und Chamberlin, J. (1997):  
Depressive and anxiety disorders in patients presenting with physical complaints: clinical predictors and outcome.  
Am J Med, 103, 339-347
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. und Williams, J. B. (2001):  
The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure.  
J Gen Intern Med, 16, 606-613

- Kroenke, K., Spitzer, R. L. und Williams, J. B. (2002):  
The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms.  
*Psychosom Med*, 64, 258-266
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. und Williams, J. B. (2003):  
The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener.  
*Med Care*, 41, 1284-1292
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. und Löwe, B. (2009a):  
An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4.  
*Psychosomatics*, 50, 613-621
- Kroenke, K., Strine, T. W., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Berry, J. T. und Mokdad, A. H. (2009b):  
The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population.  
*J Affect Disord*, 114, 163-173
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. und Löwe, B. (2010):  
The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review.  
*Gen Hosp Psychiatry*, 32, 345-359
- Löwe, B., Gräfe, K., Zipfel, S., Spitzer, R. L., Herrmann-Lingen, C., Witte, S. und Herzog, W. (2003):  
Detecting panic disorder in medical and psychosomatic outpatients: comparative validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale, the Patient Health Questionnaire, a screening question, and physicians' diagnosis.  
*J Psychosom Res*, 55, 515-519
- Löwe, B., Gräfe, K., Zipfel, S., Witte, S., Loerch, B. und Herzog, W. (2004a):  
Diagnosing ICD-10 depressive episodes: superior criterion validity of the Patient Health Questionnaire.  
*Psychother Psychosom*, 73, 386-390
- Löwe, B., Kroenke, K., Herzog, W. und Gräfe, K. (2004b):  
Measuring depression outcome with a brief self-report instrument: sensitivity to change of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9).  
*J Affect Disord*, 81, 61-66
- Löwe, B., Spitzer, R. L., Gräfe, K., Kroenke, K., Quenter, A., Zipfel, S., Buchholz, C., Witte, S. und Herzog, W. (2004c):  
Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians' diagnoses.  
*J Affect Disord*, 78, 131-140
- Missoni, L., Utting, F. M. und Konrad, N. (2003):  
Psychi(atri)sche Störungen bei Untersuchungsgefangenen.  
*ZfStrVo*, 6, 323-332
- Philbrick, J. T., Connelly, J. E. und Wofford, A. B. (1996):  
The prevalence of mental disorders in rural office practice.  
*J Gen Intern Med*, 11, 9-15
- Rief, W., Nanke, A., Klaiberg, A. und Braehler, E. (2004):  
Base rates for panic and depression according to the Brief Patient Health Questionnaire: a population-based study.  
*J Affect Disord*, 82, 271-276

- Salize, H. J. und Dreßing, H. (2008):  
Epidemiologie und Versorgung psychischer Störungen im europäischen Strafvollzug.  
Psychiatr Prax, 35, 353-360
- Schönfeld, C. E. von, Schneider, F., Schröder, T., Widmann, B., Botthof, U. und Driessen, M. (2006):  
Prävalenz psychischer Störungen, Psychopathologie und Behandlungsbedarf bei weiblichen und männlichen Gefangenen.  
Nervenarzt, 77, 830-841
- Spitzer, R. L., Williams, J. B., Kroenke, K., Linzer, M., deGruy, F. V., 3rd, Hahn, S. R., Brody, D. und Johnson, J. G. (1994):  
Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study.  
JAMA, 272, 1749-1756
- Spitzer, R. L., Kroenke, K. und Williams, J. B. (1999):  
Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study.  
JAMA, 282, 1737-1744
- Spitzer, R. L., Williams, J. B., Kroenke, K., Hornyak, R. und McMurray, J. (2000):  
Validity and utility of the PRIME-MD patient health questionnaire in assessment of 3000 obstetric-gynecologic patients: the PRIME-MD Patient Health Questionnaire Obstetrics-Gynecology Study.  
Am J Obstet Gynecol, 183, 759-769
- Stadtland, C. und Nedopil, N. (2005):  
Psychiatrische Erkrankungen und die Prognose krimineller Rückfälligkeit.  
Nervenarzt, 76, 1402-1411
- Statistisches Bundesamt Deutschland. (2010):  
Bestand der Gefangenen und Verwahrten in den deutschen Justizvollzugsanstalten nach Ihrer Unterbringung auf Haftplätzen des geschlossenen und offenen Vollzugs jeweils zu den Stichtagen 31. März, 31. August und 30. November eines Jahres (Stichtag 31. März 2010).  
Wiesbaden, verfügbar unter  
<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Navigatio n/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Rechtspflege.psml>
- Steadman, H. J., Scott, J. E., Osher, F., Agnese, T. K. und Robbins, P. C. (2005):  
Validation of the brief jail mental health screen.  
Psychiatr Serv, 56, 816-822
- Stewart, A. L., Hays, R. D. und Ware, J. E., Jr. (1988):  
The MOS short-form general health survey. Reliability and validity in a patient population.  
Med Care, 26, 724-735
- United Nations Development Programme. (2008):  
Human Development Report 2007/2008.  
Oxford Univ. Press, New York
- Watzke, S., Ullrich, S. und Marneros, A. (2006):  
Gender- and violence-related prevalence of mental disorders in prisoners.  
Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 256, 414-421
- World Health Organization. (1994):  
International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision.  
Genf



