

Aus dem Institut für Gerichtliche Psychologie und Psychiatrie
der Universität des Saarlandes, Homburg/Saar

**Substanzkonsum und psychiatrische Morbidität bei Frauen im Strafvollzug-
eine epidemiologische Studie**

Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der medizinischen Fakultät
der UNIVERSITÄT DES SAARLANDES
2012

vorgelegt von: Eva Maria Burg
 geb. am: 06.04.1977 in Saarbrücken

Aus dem Institut für Gerichtliche Psychologie und Psychiatrie
Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg/Saar
Direktor: Prof. Dr. Michael Rösler

Inhaltsverzeichnis

	Seite:
1. <u>Zusammenfassung/Summary</u>	1 bis 4
2. <u>Einleitung</u>	5 bis 17
2.1. Frauen in Haft	5
2.2. Psychische Störungen und Delinquenz bei Frauen	5 bis 7
2.2.1. Drogenkonsum und Straftaten	7
2.3. Untersuchungen in Deutschland	8 bis 10
2.3.1. Die Situation weiblicher Strafgefangener	10 bis 11
2.3.2. Entwicklung der Drogenproblematik	12 bis 12
2.4. Drogenkonsum unter Haftbedingungen	12 bis 14
2.5. Rechtliche Regelung zum Umgang mit BTM-konsumierenden Straftätern	14 bis 16
2.6. Ziele der Arbeit	16 bis 17
3. <u>Methodik</u>	18 bis 27
3.1. Vorbereitung der Untersuchung	18
3.2. Durchführung der Untersuchung	19
3.3. Stichprobenbeschreibung	19 bis 21
3.4. Instrumente	22 bis 26
3.4.1. Diagnostik der psychischen Störungen	22
3.4.1.1. Störungen der Achse I	22
3.4.1.2. Störungen der Achse II	23
3.4.1.3. Störungen durch psychotrope Substanzen	23 bis 24
3.4.2. Intelligenztestung	25
3.4.3. Diagnose von ADHS	25
3.4.3.1. Wender Utah Rating Scale	25 bis 26
3.4.3.2. ADHS-SB	26
3.5. Statistische Analyse	27

4.	<u>Ergebnisse</u>	28 bis 42
4.1.	Prävalenz von Störungen durch psychotrope Substanzen	28
4.1.1.	aktuelle und lifetime-Diagnosen	28 bis 29
4.1.2.	Art der konsumierten Substanzen	29 bis 30
4.2.	Demographische und forensische Variablen	30 bis 31
4.2.1.	Einteilung in Altersklassen	31 bis 32
4.3.	Soziodemographische Parameter	32 bis 33
4.4.	Ergebnisse der Intelligenztestung	33 bis 34
4.5.	Art der begangenen Delikte	34 bis 35
4.6.	Psychische Störungen der Achse I	35 bis 38
4.6.1.	Psychische Störungen der Gesamtpopulation	36
4.6.2.	Komorbidität der Achse I Störungen mit Störungen durch psychotrope Substanzen	36 bis 37
4.6.3.	Komorbidität mit weiteren Achse I Störungen	38
4.7.	Persönlichkeitsstörungen	38 bis 40
4.7.1.	Persönlichkeitsstörungen der Gesamtpopulation	38
4.7.2.	Komorbidität der Persönlichkeitsstörung mit Störungen durch psychotrope Substanzen	39 bis 40
4.8.	Alkoholabhängigkeit und –missbrauch	41 bis 42
4.8.1.	Alkoholkonsum der Gesamtpopulation	41
4.8.2.	Alkoholkonsum und Konsum anderer Substanzen	41 bis 42
4.9.	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)	42
5.	<u>Diskussion</u>	43 bis 51
6.	<u>Literaturverzeichnis</u>	52 bis 59
7.	<u>Danksagung</u>	60
8.	<u>Lebenslauf</u>	61

1. Zusammenfassung

Störungen durch psychotrope Substanzen (SPS), insbesondere der Missbrauch und die Abhängigkeit von Drogen sind von kriminaltherapeutischer Relevanz. Einerseits stellen sie ein behandlungsbedürftiges Krankheitsbild dar. Andererseits ist der Gebrauch von Drogen eng mit Straftatbeständen nach dem Betäubungsmittelgesetz, Beschaffungskriminalität und Gewaltdelikten verknüpft. Suchterkrankungen manifestieren sich meist im Jugendalter und konsolidieren sich im jungen Erwachsenenalter. In der Allgemeinbevölkerung überwiegt das männliche Geschlecht. Hinsichtlich Wirkspektrum, Suchtpotenz, Verbreitung und Austauschbarkeit werden von der WHO verschiedene Substanzgruppen bzw. Prägnanztypen unterschieden. Die diagnostische Einteilung gemäß ICD 10 bzw. DSM erfolgt ebenfalls anhand der entsprechenden Stoffgruppen.

In einer Querschnittsuntersuchung wurden delinquente Frauen der Justizvollzugsanstalt Zweibrücken auf das Vorliegen einer Störung durch illegale psychotrope Substanzen (F11-F19) untersucht. Des Weiteren wurden soziodemographische und forensische Daten erhoben und die Insassinnen wurden mittels standardisierter Verfahren bezüglich weiterer psychischer Störungen untersucht. Probandinnen mit Suchterkrankungen wurden mit einer Gruppe delinquenten Frauen ohne Störungen durch psychotrope Substanzen verglichen.

Es wurden 113 inhaftierte Straftäterinnen, die ihre Bereitschaft zur Teilnahme an der Untersuchung schriftlich erklärt hatten, einer Reihe standardisierter Untersuchungsverfahren unterzogen. Diese umfassten SKID I und SKID II zur Diagnose der psychischen Störungen, einen Fragebogen zur Erhebung soziodemographischer und forensischer Parameter, die Untertests für Allgemeinwissen (AW) und den Mosaiktest (MT) des Hamburg-Wechsler Intelligenztests zur Untersuchung der verschiedenen Intelligenzanteile, sowie die Wender-Utah-Rating-Scale zur retrospektiven Erfassung kindlicher ADHS-Symptomatik und die ADHS-Selbstbeurteilungsskala zur Diagnose von adultem ADHS.

Bei über der Hälfte (52,3 %) der untersuchten Straftäterinnen konnte eine Störung durch psychotrope Substanzen diagnostiziert werden. Am häufigsten wurde eine Abhängigkeit von Opiaten mit 66,1% ermittelt.

Der Vergleich der soziodemographischen und forensischen Angaben mit der Gruppe der Probandinnen ohne SPS ergab, dass die Probandinnen mit SPS zum Zeitpunkt der Untersuchung und zum Zeitpunkt der Erstverurteilung im Mittel zehn Jahre jünger waren als die Probandinnen in der Kontrollgruppe. Außerdem wurde deutlich, dass sie signifikant häufiger wegen Diebstahl verurteilt worden waren, wobei die Probandinnen der Kontrollgruppe häufiger durch Betrug straffällig geworden waren. Der Vergleich der Komorbiditäten mit anderen psychischen Störungen ergab, dass die Probandinnen mit SPS deutlich häufiger von Cluster B-Persönlichkeitsstörungen (antisoziale, Borderline-, histrionische und narzisstische Persönlichkeitsstörung) betroffen waren.

Es ergaben sich Hinweise dafür, dass gerade bei Frauen der illegale Substanzgebrauch auf dem Boden einer SPS einen bedeutsamen Faktor für Delinquenz dargestellt hatte. Hiervon schienen mehr jüngere als ältere Straftäterinnen betroffen gewesen zu sein. Die Ergebnisse wurden von Befunden ähnlicher Studien gestützt und zeigten, dass diesem Störungsbild in der Kriminaltherapie besondere Aufmerksamkeit zukommen sollte.

Es herrscht ein offensichtlicher Bedarf an therapeutischen Maßnahmen und psychiatrischer und medizinischer Kompetenz im Strafvollzug. Die Ergebnisse der Untersuchung sprechen dafür, dass der Behandlung und Beratung von Frauen mit SPS und typischen Begleitstörungen in der Gefängnismedizin hohe Aufmerksamkeit geschenkt werden muss. Behandlungskonzepte sollten insbesondere auf die Bedürfnisse junger, weiblicher Straftäterinnen zugeschnitten sein.

1. Summary

Personality characteristics and psychopathological problems with female offenders with and without disorders caused by psychotropic substances (SPS) - a controlled study

Disorders caused by psychotropic substances (SPS), particularly the misuse of and the dependence on drugs are of criminal-therapeutic relevance. On the one hand they represent syndromes in need of treatment, on the other hand the consumption of drugs is closely linked to criminal acts according to the anesthetic law, to drug related crimes and to violence crimes. Drug addiction mostly manifests in adolescence and then consolidates in the age of a young adult. In general public the male sex outweighs. With regard to the spectrum of effects, the potential of addiction, the distribution and the interchange the WHO differentiates several substance groups or types of succinctness. The diagnostic division according to ICD 10 or DSM also follows the respective substance groups.

In a cross-section investigation delinquent women from the place of detention in Zweibrücken were examined for the existence of disorders due to illegal psychotropic substances (F11-F19). Furthermore socio-demographic and forensic data were ascertained which were examined for the co-morbidity with further psychic disorders with the help of standardized methods. Experimentees with drug addiction were compared with a group of delinquent women without disorders caused by psychotropic substances.

113 imprisoned criminal women who had formerly declared their consent to participate in the investigation underwent several investigation methods. These included SKID I and SKID II to diagnose psychic disorders, a questionnaire for the inquiry of socio-demographic and forensic parameters, the subtests of the general knowledge and the Mosaic test of the Hamburg-Wechsler-intelligence-test to measure the different intelligence shares, as well as the Wender-Utah-Rating-Scale

to register retrospectively the ADHS-symptoms during childhood and the ADHS-self-evaluation-scale to diagnose ADHS with adults.

More than the half (52,3 %) of the examined criminal women showed disorders caused by psychotropic substances. With 66,1% the dependence on opiates was determined most frequently. The socio-demographic and forensic details of the group of women without SPS revealed that the experimentees with SPS were on average ten years younger at the time of investigation and at their first sentencing than the women in the control group. In addition, it turned out that they were significantly more often convicted of larceny while the experimentees of the control group were convicted more often of fraud. The comparison of the co-morbidity with other psychic disorders showed that the experimentees with SPS suffered clearly more often from Cluster B-personality disorders (antisocial, borderline-, histrionic and narcissistic personality disorders).

It seems that the consumption of illegal drugs by women with SPS represents a significant factor for delinquency. Younger female criminals tend to be more affected than older ones. The results were backed up by other ascertained results and showed that special emphasis should be put on this type of disorder symptoms when it comes to crime therapy.

It exists a clear need of therapeutic measures and psychiatric and medical competence in the field of the penal system. The results of the investigations clearly demonstrate that in the prison medicine special attention has to be paid on women suffering from SPS and the typical side effects when treating and advising them.

2. Einleitung:

2.1. Frauen in Haft:

Die vorliegende Arbeit aus dem Bereich der forensischen Psychiatrie befasst sich mit dem Problemfeld einer Minderheit. Obwohl rund 52% unserer Bevölkerung weiblich ist, erfasst die polizeiliche Kriminalstatistik lediglich 23% weibliche Tatverdächtige. Der Anteil der Frauen an den rechtskräftig Verurteilten ist mit 16% noch geringer (Quelle: Statistisches Bundesamt, www.destatis.de). Frauen werden also seltener straffällig als Männer und sind dementsprechend als Straftäterinnen zahlenmäßig unterrepräsentiert. Nur etwa 4,5% aller Inhaftierten sind Frauen (Zahlen bezogen auf das Jahr 2004).

Dies mag ein Grund sein, warum bisher nur wenig epidemiologische Daten über weibliche Inhaftierte zur Verfügung stehen. Dennoch handelt es sich um ein Problemfeld von zunehmender Bedeutung, da die Zahl der weiblichen Strafgefangenen in Deutschland ansteigt.

Im Zeitraum der letzten 30 Jahre hat sich deren Zahl gut verdreifacht. Wurden 1975 nur 911 Frauen innerhalb eines Jahres inhaftiert, so waren es im Jahr 2004 schon 3111 Frauen gewesen. Im Vergleich dazu hat sich die Zahl der inhaftierten Männer pro Jahr von 33697 (1975) auf 60566 (2004) knapp verdoppelt. In den letzten 5 Jahren stieg die Zahl der inhaftierten Frauen um 82%, die der Männer hingegen nur um 35% (Quelle: Statistisches Bundesamt, www.destatis.de).

2.2. Psychische Störungen und Delinquenz bei Frauen:

In den letzten Jahren ist das Interesse bezüglich Kriminalität und möglicher Zusammenhänge mit psychischen Störungen enorm gestiegen. Die fragliche Korrelation zwischen psychischen Erkrankungen und Straffälligkeit ist Gegenstand zahlreicher Untersuchungen geworden. Meist wurden die Studien in männlichen Populationen durchgeführt. Hier zeigten sich bei einigen psychiatrischen Störungen (v.a. Drogenmissbrauch und –abhängigkeit und antisoziale Persönlichkeitsstörung) Lebenszeitprävalenzen von 50% und mehr im Vergleich zur Normalbevölkerung (HODGINS 1990, TEPLIN 1994, NUNN 2009, MC KENZIE 2011). Vandeveld

diagnostizierte im Rahmen einer Studie in Belgien bei 75% aller Strafgefangenen eine oder mehrfache psychiatrische Erkrankungen (VANDEVELDE 2011).