## 7. Anhang

Soziodemographischer Fragebogen: Fragebogen für U-Gefangene  
Fragebogen für Strafgefangene

Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D): Fragebogen  
Kurzanleitung

Danksagung

Lebenslauf

## Fragebogen für U-Gefangene

1. Wie alt sind Sie?  Jahre
2. Sind oder waren Sie verheiratet?  Ja  Nein
3. Haben Sie eigene Kinder?  Ja  Nein, falls **Ja** wie viele?
4. Sind Sie deutscher Staatsbürger?  Ja  Nein, sondern
5. Sind Sie in Deutschland geboren?  Ja  Nein, sondern in
6. Haben Sie einen Schulabschluss?  Ja  Nein, falls **Ja** welchen
7. Haben Sie einen Beruf gelernt?  Ja  Nein, falls **Ja** welchen
8. Waren Sie vor ihrer Inhaftierung erwerbstätig?  Ja  Nein

9. Welche Straftaten werden Ihnen vorgeworfen?  
**(Hier können Sie mehrere Kreuze machen.)**

- |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Mord/Totschlag<br><input type="radio"/> Raub/Erpressung<br><input type="radio"/> Körperverletzung<br><input type="radio"/> Brandstiftung<br><input type="radio"/> Diebstahl<br><input type="radio"/> Betrug | <input type="radio"/> Vergewaltigung/sexuelle Nötigung<br><input type="radio"/> sexueller Missbrauch<br><input type="radio"/> Verkehrsdelikt<br><input type="radio"/> Verstoß gegen BtMG<br><input type="radio"/> Urkundenfälschung<br><input type="radio"/> sonstiges: (Bitte angeben!) ..... |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

10. Halten Sie die Vorwürfe der Staatsanwaltschaft für gerecht?

Ja, absolut  
 Ja, zum größten Teil  
 Nein, nur zu geringen Teilen  
 Nein, überhaupt nicht

11. Wenn es zur Gerichtsverhandlung kommt, mit welchem Urteil rechnen Sie?

Freispruch  
 Bewährungsstrafe oder Geldstrafe  
 Gefängnisstrafe

12. Haben Sie einen Rechtsanwalt an Ihrer Seite?  
 Falls **Ja**, ist Ihr Rechtsanwalt ein Pflichtverteidiger?

Ja  Nein  
 Ja  Nein

13. Wenn es zur Gerichtsverhandlung kommt, wollen Sie ein Geständnis ablegen?

Ja  
 Nein  
 weiß ich noch nicht

14. Seit wann sind Sie aktuell in Haft?

..... Jahre ..... Monate

15. Sind Sie das erste Mal in Haft?  
 Falls **Nein**:

Wie alt waren Sie bei Ihrer ersten Inhaftierung?