Zahlen aus deutschen Studien sind vergleichbar hoch.

In einer deutschen Untersuchung junger, erwachsener Strafgefangener wurde bei 55% der männlichen Strafgefangenen ein Abhängigkeitssyndrom festgestellt (RÖSLER et al. 2004).

Daten aus Justizvollzugsanstalten für Männer sind nicht auf weibliche Populationen übertragbar, da Frauen auch in der Normalbevölkerung andere diagnostische Profile aufweisen als Männer.

Einige Studien vor allem im angloamerikanischen Raum deuteten darauf hin, dass eine Reihe sozialer und gesundheitlicher Probleme, darunter Drogenabhängigkeit und einige psychiatrische Störungen bei weiblichen Strafgefangenen häufiger auftraten als bei männlichen Strafgefangenen (NOVICK 1977, HARLOW 1993, GREENFELD 1991, VLAHOV 1991, BECK 1993). Der Anteil von suchtkranken Frauen wurde in den verschiedenen Studien mit 21-70% angegeben. Die hohe Varianz der in den Studien genannten Prävalenzen beruhte zum Teil auf der Tatsache, dass verschiedene diagnostische Erfassungsmethoden zur Anwendung kamen, wie beispielsweise die strukturierte Befragung mit Hilfe des Composite International Diagnostic Interview (CIDI) oder des Clinical Interview Schedule (CIS) (GOLDBERG et al. 1970). Teilweise erfolgten semi-strukturierte Befragungen mit Hilfe eigens für die Studie entwickelter Interviews. Oder es wurden andere Verfahren, wie der Nachweis von Drogen im Urin als diagnostisches Mittel eingesetzt. (CLONDINGER 1970, NOVICK 1977, DANIELS 1988, TEPLIN 1996, JORDAN 2002).

In englischen Studien wurde die Prävalenz von Drogenabhängigkeit bei Frauen während der Verbüßung einer Haftstrafe mit 23% angegeben. 15% der inhaftierten Frauen injizierten Drogen (MADEN 1990). In einer australischen Studie wurde bei 61% der untersuchten inhaftierten Frauen vor ihrem Gefängnisaufenthalt eine Substanzabhängigkeit diagnostiziert (DENTON 1995).

Auch andere schwerwiegende psychiatrische Erkrankungen (psychotische Störungen und affektive Störungen) wurden bei inhaftierten Frauen teilweise doppelt so häufig diagnostiziert als in der Normalbevölkerung (ABRAM et al.2003). Abram und Mitarbeiter (2003) ermittelten bei weiblichen Gefängnisinsassen in Chicago eine

hohe Komorbidität schwerer psychiatrischen Störungen mit Abhängigkeitssyndromen.

Aus den genannten Studien ging zusammenfassend hervor, dass psychische Störungen, vor allem Substanzabhängigkeit gefolgt von depressiven Störungen und Traumafolgestörungen wie die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) bei inhaftierten Frauen deutlich häufiger diagnostiziert wurden als in der Normalbevölkerung.

2.2.1. Drogenkonsum und Straftaten:

Psychische Erkrankungen und speziell Suchterkrankungen sind wichtige prädisponierende Faktoren auf dem Weg in die Kriminalität.

Bereits die Beschaffung und Weitergabe psychotroper Substanzen können Straftatbestände darstellen.

Geregelt wird die Verkehrsfähigkeit psychotroper Substanzen vom Gesetzgeber durch das Betäubungsmittelgesetz. Hier werden nicht verkehrsfähige, verkehrsfähige aber verschreibungspflichtige und verkehrsfähige Substanzen unterschieden.

Nach §3 Abs.1 Nr.1 bedarf einer Erlaubnis des Bundesgesundheitsamtes, wer Betäubungsmittel anbaut, herstellt, mit ihnen Handel treibt, sie, ohne mit ihnen Handel zu treiben, ausführt, einführt, abgibt, veräußert, sonst in Verkehr bringt, erwirbt oder nach Abs.1 Nr.2 ausgenommene Zubereitungen herstellen will (BtmG).

Resultiert aus dem Konsum eine Abhängigkeit, so stehen die Konsumenten vor dem Problem der regelmäßigen Versorgung mit der Substanz. Mögliche Folgen sind sozialer Rückzug und Depravation, sowie weitere gesetzeswidrige Handlungen wie Beschaffungskriminalität und Beschaffungsprostitution.

Diskutiert wird auch eine direkt gewaltinduzierende Wirkung bestimmter Substanzen.

Mischkowitz et al. (1996) stellte einen Zusammenhang zwischen Konsum psychotroper Substanzen und schweren Verbrechen dar, die zu Haftstrafen führen. Expressive Gewalt wird demnach durch die Substanzwirkung an sich eher gedämpft. Kommt es zu Gewalthandlungen, so sind diese nach Mischkowitz et al. meist funktional, also indirekt im Sinne der Beschaffungskriminalität zu bewerten.

Ausnahmen stellen Alkohol und Crack dar. Hier scheint ein direkter Zusammenhang

zwischen Konsum, Aggressivität und Kriminalität zu bestehen (MISCHKOWITZ et al.1996).

2.3. Untersuchungen in Deutschland:

Im europäischen und speziell im deutschsprachigen Raum gibt es bisher nur wenig verlässliche Daten über Abhängigkeitserkrankungen unter Strafgefangenen. In einer europäischen Analyse der medizinischen Versorgung in den Gefängnissen stellte Tomasevski fest, dass Drogenmissbrauch, psychische Gesundheit und Infektionskrankheiten die zentralen medizinischen Probleme im Justizvollzug darstellen (TOMASEVSKI 1992).

Eine genaue Bestimmung des tatsächlichen Anteils der Substanzabhängigen im deutschen Vollzug ist aus unterschiedlichen Gründen schwierig.

Zum einen ist die Datenlage unsicher. Teilweise basieren die Erkenntnisse auf indirekten Informationsquellen wie Personalakten und es ist nicht immer sicher zu erkennen, ob diese sich auf eine medizinische Diagnostik oder auf Einschätzungen durch medizinische Laien berufen. Es scheint auch nicht gesichert, dass die Daten immer vollständig, aktuell und valide sind.

Direkte Befragungen sind auch kritisch zu bewerten, da mit Angaben im Sinne der sozialen Erwünschtheit durch die Inhaftierten zu rechnen ist. Unter Haftbedingungen kann es schwierig sein, eine Vertrauensebene aufzubauen, die offene und ehrliche Aussagen zulässt. Aufgrund dieser Tatsache erwartet man eine gewisse Anzahl falsch-negativer Ergebnisse. Um dies zu umgehen, untersuchte Kern (1997) mittels einer anonymen Umfrage Gefangene in der JVA Bruchsal über den Drogenkonsum der Mithäftlinge. Danach konsumierten etwa 60% der 400 Gefangenen illegale Drogen (KERN 1997).

Bei der Recherche nach weiteren Daten aus den letzten Jahrzehnten bezüglich psychiatrischer Erkrankungen und insbesondere der substanzbedingten Störungen in deutschen JVAs stößt man meist auf geschätzte Zahlen. Je nach Haftform, Einzugsbereich, Alter (z.B. Jugendhaft) und Geschlecht scheinen die Daten stark zu variieren.

Außerdem herrschen Unklarheit bezüglich der Definitionen der Begriffe Droge, Drogenmissbrauch und Drogenabhängigkeit. Es geht aus den Untersuchungen auch

selten hervor, ob es sich um aktuellen Konsum oder eine lifetime-Diagnose (Abhängigkeit bestand in einer früheren Lebensphase, nicht jedoch innerhalb des letzten Monats) handelt.

Entsprechend der genannten methodischen Schwierigkeiten variiert die Bandbreite der vermuteten Anzahl Inhaftierter mit substanzbedingten Störungen in deutschen Gefängnissen zwischen 20-50% (STÖVER 1994, KÜFER und BELOCH 2000). Das bedeutet, dass jede/r 2. bis 5. Gefangene zur Zeit seiner Inhaftierung oder bis kurz davor Konsument/in illegaler Drogen war. Ähnliche Zahlen gab auch die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht an (European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction). Demnach ist davon auszugehen, dass ein Drittel aller in Deutschland Inhaftierten drogenabhängig waren oder Drogen missbraucht haben. Strenge Sicherheitsvorschriften, die intensive und lange Vorbereitungen für Studien erfordern, erschweren direkte Untersuchungen in den Justizvollzugsanstalten.

Man behilft sich hier mit Verweisen auf Untersuchungen, die außerhalb des Justizvollzugs durchgeführt worden sind. Befragungen unter Drogenkonsumenten zeigten, dass von ihnen etwa zwei Drittel Haftverfahren hatten. Davon verbüßten die meisten durchschnittlich mehr als 12 Monate Haft (KOCH und EHRENBERG 1992, HARTMANN 1994, KLEIBER und PANT 1996). Empirische Studien zeigten weiterhin, dass Drogenkonsumenten im Schnitt längere Haft- als Therapiezeiten aufwiesen (MEYENBERG, STÖVER, JACOB 1997 und 1999).

Neuere verlässliche Daten direkt aus dem Vollzug kann man den Studien von Missoni et al. (2003), Konrad (2003) und von Schönfeld et al. (2006) entnehmen: Missoni et al. untersuchten Untersuchungsgefangene einer Berliner Haftanstalt und fanden bei 40% der Inhaftierten psychische Störungen (MISSONI et al. 2003). Die häufigste Diagnose waren hier Suchterkrankungen. Eine Studie von Konrad über psychische Störungen bei Ersatzfreiheitsstrafen ergab ebenfalls eine Dominanz der Suchterkrankungen mit 80% (KONRAD 2003). Im Zeitraum von 2002 bis 2003 untersuchten von Schönfeld et al. die Prävalenz psychischer Störungen, Psychopathologie und Behandlungsbedarf bei weiblichen und männlichen Gefangenen der JVA Bielefeld. Die von ihnen 2006 veröffentlichten Ergebnisse zeigten, dass 88,2% der Inhaftierten von psychischen Störungen betroffen waren. Eine Substanzabhängigkeit lag mit fast 70% bei den Frauen höher als bei den Männern. Es dominierte bei Frauen deutlich die Opiatabhängigkeit (VON SCHÖNFELD et al. 2006).

Vorliegende Studien wiesen auf hohe Prävalenzen von Suchterkrankungen im deutschen Justizvollzug hin. Sie unterstreichen die Notwendigkeit weiterer Datenerfassung, um offensichtlich bestehenden Handlungsbedarf faktisch zu untermauern. Speziell den Drogenkonsum weiblicher Häftlinge betreffend gibt es kaum verlässliche Zahlen. Vorhergehende Untersuchungen wiesen teilweise methodische Probleme auf. Meist bezogen sie sich auf den bestehenden Behandlungsbedarf und die Lücken im Hilfsprogramm, ohne jedoch die psychiatrischen Störungen valide zu untersuchen.

2.3.1. Die Situation weiblicher Strafgefangener:

Tendenziell zeichnet sich ab, dass die weiblichen Gefangenen von dem Problem der Substanzabhängigkeit besonders stark betroffen sind. 1993 wurden im Auftrag des Baden-Württembergischen Justizministeriums 3600 Gefangene untersucht. Ziel war es, den Bedarf für eine Drogenberatung und/oder einer Therapiemaßnahme zu eruieren. Über 3 Monate wurden von Anstaltsärzten landesweit die Neuzugänge bezüglich ihres Drogenkonsums befragt und untersucht. Demnach mussten 30% aller Neuzugänge im Hinblick auf illegale Drogen als beratungsbedürftig gelten, bei jedem zweiten dieser Gefangenen bejahten die Anstaltsärzte die Behandlungsbedürftigkeit. Die weiblichen Strafgefangenen waren bezüglich des Bedarfs mit 73,4% deutlich überrepräsentiert (GÖTTINGER et al. 1994; DOLDE et al. 1995).

Informationen über Suchterkrankungen bei inhaftierten Frauen lassen sich den Aufzeichnungen des statistischen Bundesamtes entnehmen. Hieraus ergeben sich weitere Hinweise dafür, dass es Zusammenhänge zwischen Drogenproblemen bei Frauen und Inhaftierungen gibt (Statistisches Bundesamt, www.destatis.de) (vgl. Tabellen 1-1, 1-2). Weibliche Strafgefangene und Sicherheitsverwahrte begingen demnach im Verhältnis mehr Straftaten im Sinne so genannter Beschaffungskriminalität. Vergleicht man die Delinquenz von weiblichen und männlichen Strafgefangenen, so dominieren bei den Frauen die Vergehen im Rahmen der Beschaffungskriminalität. Frauen wurden besonders häufig wegen Diebstahl, Unterschlagung, Betrug und Vergehen gegen das BtMG verurteilt. Seltener wurden sie wegen Körperverletzung oder Raub verurteilt.