Wie oft waren Sie vor der aktuellen Inhaftierung insgesamt in Haft gewesen?  mal

Wie viel Zeit Ihres Lebens ohne die aktuelle Inhaftierung haben Sie bisher in Haft verbracht?  Jahre  Monate

16. Sind Sie als Jugendlicher vorbestraft?

Ja  Nein

17. Sind Sie als Erwachsener vorbestraft?

Ja  Nein

18. Wie stark fühlen Sie sich durch die derzeitige Inhaftierung belastet?

gar nicht belastet sehr stark belastet  
 0% 50% 100%  
 |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|

## Fragebogen für Straf-Gefangene

1. Wie alt sind Sie?  Jahre
2. Sind oder waren Sie verheiratet?  Ja  Nein
3. Haben Sie eigene Kinder?  Ja  Nein, falls **Ja** wie viele?
4. Sind Sie deutscher Staatsbürger?  Ja  Nein, sondern
5. Sind Sie in Deutschland geboren?  Ja  Nein, sondern in
6. Haben Sie einen Schulabschluss?  Ja  Nein, falls **Ja** welchen
7. Haben Sie einen Beruf gelernt?  Ja  Nein, falls **Ja** welchen
8. Waren Sie vor ihrer Inhaftierung erwerbstätig?  Ja  Nein
9. Wegen welchem(n) Delikt(en) sind Sie aktuell inhaftiert?  
**(Hier können Sie mehrere Kreuze machen.)**
  - Mord/Totschlag
  - Raub/Erpressung
  - Körperverletzung
  - Brandstiftung
  - Diebstahl
  - Betrug
  - Vergewaltigung/sexuelle Nötigung
  - sexueller Missbrauch
  - Verkehrsdelikt
  - Verstoß gegen BtMG
  - Urkundenfälschung
  - sonstiges: (Bitte angeben!) .....
10. Wie hoch ist die Strafe?  Jahre  Monate
11. Halten Sie die Höhe der Strafe für gerecht?  
 Ja  
 Nein  
 zum Teil
12. Haben Sie in der Hauptverhandlung ein Geständnis abgelegt?  
 Ja  
 Nein  
 zum Teil
13. Stimmt der im Urteil festgestellte Tathergang Ihrer Überzeugung nach mit der Realität überein?  
 Ja, absolut  
 Ja, zum größten Teil  
 Nein, nur zu geringen Teilen  
 Nein, überhaupt nicht
14. Hatten Sie einen Rechtsanwalt an Ihrer Seite?  
Falls **Ja**, war Ihr Rechtsanwalt ein Pflichtverteidiger?  
 Ja  Nein  
 Ja  Nein
15. Seit wann sind Sie aktuell in Haft?  
 Jahre  Monate
16. Sind Sie das erste Mal in Haft?  
Falls **Nein**:  
Wie alt waren Sie bei Ihrer ersten Inhaftierung?  Jahre  
Wie oft waren Sie vor der aktuellen Inhaftierung insgesamt in Haft gewesen?  mal  
Wie viel Zeit Ihres Lebens ohne die aktuelle Inhaftierung haben Sie bisher in Haft verbracht?  
 Jahre  Monate
17. Sind Sie als Jugendlicher vorbestraft?  Ja  Nein
18. Sind Sie als Erwachsener vorbestraft?  Ja  Nein
19. Wie stark fühlen Sie sich durch die derzeitige Inhaftierung belastet?



# Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)

## 12 Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	Nicht beeinträchtigt	Wenig beeinträchtigt	Stark beeinträchtigt
a. Sorgen über Ihre Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Sorgen über Ihr Gewicht oder Ihr Aussehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Wenig oder kein sexuelles Verlangen oder Vergnügen beim Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Schwierigkeiten mit dem Ehepartner, Lebensgefährten, Freundin/Freund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Belastung durch die Versorgung von Kindern, Eltern oder anderen Familienangehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Stress bei der Arbeit oder in der Schule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Finanzielle Probleme oder Sorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Niemanden zu haben, mit dem man Probleme besprechen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Etwas Schlimmes, das vor kurzem passiert ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Gedanken an schreckliche Ereignisse von früher oder Träume darüber – z. B. die Zerstörung des eigenen Heimes, ein schwerer Unfall, körperliche Gewalt oder eine sexuelle Handlung unter Zwang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 13 Sind Sie im letzten Jahr geschlagen, getreten oder anderweitig von jemandem körperlich verletzt worden oder hat Sie jemand zu einer ungewünschten sexuellen Handlung gezwungen?