Tabelle 2-1: Art der begangenen Straftaten 1994,
Anteil an Gesamtstraftaten unter Strafgefangenen und Sicherungs-
verwahrten in Prozent:

Art der Straftat	weibliche	männliche
Diebstahl und Unterschlagung	28,6%	27,0%
Vergehen gegen BtMG	20,8%	12,5%
Betrug und Untreue	14,8%	6,8%
Straftaten gegen das Leben, die Person; Körperverletzung	12,9%	14,6%
Einbruch, Raub, Erpressung	11,3%	30,0%

Tabelle 2-2: Art der begangenen Straftaten 2004,
Anteil an Gesamtstraftaten unter Strafgefangenen und Sicherungs-
verwahrten in Prozent:

Art der Straftat	weibliche	männliche
Diebstahl und Unterschlagung	26,7%	21,9%
Vergehen gegen BtMG	18%	14,3%
Betrug und Untreue	17,6%	8,4%
Straftaten gegen das Leben, die Person; Körperverletzung	15,3%	19,4%
Einbruch, Raub, Erpressung	9,1%	20,3%

(Quelle: statistisches Bundesamt, www.destatis.de)

2.3.2. Entwicklung der Drogenproblematik:

Der Drogenkonsum stellt ein gesellschaftliches Problem von großer Relevanz dar. Generell, auch unter Nichtinhaftierten stieg in den vergangenen Jahren der Konsum illegaler Drogen in Deutschland. Dies belegte der Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung von 2005. Zwar war die Anzahl von Todesfällen durch Drogenkonsum seit 2000 rückläufig, doch zunehmend wurden illegale Drogen wie Cannabis, Amphetamine und MDMA konsumiert. Hinzu kam eine große Zahl von Designerdrogen wechselnder Zusammensetzung, die das Interesse immer jüngerer Konsumenten weckten. Bereits 5% aller Jugendlichen konsumierten regelmäßig Cannabis. Die Zahl erstaunlicher Konsumenten harter Drogen war im Vergleich zum Vorjahr um 18% gestiegen, die Rate der weiblichen Konsumenten darunter war auf 18% gestiegen (Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung 2005).

Diese Entwicklung der Gesamtbevölkerung spiegelt sich auch im Strafvollzug wider. Die Anzahl derer, die in der Bundesrepublik wegen Drogendelikten eine Haftstrafe verbüßten, ist in der Vergangenheit deutlich gestiegen. Laut Dünkel waren 1970 nur 0,2% der Strafgefangenen wegen Drogendelikten in Haft. 1990 saßen schon 10,2% der Inhaftierten ausschließlich wegen Btm Straftatbeständen im geschlossenen Strafvollzug ein. Es handelt sich bei diesen Zahlen nicht ausschließlich um Konsumenten, da auch nicht konsumierende Drogenhändler und Kuriere erfasst wurden (DÜNKEL 1996).

Diese Entwicklung scheint insbesondere Frauen im Strafvollzug zu betreffen. Laut einer Untersuchung in der JVA für Frauen in Vechta, Niedersachsen ist der Anteil substanzabhängiger oder -missbrauchender Frauen im Zeitraum von 1987 bis 1994 von 17,7% auf 50% gestiegen (STÖVER 1994).

2.4. Drogenkonsum unter Haftbedingungen:

Leben in einer Zwangsgemeinschaft, Verlust der Freiheitsrechte, Abhängigkeit von verfügbaren Institutionen, eingeschränkte Entscheidungsfreiheit, erzwungene Abgabe von Eigenverantwortung, reduzierter Bewegungsradius, eingeschränkte Gestaltungsfreiheit der Lebensweise und des Lebensraumes etc. prägen das Leben im geschlossenen Vollzug.

Diese Lebensbedingungen für Gefangenen bieten nicht die Bedingungen, die dem Anspruch der Resozialisierung Rechnung tragen. Der zentrale Anspruch des Gesetzgebers an den Vollzug der Gefängnisstrafe lautet: Gefangene sollen befähigt werden, künftig in sozialer Verantwortung ein Leben ohne Straftaten führen zu können. Gegenüber diesem Ziel steht der eher entsozialisierende Haftaufenthalt. Der Konsum illegaler Substanzen hat hier wie auch in Freiheit einen zusätzlich negativen Einfluss auf die Resozialisierung.

Nach Schätzungen des Bundesgesundheitsministeriums setzen etwa 40% der Drogenkonsumenten den Gebrauch illegaler Drogen in Haft fort.

Unter Haftbedingungen wirkt sich Konsum illegaler Substanzen negativ auf die sozialen Gefüge aus. Das riskante Sicherstellen des Drogenkonsums, Infektionsrisiken bei intravenösem Konsum, Verschuldung mit der Folge von Drohungen, Gewalt und Prostitution sind nur einige der vielen Begleiterscheinungen, eine Drogenabhängigkeit unter Haftbedingungen mit sich bringt.

Die direkten und indirekten negativen Folgen für die körperliche Gesundheit bei Drogenkonsum unter Haftbedingungen scheinen höher zu sein als in Freiheit. Über den intravenösen Drogenkonsum von Strafgefangenen liegen bislang erst wenige wissenschaftliche Daten vor. Außerhalb des Strafvollzugs durchgeführte retrospektive Studien und Berichte von Betroffenen lassen vermuten, dass in Haft das Übertragungsrisiko von schweren Infektionen erhöht ist (KLEIBER 1991, MÜLLER et al. 1995, STÖVER und WEILANDT 1997). „Needle sharing“, die gemeinsame Nutzung von Injektionsbesteck ist im geschlossenen Vollzug aufgrund mangelnder Alternativen geläufig. Dies untersuchte Gaughwin in australischen Gefängnissen (GAUGHWIN et al. 1991). In Deutschland stellte Kleiber 1991 in einer Studie den deutlichen Zusammenhang zwischen Haftstrafen und dem Infektionsrisiko mit HIV dar. Er untersuchte die HIV-Prävalenz bei 1.252 Drogenkonsumenten. Diese lag bei 19,9% der Probanden. Eine eingehendere Analyse ergab, dass von den Drogenkonsumenten ohne Hafterfahrung 10% HIV-positiv waren. Bei denen, die in Haft intravenös konsumiert hatten waren 33,7% mit HIV infiziert. Am höchsten waren Infektionsraten bei mehrfach inhaftierten Frauen. Über 40% der mehr als dreimal inhaftierten und intravenös psychotrope Substanzen konsumierenden Frauen war infiziert (KLEIBER 1995).

Noch deutlicher sind Ergebnisse von Studien, die die Ausbreitung von Hepatitis B und C untersuchten. Einzelne in deutschen Gefängnissen durchgeführte

Prävalenzstudien ermittelten in ihren Kollektiven eine Verbreitung der Hepatitis B von 36,6% bis 90% und der Hepatitis C zwischen 43,9% und 90% (HECKMANN 1993, STARK et al., 1995, GÖSSLING 1997, BACKMUND 1998; HOLBACH 1998).

Unsterile Spritzen stellen eine Hauptinfektionsquelle unter Gefangenen dar (WEDERSHOVEN 1998).

Als weiteren gesundheitlichen Risikofaktor kann man sich einen unkontrollierten Mischkonsum gerade verfügbarer, finanzierbarer, eventuell unbekannter Substanzen sowie die toxische Beimengung zum „Strecken“ der Drogen vorstellen, da die bevorzugten und bekannten Substanzen in Haft nicht uneingeschränkt erhältlich sind.

Die Bedingungen für Drogenkonsum in Haft mögen sich durch erschwerte Beschaffung schwierig gestalten. Aber der Freiheitsentzug kann durch zwangsläufige Unselbstständigkeit, mangelnde Selbstbestimmung, Resignation, Langweile und eine begünstigende Gruppendynamik unter Strafgefangenen den Griff zur Droge möglicherweise auch begünstigen.

In Deutschland gibt es bislang keine empirischen Daten über Erstkonsumenten, bei denen die Haftstrafe als möglicher begünstigender Faktor in Betracht zu ziehen wäre. In einer englischen Studie gab jeder fünfte Inhaftierte an, Heroin zum ersten Mal in Haft konsumiert zu haben (EDGAR 1998).

Haftstrafe und Gesundheit widersprechen sich weitestgehend, da Freiheitsentzug generell der Gesundheit nicht zuträglich ist. Wenn Drogenkonsum zusätzlich die Gesundheit gefährdet, erschwert dies, dass der Strafvollzug neben seinem Ordnungs- und Sicherheitsauftrag auch dem Resozialisierungsauftrag gerecht werden kann, da körperliche und psychische Gesundheit wichtige Voraussetzungen für soziale Integrität sind.

2.5. Rechtliche Regelung zum Umgang mit BTM-konsumierenden Straftätern:

Vom Gesetzgeber sind Möglichkeiten als Alternativen zur Haftstrafe betäubungsmittelabhängiger Straftäter vorgesehen.

Nach § 64 StGB ordnet das Gericht die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt an, wenn Schuldunfähigkeit aufgrund von Abhängigkeit oder Rausch vorliegt oder nicht auszuschließen ist. Entsprechende Anordnung ergeht nur, „wenn eine

hinreichend konkrete Aussicht besteht, die Person durch die Behandlung in einer Entziehungsanstalt zu heilen oder über eine erhebliche Zeit vor dem Rückfall in den Hang zu bewahren und von der Begehung erheblicher rechtswidriger Taten abzuhalten, die auf ihren Hang zurückgehen“. Bei prognostisch ungünstigen Fällen muss dagegen die Behandlung im Rahmen der Maßregel nach § 64 StGB unterbleiben.

Verurteilte abhängige Straftäter haben nach BTMG gemäß §§ 35ff. die Aussicht auf Zurückstellung der Strafvollstreckung. Stattdessen muss ein Aufenthalt in einer geeigneten Einrichtung zur Behandlung der Abhängigkeit gewährleistet sein. So kann ein Teil der Haftstrafe, eine Reststrafe, die Maßregel oder die Vollstrafe ersetzt werden. Dies erreicht allerdings nicht primär die Straftäter, deren Strafbemessung über zwei Jahren liegt. Viele Betroffene sind von vornherein von diesem Angebot ausgeschlossen oder müssen zunächst einen Teil ihrer Haftstrafe verbüßen, bevor sie davon Gebrauch machen können. Beide rechtlichen Regelungen unterliegen verschiedenen Einschränkungen und Ausschlussbedingungen, die ihre Anwendbarkeit nur bei einem Teil der Straftäter ermöglicht. Dies führt letztlich dazu, dass Abhängige und Drogenkonsumenten ihre Strafe größtenteils in Haftanstalten verbüßen. Hier existieren bislang üblicherweise schlechtere Therapiebedingungen als in einer „Entziehungsanstalt“. Ein erster Schritt in Richtung Wiedereingliederung drogenkonsumierender Straftäter müsste ein Hilfsangebot bezüglich substanzbedingter Störungen sein. Dem tragen die Justizvollzugsanstalten derzeit aber nicht immer in ausreichendem Umfang Rechnung. Suchtberatung, Sozialtherapie, psychologische Betreuung, Substitutionsprogramme und Selbsthilfegruppen decken den Bedarf nur unzureichend ab.

Die Zahl der Gefangenen, deren Strafvollstreckung nach § 35 BtMG zurückgestellt wurde hat sich seit 1993 bis 2002 verdoppelt (vgl. Tabelle 1-3 und 1-4). Dies ließe vermuten, dass sich durch die Rückstellungen die Zahl der inhaftierten Substanzabhängigen mit regulärer Haftstrafe reduziert habe. Das Gegenteil ist jedoch der Fall. Das unterstreicht die zunehmende Relevanz des Problems.

Tabelle 2-3: nach BtMG § 35 von der Strafvollstreckung Zurückgestellte:

Jahr	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Gesamtzahl	2285	2409	2562	2781	3126	3465	3945	4082	4161	4540

Quelle: statistisches Bundesamt, www.destatis.de

Tabelle 2-4: nach StGB § 64 Maßgeregelte (Entziehungsanstalt):

Jahr	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Gesamtzahl	1373	1277	1363	1540	1617	1780	1904	2058	2281	2412
davon weiblich	57	36	64	67	75	91	74	110	133	115
ohne „Trunksucht“	537	491	535	632	730	816	977	970	1189	1379
davon weiblich	35	17	33	38	41	46	34	64	94	68

Quelle: statistisches Bundesamt, www.destatis.de

2.6. Ziele der Arbeit:

Dem Anstieg der Frauenzahl im deutschen Strafvollzug wurde von wissenschaftlicher Seite bislang relativ wenig Interesse entgegengebracht.

Im internationalen Vergleich gibt es zahlreiche Hinweise, dass weibliche Straftäter teilweise mit über 50% durch Drogenmissbrauch und -Abhängigkeit belastet waren. Aus nord-amerikanischen Studien ist bekannt, dass dort die meisten der inhaftierten Frauen, die wegen Eigentumsdelikten oder Vergehen gegen das BtMG einsaßen Drogenkonsumentinnen waren. Man muss von einem hohen Anteil spezifischer psychischer Störungen (JORDAN 2002) und einer hohen Korrelation zwischen substanzbedingten und anderen psychischen Störungen (ABRAM 2003) speziell unter weiblichen Haftgefangenen ausgehen.

Die wenigen bislang verfügbaren deutschen Studien schienen diese hohen Prävalenzen zu belegen. Je neuer die Studien, umso deutlicher stellten sich die Zahlen dar. Daher ist es von Interesse, empirisch aktuelle Daten zu erheben, um das Ausmaß der Problematik realistisch abschätzen zu können. Mit der vorliegenden Arbeit wurde der Versuch unternommen, das Problem des BTM-Gebrauchs bei inhaftierten Frauen in einer deutschen Haftanstalt zu untersuchen. Die Ziele der Untersuchung waren es,

- die Prävalenz von Drogenabhängigkeit bei Frauen in Haft zu ermitteln
- mögliche Zusammenhänge in Bezug auf weitere psychiatrische Störungen darzustellen, und

- die sozialen und demographischen Hintergründe zu beleuchten, die mit suchtbedingten Störungen bei Frauen im Strafvollzug im Zusammenhang stehen.

Speziell folgenden Fragen sollte nachgegangen werden:

Wie hoch ist die Prävalenz der Frauen mit Störungen durch psychotrope Substanzen (SPS) im Strafvollzug?

Welche Drogen werden konsumiert?

Was unterscheidet die Frauen mit SPS psychopathologisch von den nicht substanzkonsumierenden Frauen?

Welche Komorbiditäten mit anderen psychischen Störungen lassen sich diagnostizieren?

Besteht Behandlungsbedarf?

Wie stellen sich die Altersverteilung, die sozioökonomische Lage, der Bildungsstand, der Ausbildungsgrad und die familiäre Situation der inhaftierten Frauen mit Störungen durch psychotrope Substanzen dar?

3. Methodik

Im Rahmen einer systematischen psychiatrischen Untersuchung weiblicher Häftlinge der Justizvollzugsanstalt Zweibrücken wurden von Juli bis September 2003 klinische, demographische und forensische Daten mittels strukturierter klinischer Interviews erhoben.

Die Untersuchung erfasste gezielt und mit standardisierten Methoden demographische und kriminologische Daten, mögliche psychiatrische Störungen und im speziellen die Störungen durch psychotrope Substanzen der Gefängnisinsassinnen.

3.1. Vorbereitung der Untersuchung:

Nach Genehmigung des Projekts durch das rheinland-pfälzische Justizministeriums wurde eine Einführungsveranstaltung durch Mitarbeiter des Instituts für Gerichtliche Psychologie und Psychiatrie der Universität des Saarlandes mit den Bediensteten der JVA Zweibrücken durchgeführt. Dabei wurden Sinn und Zweck der Untersuchung näher charakterisiert und um Mithilfe bei der Durchführung des Projekts gebeten. So konnten die räumlichen und sicherheitstechnischen Rahmenbedingungen für die Untersuchungen geschaffen werden.

Anschließend sind mehrere Veranstaltungen mit den inhaftierten Frauen durchgeführt worden. Den potentiellen Probandinnen wurde das Untersuchungsprojekt, dessen Inhalt, Ziele und Ablauf vorgestellt und erklärt. Es wurde hervorgehoben, dass die Ergebnisse der Untersuchung streng vertraulich behandelt werden und dass sich weder Vorteile noch Nachteile in Bezug auf die jeweilige Haftstrafe bei einer Teilnahme am Projekt ergeben werden. Die Frauen wurden gebeten, sich für oder gegen eine Teilnahme an der Untersuchung zu entscheiden.

120 Frauen erklärten sich bereit, an den Interviews teilzunehmen und gaben ihre schriftliche Einverständniserklärung zu der Untersuchung.

3.2. Durchführung der Untersuchung:

Die Untersuchungen wurden ausnahmslos als Individualuntersuchung jeder inhaftierten Frau in den ärztlichen Untersuchungsräumen der JVA Zweibrücken durchgeführt. Die Untersuchungen erfolgten durch in Anwendung und Durchführung der eingesetzten Interviews und der diagnostischen Verfahren geschulte Untersucher. Die durchschnittliche Dauer einer Untersuchung betrug 4 Stunden. Alle Erhebungen stützten sich auf etablierte, standardisierte Instrumente.

3.3. Stichprobenbeschreibung:

Die Haftanstalt Zweibrücken ist in einen Männerstrafvollzug und einen kleineren Frauenstrafvollzug unterteilt. Personell und wirtschaftlich sind die beiden Abteilungen miteinander verbunden. Es gibt interne Arbeits- und Ausbildungsangebote.

Der JVA Zweibrücken stehen 98 Haftplätze und 15 Plätze für offenen Vollzug für erwachsene und jugendliche Frauen aus den Landesbezirken Zweibrücken, Kaiserslautern, Landau (Rheinland- Pfalz) und aus dem Saarland zur Verfügung. Demnach ist die Untersuchung bevölkerungsstatistisch repräsentativ für das Saarland und für einen Großteil der rheinland-pfälzischen Bevölkerung.

Die Untersuchung richtete sich an alle im Untersuchungszeitraum inhaftierten Frauen der JVA Zweibrücken, also auch an Freigängerinnen und Frauen in Untersuchungshaft.

Von den 120 erhobenen Datensätzen standen nach Abschluss der Erhebung von 113 Frauen vollständige Datensätze zur Auswertung zu Verfügung.

Die zunächst erhobenen soziodemographischen und delinquenzbezogenen Daten geben einen Überblick über die Stichprobe:

Die jüngste Probandin war zum Zeitpunkt der Untersuchung 16 Jahre und die älteste 66 Jahre. Der Altersmittelwert der Untersuchungspopulation lag bei 34 Jahren (vgl. Tabelle 2-1). 82,3% Frauen waren ledig, 5,3% verheiratet, 6,2% geschieden und 6,2% in fester Zweierbeziehung lebend (vgl. Tabelle 2-2).

Die Mehrzahl von 86,7% der Frauen hatte einen Hauptschulabschluss als höchste Schulbildung erreicht (vgl. Tabelle 2-3). 98,5% der Frauen waren ohne Ausbildung.

Von diesen hatten 76,1% ihre Lehre abgebrochen; nur 11,5% hatten eine abgeschlossene Berufsausbildung (vgl. Tabelle 2-4).

85,8% der Frauen waren vor ihrer Verhaftung nicht erwerbstätig gewesen (vgl. Tabelle 2-5).

65,5% der untersuchten Frauen gaben an, vor der derzeitigen Haft bereits vorbestraft gewesen zu sein. Alle Frauen gaben an, auch schon Delikte vor ihrer Strafmündigkeit begangen zu haben.

BTM-Delikte wurden mit 80,5% am häufigsten registriert, gefolgt von Betrug, Verstöße gegen die StVO, Unterschlagung (33,6%) und Diebstahl (8%).

Gewaltdelikte fanden sich vergleichsweise selten (Raub und Körperverletzung 8,5%). Nur eine Probandin war wegen eines Tötungsdelikt inhaftiert.

Da ein Großteil der Frauen für mehr als zwei Tatbestände verurteilt worden war, überstieg die Gesamtzahl der registrierten Straftaten die Zahl der untersuchten Frauen (vgl. Tabelle 2-6).

Tabelle 3-1: Alter der Probandinnen:

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Alter	113	16	66	34,02	11,84

Tabelle 3-2: Sozialer Status der Probandinnen:

	Häufigkeit	Anteil in %
Familienstand:		
ledig	93	82,3
verheiratet	6	5,3
geschieden	7	6,2
fester Partner	7	6,2
Schulbildung:		
Sonderschule	2	1,8
Hauptschule ohne Abschluss	6	5,3
Hauptschulabschluss	98	86,7
Mittlere Reife	4	3,5
Abitur	3	2,7

Berufsausbildung:		
keine	14	12,4
abgebrochenen Lehre	86	76,1
Lehre	11	9,7
Fachhochschule, Studium	2	1,8
Erwerbstätigkeit vor Inhaftierung:		
zuletzt gearbeitet	16	14,2
nicht gearbeitet	97	85,8

Die soziodemografischen Daten wurden für die Berechnung von Gruppenunterschieden (Probandinnen mit Störungen durch psychotrope Substanzen vs. Probandinnen ohne Störungen durch psychotrope Substanzen) vereinfacht zusammengefasst:

- Familienstand: Ledige und geschiedene Frauen = alleinstehende Frauen, Verheiratete und mit festem Partner lebende Frauen = in Beziehung lebende Frauen
- Schulbildung: Frauen mit Schulabschluss und Frauen ohne Schulabschluss
- Berufsausbildung: Frauen mit Berufsausbildung und Frauen ohne Berufsausbildung
- Straftaten: Unterscheidung zwischen Frauen, die Gewaltverbrechen (Tötung, Körperverletzung, Raub) begangen haben und Frauen, die nicht gewalttätige Verbrechen (alle anderen) begangen haben

Tabelle 3-6: Delinquenz der Probandinnen:

Delikt	Häufigkeit	Prozente
Tötung	1	0,9
Körperverletzung	6	5,8
Raub	3	2,7
Diebstahl	9	8,0
BTM-Verstöße	91	80,5
Andere	38	33,6

3.4. Instrumente:

3.4.1. Diagnostik der psychischen Störungen:

Die diagnostischen Daten bezüglich psychischer Störungen wurden anhand der Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM-IV Kriterien) erhoben. Dazu wurden die standardisierten klinischen Interviews SKID I und SKID II verwendet.

Mit Hilfe dieser Interviews können diagnostische Kriterien der Achse I und der Achse II durch konkrete Untersuchungsfragen verlässlich erhoben werden. Außerdem werden Kodierungsmöglichkeiten für die Beurteilung der Achse III (körperliche Störungen) und Achse V (Psychosoziales Funktionsniveau) angeboten. Dies ermöglichte eine differenzierte Diagnosestellung, die auch funktionellen und sozialen Beeinträchtigungen Rechnung trägt, sowie körperliche Erkrankungen einbezieht. Das SKID-Interview ist ein flexibles Instrument, welches neben der Querschnittsdiagnose auch dem Längsschnitt der Krankengeschichte Beachtung schenkt. Es unterscheidet zwischen derzeit bestehenden = aktuellen Diagnosen und jemals bestandenen psychischen Störungen = lifetime - Diagnosen.

3.4.1.1. Störungen der Achse I:

Psychiatrischen Erkrankungen der Achse I wurden mittels SKID anhand der DSM-IV Kriterien erhoben. Achse I -Störungen umfassen affektive Störungen, psychotische Störungen, Substanzabhängigkeit und Substanzmissbrauch, Angststörungen, somatoforme Störungen, Essstörungen und Anpassungsstörungen.

3.4.1.2. Störungen der Achse II:

Das SKID II erfasst die zehn auf Achse II sowie zwei des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM-IV) aufgeführten Persönlichkeitsstörungen. Als Prägnanztypen werden unterschieden: selbstunsichere, dependente, zwanghafte, negativistische, depressive, paranoide, schizotypische, schizoide, histrionische, narzisstische, Borderline und antisoziale Persönlichkeitsstörungen.

Das SKID II -Interview ist zweistufig angelegt und gewährt, wenn es in Anschluss an das SKID I -Interview durchgeführt wird eine zuverlässige Diagnostik.

3.4.1.3. Störungen durch psychotrope Substanzen (SPS):

Im Falle der Erhebung des Verhaltens bezüglich psychotroper Substanzen mittels SKID I wird zwischen Konsum, Abhängigkeit und Missbrauch unterschieden. Es wird zunächst in einem Screening das Einnahmeverhalten allgemein abgefragt. Besteht der Konsum einer jeweiliger Substanz oder mehrerer Substanzen oder hat er je bestanden, wird nun eine mögliche Abhängigkeit erhoben.

Diese wird diagnostiziert, wenn drei von sieben Abhängigkeitskriterien (s. Tabelle 2-7) erfüllt sind. Sind die Kriterien für Abhängigkeit bezüglich der jeweilig relevanten Substanzklasse nicht erfüllt, werden die drei Missbrauchskriterien (s. Tabelle 2-8) erfragt. Missbrauch liegt vor, wenn eines der Kriterien erfüllt ist. Durch den diagnostischen Algorithmus kann im Falle einer Abhängigkeit von einer definierten Substanz nicht gleichzeitig eine Missbrauchsdiagnose für die gleiche Substanz gestellt werden.

Daher ergibt sich in Populationen mit hoher Prävalenz von Abhängigkeitserkrankungen zwangsläufig eine geringe Prävalenz von Missbrauchsdiagnosen.

Nach Abschluss der Untersuchung aller Probandinnen wurden die Frauen bezüglich ihrer Diagnose in zwei Gruppen eingeteilt. Diejenigen, bei denen Abhängigkeit und/oder Missbrauch laut DSM-IV diagnostiziert wurde, bilden die Gruppe der Probandinnen mit SPS. Die übrigen bilden die Gruppe der Probandinnen ohne SPS.