NEIN	JA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 14 Was belastet Sie zur Zeit in Ihrem Leben am meisten?

NEIN	JA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 15 Nehmen Sie Medikamente gegen Angst, Depressionen oder Stress?

NEIN	JA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 16 Nur für Frauen: Fragen zum Thema Monatsblutung, Schwangerschaft und Geburt

a. Wodurch wird Ihre Monatsblutung am besten beschrieben?	Keine Monatsblutung ist unregelmäßig geworden bzw. Dauer, Abstand oder Stärke haben sich verändert	Keine Monatsblutung seit mindestens einem Jahr	Monatsblutung bei Hormontherapie (Einnahme von Östrogenen) oder Verhütung durch die Pille
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Haben Sie in der Woche vor dem Beginn Ihrer Monatsblutung ausgeprägte Probleme mit Ihrer Stimmung – z. B. Depressionen, Angst, Reizbarkeit, Aggressivität oder Stimmungsschwankungen?	Keine Monatsblutung	Keine Monatsblutung seit mindestens einem Jahr	Monatsblutung bei Hormontherapie (Einnahme von Östrogenen) oder Verhütung durch die Pille
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Wenn „JA“: Verschwinden diese Probleme am Ende Ihrer Monatsblutung wieder?	NEIN (oder trifft nicht zu)	JA	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Haben Sie während der letzten 6 Monate ein Kind geboren?			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Hatten Sie während der letzten 6 Monate eine Fehlgeburt?			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Haben Sie Schwierigkeiten, schwanger zu werden?			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)

Dieser Fragebogen ist ein wichtiges Hilfsmittel, um Ihnen die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen. Ihre Antworten können Ihrem Arzt helfen, Ihre Beschwerden besser zu verstehen. Bitte beantworten Sie jede Frage, so gut Sie können. Überspringen Sie Fragen bitte nur, wenn Sie dazu aufgefordert werden.

Name: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_ Geschlecht: weiblich  männlich  Datum: \_\_\_\_\_

## 1 Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	Nicht beeinträchtigt	Wenig beeinträchtigt	Stark beeinträchtigt
a. Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüften usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Menstruationsschmerzen oder andere Probleme mit der Menstruation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Schmerzen im Brustbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Herzklopfen oder Herzrasen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 2 Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
a. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitungslesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)

# Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)

## 3 Fragen zum Thema „Angst“

	NEIN	JA
a. Hatten Sie in den letzten 4 Wochen eine Angststattacke (plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 5.</b>		
b. Ist dies bereits früher einmal vorgekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Treten manche dieser Anfälle völlig unerwartet auf – d. h. in Situationen, in denen Sie nicht damit rechnen, dass Sie angespannt oder beunruhigt reagieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Empfinden Sie diese Anfälle als stark beeinträchtigend, und/oder haben Sie Angst vor erneuten Anfällen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4 Denken Sie bitte an Ihren letzten schlimmen Angstanfall.</b>		
a. Bekamen Sie schlecht Luft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Hatten Sie Herzrasen, Herzklopfen oder unregelmäßigen Herzschlag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Hatten Sie Schmerzen oder ein Druckgefühl in der Brust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Haben Sie geschwitzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Hatten Sie das Gefühl zu ersticken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Hatten Sie Hitzewallungen oder Kälteschauer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Würde Ihnen übel, hatten Sie Magenbeschwerden oder das Gefühl, Sie würden Durchfall bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Fühlten Sie sich schwindelig, unsicher, benommen oder einer Ohnmacht nahe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Spürten Sie ein Kribbeln oder hatten Sie ein Taubheitsgefühl in Teilen Ihres Körpers?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Zitterten oder bebten Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Hatten Sie Angst, Sie würden sterben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 5 Wie oft rühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage
a. Nervosität, Ängstlichkeit, Anspannung oder übermäßige Besorgnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Wenn „überhaupt nicht“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 6.</b>			
b. Gefühle der Unruhe, sodass Stillsitzen schwer fällt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Leichte Ermüdbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Muskelverspannungen, Muskelschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Schwierigkeiten beim Ein- oder Durchschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Lesen oder beim Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Leichte Reizbarkeit, Überempfindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 6 Fragen zum Thema „Essen“

	NEIN	JA
a. Haben Sie öfter das Gefühl, Sie könnten nicht kontrollieren, wie viel und was Sie essen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Essen Sie öfter – in einem Zeitraum von 2 Stunden – Mengen, die andere Leute als ungewöhnlich groß bezeichnen würden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Wenn „NEIN“ bei a oder b, gehen Sie bitte zu Frage 9.</b>		
c. Ist dies während der letzten 3 Monate im Durchschnitt mindestens zweimal in der Woche vorgekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 7 Haben Sie während der letzten 3 Monate öfter eine oder mehrere der folgenden Maßnahmen unternommen, um eine Gewichtszunahme zu vermeiden?

	NEIN	JA
a. Sich selbst zum Erbrechen gebracht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Mehr als die doppelte empfohlene Dosis eines Abführmittels eingenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Gefastet, d. h. mindestens 24 Stunden lang nichts gegessen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Mehr als eine Stunde Sport getrieben mit dem ausschließlichen Ziel, nicht zuzunehmen, wenn Sie wie oben beschrieben (6a oder 6b) gegessen haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 8 Wenn Sie bei einer oder mehrerer dieser Maßnahmen, die eine Gewichtszunahme vermeiden sollen, „JA“ angekreuzt haben, kam eine davon im Durchschnitt mindestens zweimal in der Woche vor?

	NEIN	JA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 9 Trinken Sie manchmal Alkohol (einschließlich Bier oder Wein)? Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 11.

## 10 Ist bei Ihnen im Laufe der letzten 6 Monate mehr als einmal eine der folgenden Situationen eingetreten?

	NEIN	JA
a. Sie haben Alkohol getrunken, obwohl Ihnen ein Arzt angeraten hat, aus gesundheitlichen Gründen mit dem Trinken aufzuhören?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Sie haben bei der Arbeit, in der Schule, bei der Versorgung der Kinder oder bei der Wahrnehmung anderer Verpflichtungen Alkohol getrunken, waren angetrunken oder „verkatert“?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Sie sind der Arbeit, der Schule oder anderen Verpflichtungen fern geblieben oder sind zu spät gekommen, weil Sie getrunken hatten oder „verkatert“ waren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Sie hatten Schwierigkeiten, mit anderen auszukommen, weil Sie getrunken hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Sie sind Auto gefahren, nachdem Sie mehrere Gläser Alkohol bzw. zu viel getrunken hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 11 Wenn eines oder mehrere der bisher in diesem Fragebogen beschriebenen Probleme bei Ihnen vorliegen, geben Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu tun, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen:

Überhaupt nicht erschwert	Etwas erschwert	Relativ stark erschwert	Sehr stark erschwert
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Zielsetzung

Der Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D) wurde entwickelt, um die Diagnose der häufigsten psychischen Erkrankungen von Patienten zu erleichtern. Außerdem lassen sich durch ihn somatische und psychosoziale Stressfaktoren erkennen.

### Wer sollte den PHQ-D ausfüllen?

Idealerweise sollte der PHQ-D bei folgenden Patienten verwendet werden: bei allen neuen Patienten, bei allen Patienten, die den Fragebogen in den letzten 12 Monaten nicht ausgefüllt haben, und bei allen Patienten, bei denen der Verdacht auf eine psychische Erkrankung besteht.

### Diagnosestellung

Da sich der Fragebogen ausschließlich auf Selbstauskünfte des Patienten bezieht, müssen die endgültigen Diagnosen durch den behandelnden Arzt überprüft werden. Dabei sollte berücksichtigt werden, wie gut der Patient den Fragebogen verstanden hat. Zusätzlich sind andere wichtige Informationen des Patienten, seiner Familienangehörigen bzw. aus anderen Quellen heranzuziehen.