Tabelle 3-7: Kriterien der Abhängigkeit nach DSM-IV:

1	Die Substanz wurde oft in größeren Mengen oder über einen längeren Zeitraum konsumiert als beabsichtigt.
2	Anhaltender Wunsch oder erfolglose Anstrengung, den Substanzgebrauch zu reduzieren oder ganz einzustellen.
3	Es wird viel Zeit damit verbracht, die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von Nachwirkungen zu erholen.
4	Wegen des Substanzgebrauchs wurden wichtige soziale oder berufliche Tätigkeiten oder Freizeitaktivitäten aufgegeben oder reduziert.
5	Aufrechterhaltung des Konsums trotz Kenntnis über körperliche oder psychische Probleme, die durch die Substanz verursacht oder verschlimmert werden.
6	Toleranzentwicklung
7	Körperliche oder psychische Entzugsmerkmale

Tabelle 3-8: Kriterien des Missbrauchs nach DSM-IV:

1	Wiederholter Konsum, der die Person daran hindert, wichtige Verpflichtungen bei der Arbeit / in der Schule oder zu Hause nachzukommen.
2	Wiederholter Substanzgebrauch in gefährlichen Situationen mit Verletzungsgefahr
3	Wiederholte substanzbezogene Konflikte mit dem Gesetz

Die einzeln erfragten Substanzklassen waren Alkohol, Sedativa, Cannabis, Stimulanzien, Opiate, Kokain, Halluzinogene und Andere (Steroide, Inhalantien, Nitrooxide, Amyl- oder Butylnitrate, Appetitzügler etc.). Außerdem wurde Polytoxikomanie diagnostiziert, wenn die Probandin über den Zeitraum eines Jahres mindestens drei Substanzgruppen nebeneinander eingenommen hatte.

3.4.2. Intelligenztestung:

Bei allen Probandinnen wurden mit Hilfe zweier Untertests des Hamburg-Wechsler-Intelligenztests verschiedene Intelligenzanteile untersucht.

Mit dem Untertest Allgemeines Wissen (AW) erfasst man bildungsabhängiges Faktenwissen. Die Wissensbereiche, die durch diesen Test erfasst werden, sind bewusst sehr heterogen gehalten. Die Leistung des Probanden ist hier von seiner Lernfähigkeit abhängig, aber auch von dem familiären, schulischen und kulturell vermittelten Wissensangebot. Sprachverständnis und sprachliches Ausdrucksvermögen spielen ebenfalls eine gewisse Rolle.

Der Mosaiktest (MT) erfasst das räumliche Vorstellungsvermögen, die psychomotorische Koordination und die Kombinationsfähigkeit. Erfasst werden auch die Flexibilität des Denkens und die Fähigkeit zu problemlösendem Denken. Außerdem gibt der Test Auskunft darüber, wie stark sich der Proband durch Zeitdruck belastet fühlt und wie gut sein Konzentrationsvermögen ist (HAWIE-R, Revision 1991, Handbuch und Textanweisung/hrsg. und bearbeitet von Uwe Tewes 1994).

3.4.3. Diagnose von ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung):

Wie aus vorangegangenen Studien ersichtlich ist, scheint ADHS ein wichtiger Risikofaktor für die Entstehung von Suchterkrankungen zu sein und laut einer deutschen Untersuchung bei jungen, männlichen Strafgefangenen begünstigt ADHS die Entwicklung der Delinquenz (RETZ-JUNGINGER et al. 2003, 2006).

Die „Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene (HASE)“ (RÖSLER et al. 2008) wurden zur Diagnostik verwendet, da das SKID Interview ADHS nicht erfasst.

3.4.3.1. Wender Utah Rating Scale:

Bei der verwendeten Wender Utah Rating Scale (WURS-k) handelt es sich um die deutsche Kurzform zur retrospektiven Erfassung des hyperkinetischen Syndroms bei Erwachsenen. Sie ist ein standardisiertes Verfahren zur retrospektiven klinischen

Einschätzung des Schweregrades eines hyperkinetischen Syndroms bzw. einer Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung im Kindesalter bei Erwachsenen. Sie ging aus den Utah-Kriterien für das hyperkinetische Syndrom bzw. dem Adult Questionnaire-Childhood Characteristics hervor. Es handelt sich bei der WURS um ein Selbstbeurteilungsverfahren, bei dem anhand von 61 Items retrospektiv der Ausprägungsgrad kindlicher Eigenschaften, Wesensart und Verhaltensweisen eingeschätzt werden. Die Probanden werden aufgefordert, sich an die Zeit ihres 8.-10. Lebensjahres zurückzuerinnern und einzuschätzen in welcher Ausprägung aufgelistete Eigenschaften bei ihnen damals gegeben waren.

Die WURS-k besitzt eine hohe Sensitivität für eine kindliche ADHS, erfasst aber auch andere Erkrankungen, die sich auf syndromaler Ebene mit der ADHS überschneiden. Eine ADHS-Diagnose wurde dann gestellt, wenn neben den diagnostischen Kriterien gemäß DSM-IV auch ein Mindestwert von 30 in der WURS-k erreicht wurde.

3.4.3.2. ADHS-SB:

Bei der ADHS-SB handelt es sich um eine Selbstbeurteilungsskala zur Diagnose einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bei Erwachsenen (adulte Form der Hyperkinesie) nach ICD 10-Forschungs- und DSM IV-Kriterien. Es wurden die 18 diagnostischen Kriterien beider Systeme für den Einsatz im Erwachsenenalter modifiziert und eine Graduierung der Symptome eingeführt. Weitere 4 Kriterien kamen hinzu, die sich auf das Alter bei Störungsbeginn, das mit der Symptomatik verbundene Leiden, dessen Generalisierung in verschiedenen Lebensfeldern und auf berufliche und Kontaktprobleme beziehen. Das Instrument eignet sich für Diagnose als auch Verlaufsbeurteilung einer ADHS im Erwachsenenalter. Es ermöglicht zudem die Unterteilung und damit gezielte Diagnose des Aufmerksamkeitsdefizit-Subtyps als auch des hyperaktiv-impulsiven Subtyps (RÖSLER et al. 2004).

3.5. Statistische Analyse:

Alle statistischen Bewertungen wurden mit dem SPSS Programm Packet für Windows erhoben.

Im Rahmen der statistischen Auswertung wurden zwei Gruppen unterschieden: Probandinnen mit Störungen durch psychotrope Substanzen (SPS) und Probandinnen ohne Störungen durch psychotrope Substanzen.

Gruppenvergleiche wurden bezüglich kategorialer Daten mit dem Chi Quadrat-Test berechnet. Ansonsten kamen entsprechend des Datenniveaus parametrische (t-Test) und nicht- parametrische Verfahren (Man-Whitney-Test) zur Anwendung.

4. Ergebnisse:

4.1. Prävalenz von Störungen durch psychotrope Substanzen:

Mehr als die Hälfte der 113 untersuchten Frauen in Haft erfüllten die Kriterien der Abhängigkeit von mindestens einer Substanzklasse.

Bei 47,7% der Probandinnen konnte kein Missbrauch und keine Abhängigkeit von illegalen Substanzen diagnostiziert werden.

Nur eine Frau erfüllte die Kriterien des Substanzmissbrauchs ohne von einer Substanzgruppe abhängig zu sein.

Tabelle 4-1: Konsumverhalten der untersuchten Frauen:

	Häufigkeit	Anteil in %
keine SPS	54	47,7%
Drogenmissbrauch	1	0,9%
Drogenabhängigkeit	58	51,4%
Gesamt	113	100,0%

4.1.1. aktuelle und lifetime-Diagnosen der Achse:

Von den 59 Frauen, die ein Drogenproblem aufwiesen, erfüllten alle die lifetime-Diagnosekriterien, d.h. die Abhängigkeit bestand bei der Person zu einer Lebensphase.

Inwieweit die inhaftierten Frauen auch innerhalb des letzten Monats (= aktuell) vor der Untersuchung (was für die meisten auch Konsum während des Haftaufenthaltes bedeutete) die Kriterien der Abhängigkeit erfüllten, kann man der Tabelle 4-2 entnehmen.

Gut die Hälfte der 59 konsumierenden Frauen erfüllte die Kriterien für Substanzmissbrauch und/oder -abhängigkeit kurz vor Haftantritt oder während der Haft, zwei Frauen machten dazu keine Angaben.

Tabelle 4-2: lifetime- oder aktueller Konsum der Probandinnen mit SPS:

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
nicht derzeit	28	47,5%	49,1%
Derzeit	29	49,2%	50,9%
Gesamt	57	96,6%	100%
Fehlend	2	3,4%	
Gesamt	59	100%	

4.1.2. Art der konsumierten Substanzen:

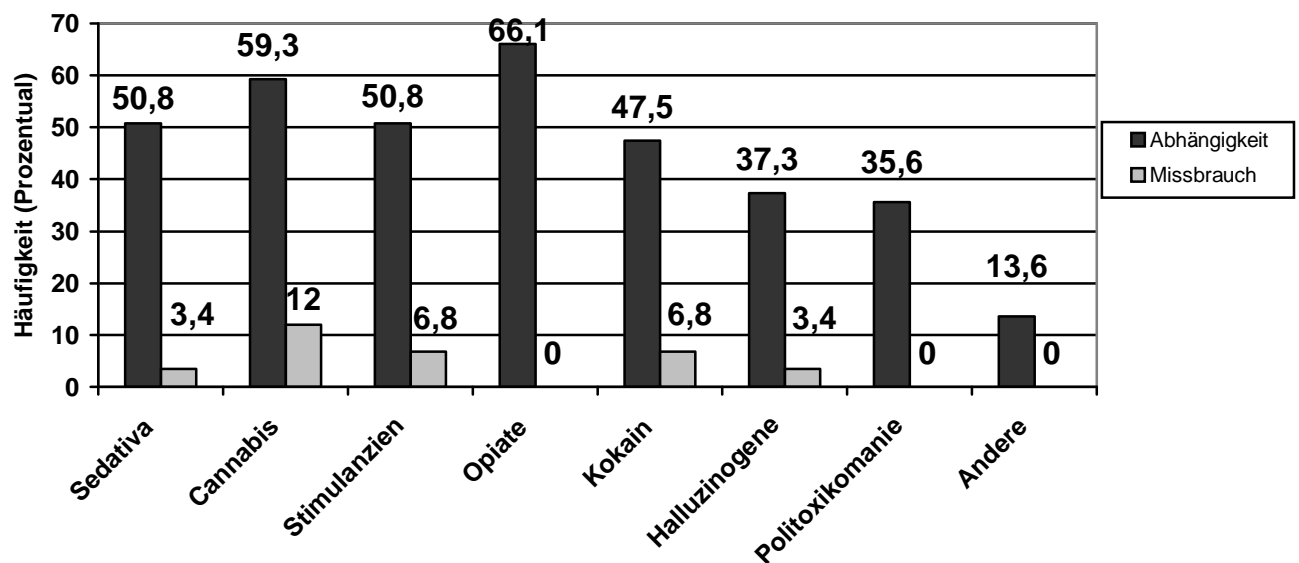
Die Häufigkeiten der einzelnen konsumierten Substanzen ist in Abbildung 4-1 dargestellt. Insgesamt war die Gesamtprozentzahl > 100%, da einige Probandinnen von mehreren Substanzen abhängig waren.

Am häufigsten bestand Abhängigkeit von Opiaten. Laut SKID-I fallen darunter Heroin, Morphin, Opium, Methadon, Codein, Polamidon, Buprenorphin, Percodan und Demerol, d.h. auch Frauen in Substitutionsbehandlung gehörten dieser Gruppe an. Am zweithäufigsten bestand Cannabisabhängigkeit (Marihuana und Haschisch) gefolgt von Abhängigkeit von Stimulanzien und Sedativa in gleichem Umfang und Kokain.

Missbrauch einzelner Substanzgruppen betrieben zwei Probandinnen mit Sedativa, sieben mit Cannabis, vier mit Stimulanzien, vier mit Kokain und zwei mit Halluzinogenen. Diese Probandinnen waren mit einer Ausnahme von anderen Substanzen abhängig.

Nur 13,5% der Probandinnen mit SPS gaben den Konsum von lediglich einer Substanzklasse an, 86,5% betrieben einen Mischkonsum, wovon 35% die Diagnosekriterien der Polytoxikomanie erfüllten. Dies bedeutet, dass diese Probandinnen im Zeitraum der letzten 12 Monate wiederholt mindestens drei Substanzklassen nebeneinander einnahmen.

Abbildung 4-1: Verteilung (prozentual) innerhalb der Gruppe der Probandinnen mit Substanzkonsum nach Art der Substanz:



4.2. Demographische und forensische Variablen:

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über das durchschnittliche Alter, die Vorstrafenzahl, das Alter bei der ersten Verurteilung, die begangenen Delikte vor Erlangung der Strafmündigkeit und die bisherige Gesamthaftdauer in Monaten der beiden Gruppen im Vergleich:

Tabelle 4-3: Mittelwerte demographischer und forensischer Parameter im Vergleich:

	Probandinnen ohne SPS N=54	Probandinnen mit SPS N=59	Mann-Whitney-Test
Alter zum Zeitpunkt der Untersuchung	39,6 (11,9)	28,9 (9,2)	Probandinnen ohne SPS > Probandinnen mit SPS $p=0,000$
Vorstrafenzahl	5,6 (6,9)	5,4 (5,1)	ns
Alter bei der ersten Verurteilung	31,8 (12,7)	21,4 (7,2)	Probandinnen ohne SPS > Probandinnen mit SPS $p=0,000$
Anzahl der vor Strafmündigkeit begangenen Delikte	1,9 (0,3)	1,9 (0,4)	ns

Gesamthafdauer in Monaten	20,9 (23,0)	19,5 (23,6)	ns
---------------------------	-------------	-------------	----

Signifikant unterschieden sich die beiden Gruppen hinsichtlich des Alters zum Zeitpunkt der Untersuchung und bei der Erstverurteilung. In beiden Fällen waren die Frauen mit Störungen durch psychotrope Substanzen im Mittel zehn Jahre jünger. Auch bei der parametrischen Auswertung mittels T-Test bei unabhängigen Stichproben ergab sich bezüglich der Altersverteilung der beiden Gruppen eine Signifikanz von 0,000.

4.2.1. Einteilung in Altersklassen:

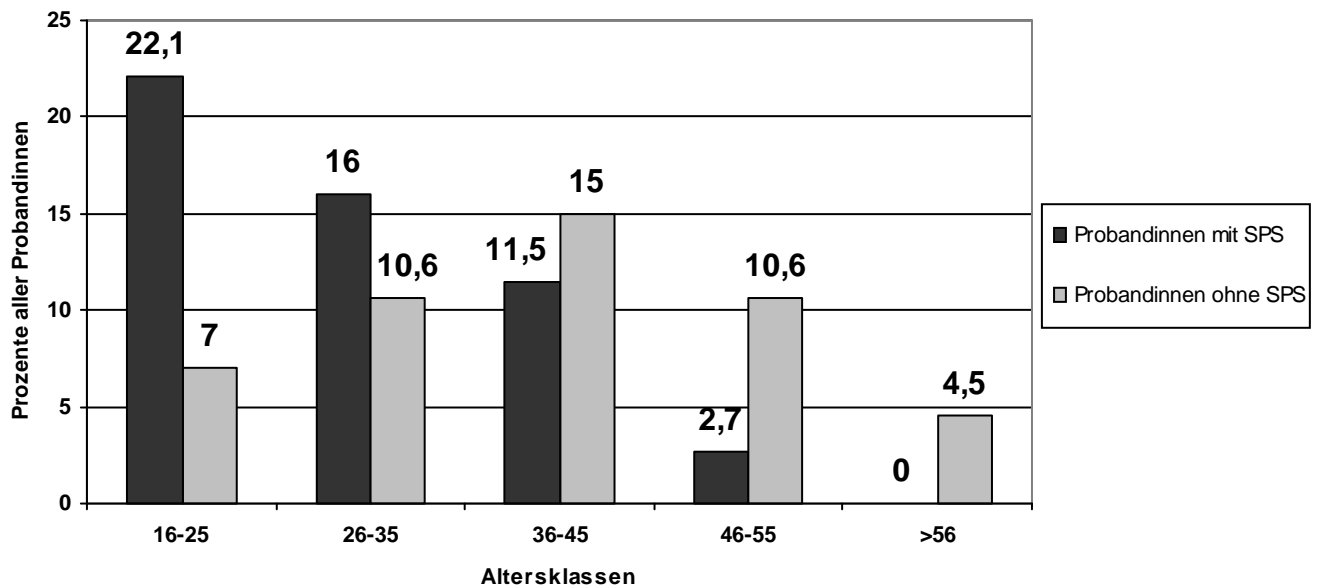
Unterteilt man die Gesamtgruppe in die 5 dargestellten Altersklassen und vergleicht die substanzkonsumierenden Frauen mit den Nichtkonsumierenden, ergibt sich folgende Übersicht:

Tabelle 4-4: Probandinnen mit SPS verschiedener Altersklassen im Vergleich:

	16-25 J N=33	26-35 J N=30	36-45 J N=30	46-55 J N=15	über 55 J N=5	gesamt N=113 (100%)
Probandinnen ohne SPS erwartet	8 (7,0%) 15,8	12 (10,6%) 14,3	17 (15,0%) 14,3	12 (10,6%) 7,2	5 (4,5%) 2,4	54 (47,7%)
Probandinnen mit SPS erwartet	25 (22,1%) 17,2	18 (16,0%) 15,7	13 (11,5%) 15,7	3 (2,7%) 7,8	0 2,6	59 (52,3%)

Chi-Quadrat-Test p=0,000

Abbildung 3-2: Verteilung des Drogenkonsums in den einzelnen Altersklassen



Der Altersgipfel bei den Probandinnen mit SPS lag im jüngeren Altersbereich, bei den nichtkonsumierenden Insassinnen in der 4. Lebensdekade.

4.3. Soziodemographische Parameter:

Tabelle 4-5: soziodemographische Parameter im Vergleich:

	Probandinnen ohne SPS N=54	Probandinnen mit SPS N=59	Chi- Quadrat- Test jeweils	Gesamt N=113
ohne feste Partnerschaft	46 (85,2%)	54 (91,5%)	ns	100 (88,5%)
ohne Schulabschluss	4 (7,4%)	4 (6,8%)	ns	8 (7,1%)
ohne Berufsausbildung	47 (87%)	53 (90,0%)	ns	100 (88,5%)
Arbeitslosigkeit vor Inhaftierung	46 (85,2%)	51 (86,4%)	ns	100 (88,5%)

Die meisten der inhaftierten Frauen (88,5%) führten zum Zeitpunkt der Untersuchung keine Partnerschaft oder Ehe. Zwischen den Untersuchungsgruppen gab es diesbezüglich keine Unterschiede.

Die Mehrzahl hatte einen Schulabschluss erlangt (93% aller Probandinnen). Es ergab sich hinsichtlich der Schulbildung kein Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Von allen erreichten Schulabschlüssen waren 93% Hauptschulabschlüsse. Auch in Bezug auf die Berufsausbildung ließen sich keine signifikanten Unterschiede feststellen. Unter den 100 Frauen ohne Berufsausbildung waren 47% Probandinnen ohne SPS und 53% Probandinnen mit SPS.

Insgesamt waren 85,8% der Frauen vor ihrer Inhaftierung arbeitslos. Hinsichtlich der Verteilung in den beiden Gruppen ergab sich kein signifikanter Unterschied.

4.4. Ergebnisse der Intelligenztestung:

Die mittels zweier Untertests des HAWIE erhobenen Intelligenzquotienten variierten bei der gesamten untersuchten Population zwischen 28 bis 124 (Mittelwert: 83,15, Standardabweichung: 22,27) beim Allgemeinwissen-Test und zwischen 28 bis 142 (Mittelwert: 83,24, Standardabweichung: 20,86) beim Mosaiktest.

In folgender Tabelle werden die Mittelwerte der nach Allgemeinwissen-Test und Mosaiktest erhobenen Intelligenzquotienten im Vergleich der beiden Gruppen miteinander dargestellt.

Tabelle 4-6: ermittelter Intelligenzquotient im Vergleich:

	Probandinnen ohne SPS N=54	Probandinnen mit SPS N=59	Mann- Whitney- Test
AW- IQ	83,4 (23,6)	82,9 (21,2)	ns
MT- IQ	82,0 (22,0)	84,3 (19,9)	ns

Die ermittelten Werte wiesen auf ein unterdurchschnittliches Niveau der erhobenen Intelligenzleistungen im Vergleich zur Normalbevölkerung hin.

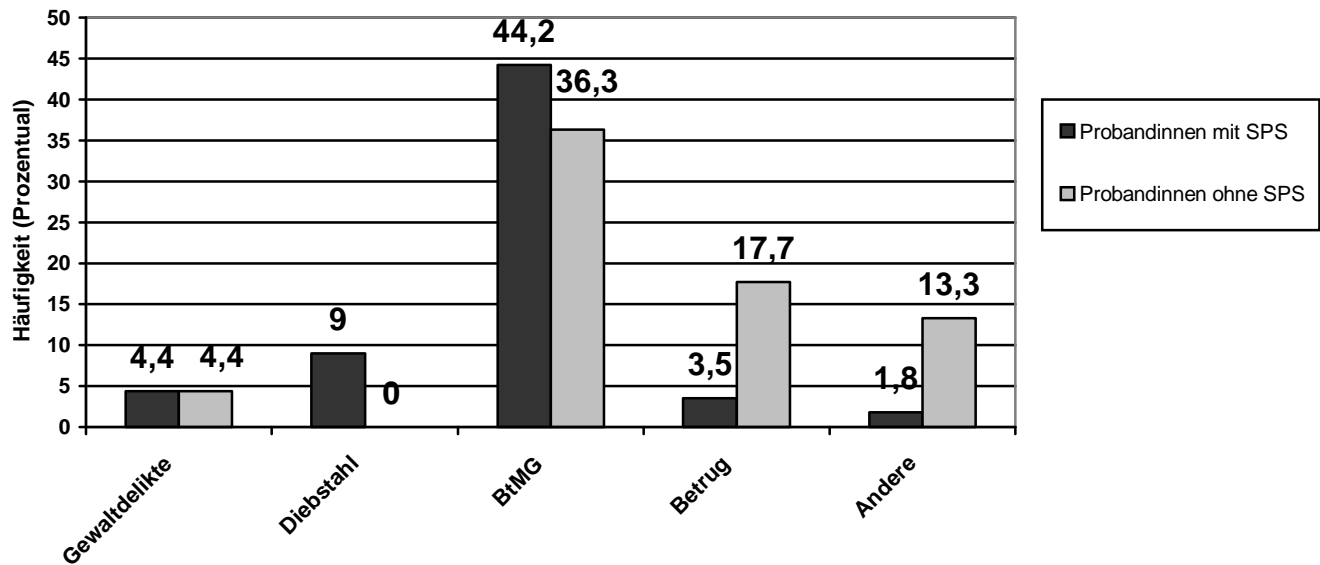
Im Vergleich der beiden Gruppen mit oder ohne SPS ergaben sich keine Unterschiede bezüglich der ermittelten Intelligenzquotienten.

4.5. Art der begangenen Delikte:

Tabelle 4-7: Art der begangenen Delikte im Vergleich:

	Probandinnen ohne SPS N=54	Probandinnen mit SPS N=59	Chi-Quadrat-Test Jeweils	Gesamt N=113
Gewaltdelikte	5 (9,3%)	5 (8,5%)	ns	10 (8,8%)
Diebstahl	0	9 (15,3%)	Probandinnen ohne SPS < Probandinnen mit SPS p=0,003	9 (8 %)
BTM	41 (76,0%)	50 (85,0%)	ns	91 (80,5%)
Betrug	20 (37,0%)	4 (6,8%)	Probandinnen ohne SPS > Probandinnen mit SPS p=0,000	24 (21,2%)
Andere	15 (27,8%)	2 (3,4%)	Probandinnen ohne SPS > Probandinnen mit SPS p=0,000	17 (15,1%)

Abbildung 4-3: Verteilung der Gruppen nach Art der begangenen Delikte in Prozent:



Unter den registrierten Delikten fanden sich 10 Gewaltdelikte, darunter ein Mord, sechs Körperverletzungen und drei Raubdelikte. Die beiden Gruppen mit oder ohne SPS unterschieden sich diesbezüglich nicht voneinander.

Signifikante Unterschiede ergaben sich beim Diebstahl und bei anderen Delikten. Alle neun Diebstahldelikte wurden von Täterinnen mit Störung durch psychotrope Substanzen verübt.

Betrugsdelikte (N=24) hingegen wurden signifikant häufiger von Probantinnen ohne Störung durch psychotrope Substanzen begangen.

Unter anderen Delikten waren Vergehen gegen die StVO (N=3), Unterschlagung (N=2), uneidliche Falschaussage (N=2), unterlassener Hilfeleistung (N=1), Brandstiftung (N=2), Abschiebehaft (N=1), Zuhälterei (N=1) sowie Unterlassen der Zahlung einer Geldstrafe (N=2), Auflageverstoß (N=1) und Bewährungswiderruf (N=2) bei jeweils unbekanntem Anlassdelikt subsummiert. Auch hier waren die Probantinnen ohne SPS deutlich häufiger vertreten.

Die Verstöße gegen das BtMG waren insgesamt mit 80,5% aller begangenen Straftaten stark vertreten. Sie wurden jedoch nicht signifikant häufiger von drogenkonsumierenden Probantinnen verübt.

4.6. Psychische Störungen der Achse I:

4.6.1. Psychische Störungen der Gesamtpopulation:

Auffällig war die hohe Zahl von 35,4% der Probandinnen, die zum Zeitpunkt der Untersuchung die Kriterien einer affektiven Störung erfüllten. Hierbei handelte es sich ausnahmslos um depressive Formen der affektiven Störungen. Weit über die Hälfte (56,6%) der Probandinnen hatten im Laufe ihres Lebens Symptome, welche zur Diagnose affektive Störung führten.