### Auswertung des PHQ-D

Die Auswertung der Komplettversion des PHQ-D kann mit Hilfe der zugehörigen Schablonen erfolgen. Alternativ ist eine Auswertung ohne Schablone möglich, wenn die auf der Rückseite zusammengestellten Auswertungsalgorithmen befolgt werden (s. auch Tabelle 2 im Manual). Bei der Kurzform ist der Auswertungsalgorithmus zur schnellen Auswertung auch in der Fußzeile des Fragebogens beschrieben, eine Schablone ist deshalb nicht notwendig.

### Zusätzliche klinische Überlegungen

Nach der vorläufigen Diagnosestellung mit Hilfe des PHQ-D müssen weitere Überlegungen angestellt werden, die für die Patientenführung und Therapieentscheidung maßgeblich sind.

- Wurden aktuelle Symptome durch einen/mehrere psychosoziale(n) **Stressfaktor/en** ausgelöst?
- **Wie lang** besteht die momentane Störung, und hat der Patient deswegen bereits eine **Therapie** erhalten?
- In welchem Maße **beeinträchtigen** die Symptome die **beruflichen und sozialen Funktionen und Aktivitäten** des Patienten?
- Gibt es in der **Anamnese** bereits ähnliche Episoden und wurden diese **behandelt**?
- Existiert eine **Familienanamnese** mit ähnlichen Symptomen?

Der PHQ-D basiert auf den diagnostischen Kriterien des "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" der American Psychiatric Association (4. Auflage, DSM-IV). Da in Deutschland häufiger die Kriterien der ICD-10 verwendet werden, sind in der Kurzanleitung die Störungsklassifikationen nach ICD-10 angegeben. Die entsprechenden Klassifikationen nach DSM-IV finden sich in der Tabelle 3 des Manuals. Für einige Störungen werden im PHQ-D nicht alle diagnostischen Kriterien abgefragt, die nach DSM-IV/ICD-10 für ein Vollbild der Störung notwendig wären. Auch diese Störungen werden aufgeführt, da sie für die klinische Beurteilung des Patienten wichtig sein können.



Gesundheitsfragebogen für Patienten

2. Auflage

## Kurzanleitung zur Komplettversion und Kurzform

Autorisierte deutsche Version  
des „PRIME MD Patient Health Questionnaire (PHQ)“

Entwickelt von R.L. Spitzer, J.B.W. Williams, K. Kroenke und Mitarbeitern mit Förderung der Pfizer Inc.

Deutsche Übersetzung und Validierung durch B. Löwe, S. Zipfel und W. Herzog, Medizinische Universitätsklinik Heidelberg.

© 2002 Pfizer

# Anleitung zur Auswertung des Gesundheitsfragebogens (PHQ-D) sowie seiner Kurzversion (Kurzform PHQ-D)

## ICD-10-Diagnosen

## Klinische Bedeutung

## Evaluierte Bereiche

PHQ-D Frage Nr.  
Kurzform PHQ-D Frage Nr.

PHQ-D Frage Nr.	Kurzform PHQ-D Frage Nr.	Evaluierte Bereiche	Klinische Bedeutung	ICD-10-Diagnosen
1a-m		Häufige körperliche Symptome	<b>Somatiformes Syndrom:</b> Mindestens drei der Fragen 1a-m sind mit „stark beeinträchtigt“ beantwortet und adäquate organische Ursachen fehlen.	F45.0 Somatisierungsstörung F45.1 Undifferenzierte Somatisierungsstörung F45.3 Somatoforme autonome Funktionsstörung
2a-i	1a-i	Depressives Syndrom	<b>Major Depressives Syndrom:</b> Fünf oder mehr der Fragen a-i sind mit mindestens „an mehr als der Hälfte der Tage“ beantwortet; unter diesen befindet sich auch Frage a oder b (i wird auch dann mitgezählt, wenn es mit „an einzelnen Tagen“ beantwortet ist).  <b>Andere Depressive Syndrome:</b> Zwei, drei oder vier der Fragen a-i sind mit mindestens „an mehr als der Hälfte der Tage“ beantwortet; unter diesen befindet sich auch Frage a oder b (i wird auch dann mitgezählt, wenn es mit „an einzelnen Tagen“ beantwortet ist).  <b>Häufigstes Ausschlusskriterium:</b> Die depressiven Symptome sind nicht auf einen Missbrauch psychotroper Substanzen oder eine organische psychische Störung zurückzuführen.	F32 Depressive Episode (erstmalig) F32.0: leicht F32.1: mittelgradig F32.2: schwer  F32.9 Nicht näher bezeichnete depressive Episode F33.0: leicht F33.1: mittelgradig F33.2: schwer  F32.9 Nicht näher bezeichnete depressive Episode F33.9 Nicht näher bezeichnete rezidivierende depressive Störung F34.1 Dysthymia
3a-d 4a-k	2a-e	Panikattacken und Angstsymptome	<b>PHQ-D:</b> <b>Paniksyndrom:</b> Bei jeder der Fragen 3a-d ist „JA“ markiert und vier oder mehr der Fragen 4a-k sind mit „JA“ beantwortet.  Kurzform PHQ-D: <b>Paniksyndrom:</b> Jede der Fragen 2a-e ist mit „JA“ beantwortet.	F41.0 Panikstörung F40.01 Agoraphobie mit Panikstörung
5a-g			<b>Andere Angstsyndrome:</b> Frage 5a und drei oder mehr der Fragen 5b-g sind mit „an mehr als der Hälfte der Tage“ beantwortet.	F41.1 Generalisierte Angststörung F41.9 Nicht näher bezeichnete Angststörung
6-8		Essverhalten mit Kontrollverlust und Kompensationsverhalten	<b>Häufigstes Ausschlusskriterium:</b> Die Angstsymptome sind nicht Folge einer körperlichen Störung (z. B. Hyperthyreose), einer organischen psychischen Störung oder der Einnahme psychotroper Substanzen.	F50.2 Bulimia nervosa F50.9 Nicht näher bezeichnete Essstörung (z. B. „Binge-Eating“-Störung)
9-10		Alkoholenuss, -missbrauch und -abhängigkeit	<b>Alkoholsyndrom:</b> Mindestens eine der Fragen 10a-e ist mit „JA“ beantwortet.	F10.1 Alkohol, schädlicher Gebrauch F10.2 Alkohol, Abhängigkeitssyndrom
11	3	Beeinträchtigung der sozialen und beruflichen Funktion	Schweregrad; Notwendigkeit für Therapie	
12a		Besorgnis über die Gesundheit	Wenn diese auch nach aufklärendem Gespräch unrealistisch bleiben, muss an eine Hypochondrie gedacht werden.	F45.2 Hypochondrische Störung
12b		Besorgnis über Körpergewicht und äußeres Erscheinungsbild	Bei Untergewicht muss an eine Anorexia nervosa gedacht werden; bei Normalgewicht an eine Bulimia nervosa. V. a. „Binge-Eating“-Störung bei erhöhtem Körpergewicht. Bei Überbeschäftigung mit einem eingebildeten Defekt kann es sich um eine „körperdysmorphe Störung“ handeln.	
12c		Fehlende Freude am Sex	Kann auf eine sexuelle Funktionsstörung oder eine affektive Störung hinweisen.	
12d-i		Schwierigkeiten mit dem Partner, in der Familie, Stress bei der Arbeit oder in der Schule, finanzielle Probleme, fehlende soziale Unterstützung, andere Stressfaktoren	Mögliche Risikofaktoren für psychische Erkrankungen	
12j		Gedanken an vergangene schreckliche Ereignisse oder Träume darüber	Kann auf eine posttraumatische Belastungsstörung hinweisen.	F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung F43.0 Akute Belastungsreaktion
13		Opfer körperlicher oder sexueller Gewalt in den letzten 12 Monaten	Weist auf eine akute Belastungsreaktion oder eine posttraumatische Belastungsstörung hin; möglicherweise Risikofaktor für andere psychische Erkrankungen. Eine sofortige Intervention kann notwendig werden.	F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung F43.0 Akute Belastungsreaktion
14		Die momentan am stärksten belastende Lebenssituation	Hiermit kann ein bisher noch nicht erfasster Risikofaktor aufgedeckt werden.	
15		Medikation wegen Angst, Depression oder Stress	Weist auf die Wahrscheinlichkeit einer psychischen Erkrankung hin.	
16a		Menstruation	Möglicher Risikofaktor für psychische Erkrankungen	
16b-c		Prämenstruelle Beschwerden	V. a. prämenstruelles dysphorisches Syndrom	