Noch höher war die Zahl der derzeit bestehenden Angststörungen. 37,2% der Frauen in Haft waren davon betroffen und/oder 54% zuvor im Laufe ihres Lebens. 25,7% der Frauen litten unter einer Posttraumatischen Belastungsstörung.

Es fand sich bei 9% der untersuchten Frauen zum Zeitpunkt der Untersuchung eine psychotische Störung gemäß DSM-IV. Über Psychotische Störungen im Verlauf ihres Lebens berichteten 19,5% der Probandinnen.

Bei 7% aller Frauen diagnostizierte man eine somatoforme Störung, 8% litten derzeit und 22,1% im Laufe ihres Lebens unter einer Ess-Störung.

4.6.2. Komorbidität der Achse I Störungen mit Störungen durch psychotrope Substanzen:

Folgende Tabellen verdeutlichen die Verteilung der einzelnen Diagnosen in den beiden Gruppen der Probandinnen mit bzw. ohne Störungen durch psychotrope Substanzen, zunächst die aktuelle Diagnose, dann die lifetime-Diagnose betreffend:

Tabelle 4-8: aktuell bestehende psychiatrische Störungen im Vergleich:

Diagnose	Probandinnen ohne SPS N=54	Probandinnen mit SPS N=59	Chi-Quadrat-Test jeweils
Affektive Störung (derzeit)	22 (40,7%)	18 (30,5%)	ns
Psychotische Störung (derzeit)	5 (9,3%)	4 (6,8%)	ns

Angststörung (derzeit)	21 (38,9%)	21 (35,6%)	ns
Somatoforme Störung (derzeit)	5 (9,3%)	3 (5,1%)	ns
Ess-Störung (derzeit)	3 (5,6%)	6 (10,2%)	ns
PTBS	11 (20,4%)	18 (30,5%)	ns

Tabelle 4-9: psychiatrische Störungen in der Vergangenheit (lifetime), jedoch nicht im letzten Monat im Vergleich:

Diagnose	Probandinnen ohne SPS N=54	Probandinnen mit SPS N=59	Chi-Quadrat- Test jeweils
Affektive Störung (lifetime)	31 (57,4%)	33 (56,0%)	ns
Psychotische Störung	9 (16,7%)	13 (22,0%)	ns
Ess-Störung (lifetime)	10 (18,5%)	15 (25,4%)	ns
Angststörung (lifetime)	34 (63,0%)	27 (45,8%)	P=0,057 Trend

Bei keiner der diagnostizierten psychischen Störungen war ein signifikanter Unterschied zwischen den untersuchten Gruppen festzustellen.

Tendenziell wiesen die konsumierenden Frauen seltener Angststörungen (lifetime, 45,8%) als die nicht substanzkonsumierenden Probandinnen (lifetime, 63,0%) auf. Insgesamt ergaben sich für beide Gruppen hohe Prävalenzen für depressive Störungen, Angststörungen und Posttraumatische Belastungsstörungen.

4.6.3. Komorbidität mit weiteren Achse-I-Störungen:

Folgende Zahlen zeigen die Anzahl der diagnostizierten Achse-I-Störungen und somit die Anzahl der Komorbiditäten aus den Bereichen affektive Störungen, psychotische Störungen, Angststörungen, somatoforme und Essstörungen die bei jeweils einer Probandin diagnostiziert wurden:

Tabelle 4-10: Anzahl der Komorbiditäten der beiden Gruppen im Vergleich:

Anzahl der untersuchten Störungen	0	1	2	3	>3
Anzahl der Probandinnen ohne SPS	25 (46,3%)	10 (18,5%)	9 (16,7)	9 (16,7)	0
Anzahl der Probandinnen mit SPS	31 (52,5%)	10 (16,9%)	10 (16,9%)	5 (8,5%)	1 (1,7%)

Es ergaben sich hinsichtlich der Anzahl der Komorbiditäten von Achse-I-Störungen keine signifikanten Unterschiede bei den Probandinnen mit oder ohne SPS. Am häufigsten wurden eine oder zwei Störungen, die gleichzeitig vorlagen diagnostiziert.

4.7. Persönlichkeitsstörungen:

4.7.1. Persönlichkeitsstörungen der Gesamtpopulation:

Die insgesamt am häufigsten diagnostizierte Persönlichkeitsstörung war die antisoziale Persönlichkeitsstörung. Darauf folgten die Borderline-, selbstunsichere, zwanghafte, paranoide und depressive Persönlichkeitsstörungen. Insgesamt wurde eine hohe Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert. Bei 53 Frauen (47%) wurde mindestens eine Persönlichkeitsstörung festgestellt, 60 Frauen (53%) hingegen waren unauffällig bezüglich der Persönlichkeitsstörungen. 309 Persönlichkeitsstörungen wurden insgesamt diagnostiziert. Die Verteilung lässt sich aus Tabelle 4-11 entnehmen.

4.7.2. Komorbidität der Persönlichkeitsstörungen mit SPS:

Tabelle 4-11: diagnostizierte Persönlichkeitsstörungen im Vergleich:

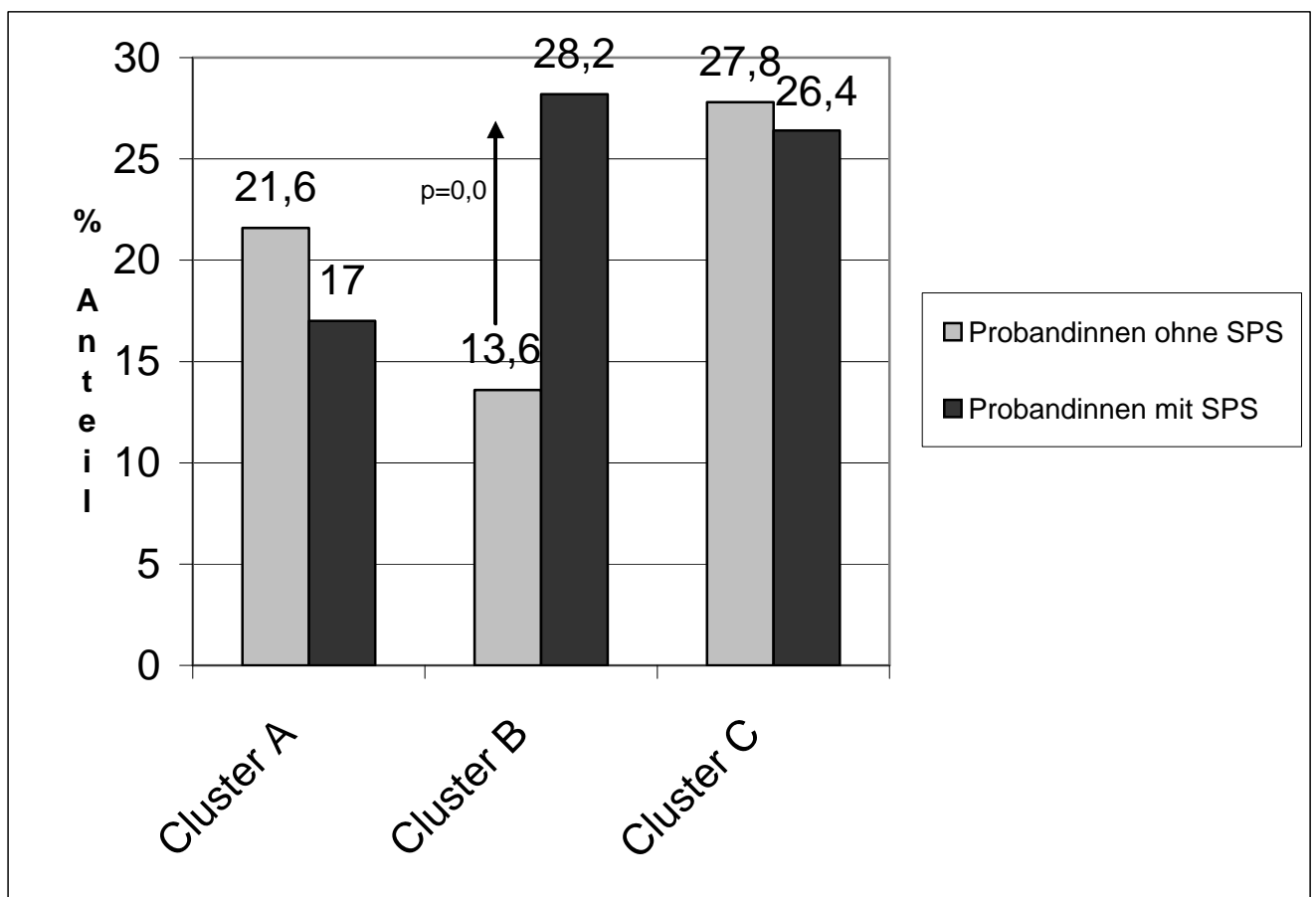
Persönlichkeitsstörung	Probandinnen ohne SPS N=54	Probandinnen mit SPS N=59	Chi Quadrat- Test jeweils:	Gesamt N=113
Selbstunsichere	21 (39,0%)	16 (27,1%)	ns	37 (32,7%)
Dependente	8 (14,8%)	15 (25,4%)	ns	23 (20,4%)
Zwanghafte	19 (35,2%)	16 (27,1%)	ns	35 (31,0%)
Negativistische	13 (24,0%)	15 (25,4%)	ns	28 (24,8%)
Depressive	14 (26,0%)	16 (27,1%)	ns	30 (27,0%)
Paranoide	15 (27,8%)	18 (30,5%)	ns	33 (29,2%)
Schizotypische	6 (11,1%)	1 (1,7%)	Probandinnen ohne SPS > Probandinnen mit SPS $p=0,04$	7 (6,2%)
Schizoide	14 (26,0%)	11 (18,6%)	ns	25 (22,1%)
Histrionische	0	6 (10,2%)	Probandinnen ohne SPS < Probandinnen mit SPS $p=0,015$	6 (5,3%)
Narzisstische	3 (5,6%)	3 (5,1%)	ns	6 (5,3%)
Borderline	12 (22,2%)	25 (42,4%)	Probandinnen ohne SPS < Probandinnen mit SPS $p=0,019$	37 (32,7%)
Antisozial	12 (22,2%)	30 (50,8%)	Probandinnen ohne SPS < Probandinnen mit SPS $p=0,001$	42 (37,2%)

Signifikant häufiger fanden sich die Persönlichkeitsstörungen vom histrionischen, Borderline und antisozialen Typ in der Gruppe der Frauen mit der Diagnose Substanzabhängigkeit und/oder Missbrauch. Die schizotypische Unterform trat häufiger in der Gruppe ohne SPS auf.

Bei Einzelvergleichen im Mehrfachtest erhielt man nach alpha-Adjustierung (Bonferroni-Korrektur) ein Signifikanzniveau von 0,004. Demnach war nur von einem Zusammenhang zwischen Störung durch psychotrope Substanzen und antisozialer Persönlichkeitsstörung auszugehen.

Ich unterteilte die Persönlichkeitsstörungen in die dafür gebräuchlichen Cluster A,B und C (Cluster-A= schizotype, schizoide und paranoide PS, Cluster-B= antisoziale, Borderline, histrionische und narzisstische PS, Cluster-C= selbstunsichere, dependente, zwanghafte, negativistische und depressive PS) und berechnete den Prozentanteil des jeweiligen Clustermaximalwertes. Damit ergab sich ein deutlich signifikanter Zusammenhang zwischen Cluster B-Persönlichkeitsstörung und Substanzabhängigkeit bei den Probandinnen (s. Abb.4-4).

Abbildung 4-4: Prozentanteil des jeweiligen Clustermaximalwertes beider Gruppen:



4.8. Alkoholabhängigkeit und –missbrauch:

4.8.1. Alkoholkonsum der Gesamtpopulation:

Tabelle 4-12: lifetime- Diagnosen des Alkoholkonsums aller Probandinnen:

	Häufigkeit	Anteil in %
kein Alkoholkonsum	60	53,1%
Alkoholmissbrauch	13	11,5%
Alkoholabhängigkeit	37	32,7%
Gesamt	110	97,3%
fehlend	3	2,7%
Gesamt	113	100%

Bei 53,1% der untersuchten Frauen lag keine Alkoholabhängigkeits- oder Alkoholmissbrauchsdiagnose vor. Bei einem Drittel aller Probandinnen lag in der Lebensgeschichte eine Alkoholabhängigkeit vor und bei 11% ein Alkoholmissbrauch. Innerhalb des Monats vor dem Untersuchungszeitpunkt erfüllten noch 8,8% der Frauen die Kriterien einer Alkoholabhängigkeit.