## Danksagung

Zu allererst gilt mein Dank Herrn Prof. Dr. Josef Aldenhoff, der mir die Psychiatrie näher gebracht und mir die Beschäftigung mit dem vorliegenden Thema ermöglicht hat.

Ebenso danke ich herzlich Herrn PD Dr. Christian Huchzermeier, der mir mit freundlichem, geduldigem und sachkundigem Rat während des gesamten Zeitraums zur Seite stand. Ohne seine unermüdliche Unterstützung wäre das Realisieren dieser Doktorarbeit nicht möglich gewesen.

Weiterhin möchte ich Herrn Dipl.-Psych. Nils Godt danken, der mich in der JVA Neumünster direkt unterstützt und mir Hilfestellung bei der Datenerfassung gegeben hat.

Mein Dank gilt ebenfalls dem Personal der JVA Neumünster, allen voran dem Anstaltsleiter, Herrn Alisch, der die Durchführung dieser Arbeit möglich gemacht hat. Weiterhin möchte ich mich herzlich bei der Anstaltsärztin Frau Dr. Scheben-Winkelhog und ihren Mitarbeitern bedanken, die mich bei der Erfassung der Gefangenen tatkräftig unterstützt haben.

Für die Anleitung zur Verwendung medizinischer Datenbanken möchte ich Herrn Dr. Hentschel danken, für die Unterstützung bei statistischen Fragestellungen danke ich Herrn Dipl.-Math. Vollrath.

Des Weiteren bin ich meinen Korrektur-Leserinnen zu großem Dank verpflichtet: Frau Anna Backhus, Frau Dr. Christina Wehling und Frau Janina Hagen.

Schließlich möchte ich meiner Lebensgefährtin, meiner Familie, meinen Freunden und Kollegen dafür danken, dass sie mich verständnisvoll und geduldig in dieser Zeit begleitet haben.



# Lebenslauf

## Angaben zur Person

Lars Hendrik John

Geboren am 31.01.1979 in Oldenburg (Oldenburg)

## Schulbildung

1985 – 1998

Grundschule und Gymnasium

06/1998

Allgemeine Hochschulreife

## Zivildienst

08/1998 – 08/1999

Arbeit im Bereich der Individuellen Schwerstbehindertenbetreuung

## Studium

10/1999 – 05/2006

Studium der Humanmedizin an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

08/2001

Ärztliche Vorprüfung

03/2003

Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

03/2005

Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

05/2006

Dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

## Famulaturen

09/2002 – 10/2002

Institut für Humangenetik, Universität Kiel

08/2003 – 09/2003

Klinik für Allgemeine Innere Medizin, Universität Kiel

03/2004

Klinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Universität Kiel

07/2004 – 08/2004

Klinik für Dermatologie, Universität Kiel

08/2004 – 09/2004

Allgemeinärztliche Praxis, Dr. med. Ursula Hiedl, Kiel

## Praktisches Jahr

04/2005 – 08/2005

Psychiatrie: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Kiel

08/2005 – 11/2005

Innere Medizin: I. Medizinische Klinik, Universität Kiel

11/2005 – 03/2006

Chirurgie: Chirurgische Klinik, Städtisches Krankenhaus Kiel

## Berufliche Tätigkeit

08/2005 – 06/2006

Studentische Hilfskraft am Zentrum für Integrative Psychiatrie

seit 07/2006

Assistenzarzt am Zentrum für Integrative Psychiatrie