4.8.2. Alkoholkonsum und Konsum anderer Substanzen:

Tabelle 4-13: Alkoholkonsum drogenkonsumierender und nicht drogenkonsumierender Frauen:

	Probandinnen ohne SPS N=54	Probandinnen mit SPS N=59
kein Alkoholkonsum erwartet	38 (70,3%) 30,1	25 (42,4%) 32,9
Alkoholabhängigkeit und/ oder –missbrauch erwartet	16 (29,6%) 23,9	34 (57,6%) 26,1

Chi-Quadrat-Test $p = 0,002$

Probandinnen, die nie Abusus mit Alkohol betrieben haben, waren signifikant häufiger in der Gruppe der Frauen ohne Missbrauch oder Abhängigkeit von

psychotropen Substanzen anzutreffen. Probandinnen, die psychotrope Substanzen konsumierten, waren zu 57,6% auch von einem Alkoholproblem betroffen. Demzufolge war auch Alkohol als wichtiger Faktor in Bezug auf Misch- und Beikonsum bei den untersuchten Frauen mit SPS zu werten.

4.9. Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS):

Von den 113 untersuchten Frauen wurde bei 9 (8%) ein ADHS nach DSM-IV diagnostiziert. 6 der 9 Probandinnen mit ADHS waren auch zusätzlich mit SPS belastet. Die Verteilung von ADHS auf die beiden Gruppen mit und ohne SPS war nicht signifikant ($p=0,291$).

Auffallend war jedoch, dass alle 6 Probandinnen mit SPS bei denen auch ADHS diagnostiziert wurde dem unaufmerksamen Subtyp des ADHS nach DSM-IV zuzuordnen waren. Dieser Subtyp kam in der Kontrollgruppe nicht vor. Hier waren die Kriterien also signifikant häufiger bei den Probandinnen mit SPS erfüllt ($p=0,018$). Wegen der kleinen Fallzahl ist eine statistische Auswertung jedoch nur bedingt aussagefähig.

5. Diskussion:

Psychiatrische Erkrankungen sind bei Häftlingen im Strafvollzug ein weit verbreitetes Phänomen. In den bislang verfügbaren Studien hat sich ergeben, dass Störungen durch psychotrope Substanzen (SPS) vor allem bei Frauen in Haft die häufigsten Diagnosen im Bereich der psychiatrischen Störungen darstellen (DENTON 1995, JORDAN et al. 1996, TEPLIN et al. 1996, ABRAM et al. 2003, SCHÖNEFELD et al. 2006). Daten, welche die Situation in deutschen Haftanstalten beleuchten, liegen bislang kaum vor. Im Rahmen einer Studie in der Justizvollzugsanstalt Bielefeld an 63 Frauen und 76 Männern wurde gezeigt, dass 70% der Frauen substanzbedingte Störungen aufwiesen, von denen wiederum 60% opiatbezogen waren (SCHÖNEFELD et al. 2006).

In der nunmehr in der Justizanstalt Zweibrücken durchgeführten Studie zeigte sich, dass von den 113 untersuchten Frauen 52%, also mehr als die Hälfte von einem Missbrauch oder einer Abhängigkeit von psychotropen Substanzen betroffen waren. Von den 59 Probandinnen mit einer SPS erfüllten die Hälfte die Kriterien einer aktuellen Abhängigkeit. Da sich hierbei der Substanzkonsum auf den Zeitraum eines Monats vor der Untersuchung bezog, ist davon auszugehen, dass die Abhängigkeiten zum Teil auch noch während der Inhaftierungszeit in einer akuten Form vorlagen und entweder mit ärztlich kontrollierter Einnahme von Drogensubstituten oder illegalem Drogenkonsum einhergingen. Dies wies auf einen akuten Behandlungsbedarf bei einem Teil der inhaftierten Frauen hin. Auffallend hoch war in der hier vorliegenden Untersuchung mit 66% der Anteil der Frauen mit SPS, bei denen die Diagnose einer Opiatabhängigkeit zu stellen war. Dies entsprach einem Anteil von 35% der Gesamtstichprobe. Bei der oben erwähnten Untersuchung in der JVA Bielefeld zeigte sich mit 60% ein ähnlich hoher Wert der Opiatabhängigkeit bei weiblichen Häftlingen mit SPS.

Hinsichtlich des hohen Anteils opiatabhängiger Frauen im Strafvollzug ist auf einen deutlichen Unterschied zur Normalbevölkerung hinzuweisen, wo Opiatkonsum tendenziell an Bedeutung verliert und stattdessen Stimulanzen und MDMA an Bedeutung gewinnen (Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung 2005).

In der hier untersuchten Stichprobe der JVA Zweibrücken machten unter den Frauen mit SPS eine Abhängigkeit von Cannabis 31%, von Sedativa und Stimulanzen jeweils 27% und von Kokain 25% aus. Eine Mehrzahl der von SPS betroffenen

Frauen (46% aller Untersuchten) konsumierte mehrere Substanzen und 18,6% der Frauen zeigten ein polytoxikomanes Suchtverhalten. Dies lag im Vergleich zu der Studie aus der JVA Bielefeld, bei der polytoxikomanes Konsumverhalten bei 38% der Probandinnen gefunden wurde, niedriger.

Im Vergleich mit internationalen Studien lag die Prävalenz substanzbedingter Störungen bei den in der JVA Zweibrücken inhaftierten Frauen vergleichsweise hoch. In einer australischen Studie waren 48,2% der untersuchten weiblichen Gefängnisinsassen drogenabhängig (DENTON 1995). Auch in dieser Studie war die Opiatabhängigkeit mit 54% die häufigste, gefolgt von Abhängigkeiten von Amphetaminen (45%), Benzodiazepinen (41%), Cannabis (18%) und Kokain (2%). Die Prävalenz von Polytoxikomanie wurde mit 34% angegeben. In mehreren nordamerikanischen Studien wurden Prävalenzen von Abhängigkeitssyndromen bei inhaftierten Frauen zwischen 30,3% (JORDAN et al. 1996), 45,5% (ABRAM et al. 2003) und 63,6% (TEPLIN et al. 1996) beschrieben. Laut letztgenannter Studie handelte es sich bei den 63,3% der Probandinnen mit SPS vornehmlich um die Abhängigkeit und den Missbrauch von Heroin und Kokain. Die anderen nordamerikanischen Studien differenzierten nicht zwischen den einzelnen Substanzklassen, sodass sich hier keine Vergleichsmöglichkeiten bieten. Die hohe Anzahl von Frauen mit SPS in deutschen Gefängnissen im internationalen Vergleich mag u.a. in den unterschiedlichen Rechtssystemen begründet liegen. In diesem Zusammenhang ist es bemerkenswert, dass in Deutschland Frauen nur etwa 5% der in Haftanstalten einsitzenden Straftäter ausmachen. Die bei Frauen insofern vergleichsweise restriktive Anordnung von Haftstrafen durch deutsche Gerichte könnte zu einem Selektionseffekt beitragen, der sich auch in Form erhöhter Prävalenzen psychiatrischer Störungen niederschlägt.

Einige interessante Ergebnisse ergaben sich im Vergleich der Gruppe der Frauen mit Störungen durch psychotrope Substanzen mit der Gruppe der Frauen ohne diese Störung. Im Vergleich soziodemographischer Parameter zeigte sich, dass die Probandinnen mit SPS deutlich jünger waren. Fast die Hälfte der Probandinnen mit SPS war zum Zeitpunkt der Untersuchung zwischen 16 und 25 Jahre, ihr Altersmittel lag bei 28,9 Jahren. Das Altersmittel der Probandinnen ohne SPS lag bei 39,5 Jahren.

Dass vor allem die jüngeren Straftäterinnen vom Drogenproblem betroffen waren, könnte mit dem allgemeinen altersbedingtem Rückgang von Suchterkrankungen im

Sinne des „maturing out“ (der Ausstiegs aus der Drogensucht im höheren Erwachsenenalter) in Verbindung stehen. Die gefundene Altersverteilung könnte aber auch auf eine aktuelle Zunahme des Problems bei Straftäterinnen hinweisen und als eine eher steigende Tendenz von SPS bei inhaftierten Frauen interpretiert werden. Zur Klärung dieser Frage wäre eine Vergleichsgruppe aus der Allgemeinbevölkerung notwendig, die jedoch im Rahmen dieser Studie nicht zur Verfügung stand.

Die Daten lassen sich mit Ergebnissen von Studien aus anderen Ländern schlecht vergleichen, da Alterseffekte in nur wenigen Studien untersucht wurden. In North Carolina erhobene Daten von 1996 zeigten eine andere Verteilung: 48,4% der drogenkonsumierenden Haftinsassinnen waren zwischen 25 und 44 Jahre alt und 38,5% der jüngeren Frauen zwischen 18-24 Jahren waren von illegalen Drogen abhängig (JORDAN et al. 1996).

Die erfassten soziologischen Parameter Schulabschluss, Berufsausbildung, Arbeitslosigkeit und Leben in einer Beziehung wiesen in dieser Studie keinen Bezug zu den Störungen durch psychotrope Substanzen auf. Insgesamt war festzustellen, dass die meisten der inhaftierten Frauen alleinlebend und mit Schulabschluss und arbeitslos waren. Auch die erfassten Parameter zur Beurteilung der intellektuellen Fähigkeiten ließen keine Beziehung zu SPS erkennen. Die Ergebnisse der Studie zeigten insofern, dass sich Straftäterinnen mit SPS im Bereich ihrer sozialen Hintergründe nicht von anderen Straftäterinnen unterschieden. Möglicherweise machen sich hier jedoch auch Deckeneffekte in dieser speziellen Population sozial besonders auffälliger Frauen bemerkbar, die keine weiteren Differenzierungsmöglichkeiten mehr zulassen.

Unterschiede zwischen Straftäterinnen mit und ohne SPS fanden sich jedoch mit Blick auf die Entwicklung und der Art delinquenten Verhaltens. Es zeigte sich ein deutlich niedrigeres Einstiegsalter bei den Probandinnen mit SPS und auch das Delinquenzprofil variierte bei den beiden Gruppen. Signifikant häufiger waren Diebstähle bei den Frauen mit SPS, während Betrugsdelikte in der Mehrzahl von den Frauen, bei denen keine SPS diagnostiziert wurde, verübt wurden.

Überraschenderweise sind BTM-Delikte von beiden Gruppen in annähernd gleichem Ausmaß begangen worden. Die BTM-Delinquenz stellte insgesamt mit einem Anteil von 80% der begangenen Delikte die mit Abstand am häufigsten begangene Straftat dar. Es kann daraus geschlossen werden, dass selbst bei nicht direkt durch Sucht

oder Substanzmissbrauch betroffenen Straftäterinnen der Umgang z.B. in Form von Handel mit illegalen psychotropen Substanzen eine Rolle spielte und Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz nicht notwendigerweise an das Vorhandensein von Missbrauch oder einer Abhängigkeit von Drogen im medizinisch diagnostischen Sinn gebunden ist.

Komorbiditäten der SPS mit anderen psychischen Störungen waren erwartungsgemäß häufig. In anderen Studien konnten Zusammenhänge zwischen depressiven Störungen und Drogenkonsum im Gefängnis dargestellt werden (TOLOU-SHAMS 2008). In der vorliegenden Studie gab es keine deutliche Beziehung zwischen Substanzgebrauch und Achse-I-Störungen. Insgesamt lagen die psychischen Störungen weit über den Erwartungswerten in der Allgemeinbevölkerung. Vor allem derzeit bestehende affektive Störungen (vorherrschend depressiv) mit 35,4%, derzeit bestehende Angststörungen mit 37,2% und Posttraumatische Belastungsstörung mit 25% lagen deutlich über der Norm. In der Allgemeinbevölkerung liegen die Prävalenzen für affektive Störungen zwischen 5-10 %, für Angststörungen bei 7 % und bei PTBS schwanken die Werte in der Literatur zwischen 1,3-7,8 % (Arch Gen Psych. 1995). Die Ergebnisse aus der vorliegenden Studie lagen teilweise noch höher als die Ergebnisse entsprechender Studien aus England oder den USA (MADEN et al. 1994, JORDAN et al. 2002; TEPLIN et al. 1994, ABRAM et al. 2003), sind aber vergleichbar mit den von VON SCHÖNFELD (2006) veröffentlichten Daten aus einer deutschen Haftanstalt. In einer Schweizer Studie war die Punktprävalenz von PTBS mit 27% der Gefangenen ähnlich hoch (URBANIOK 2007). Die hohe Anzahl psychischer Störungen mit einer hohen Anzahl an Komorbiditäten bei inhaftierten Frauen spiegelt einen insgesamt schlechten psychischen Gesundheitszustand dieser Personengruppe wider und spricht für die Notwendigkeit adäquater Hilfsangebote in Form geeigneter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlungskonzepte im Strafvollzug. Diese scheinen auch aus kriminalpräventiver Perspektive sinnvoll, um einer neuerlichen Delinquenz nach der Haftverbüßung entgegenzuwirken.

In der vorliegenden Untersuchung wurde ein besonderes Augenmerk auf die Erfassung der adulten Form der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) gelegt, da eine Vielzahl von Studien eine Assoziation von ADHS und Delinquenz feststellten (VERMEIREN 2003, RÖSLER et al. 2003, RETZ et al. 2004). Adulte ADHS gemäß DSM-IV wurde bei 9 Probandinnen (8%) diagnostiziert. Bei der

Normalbevölkerung liegt die Prävalenz bei 3,1% (FAYYAD et al. 2008). In einer vergleichbaren Studien, die in der Justizvollzugsanstalt Ottweiler durchgeführt wurde, erfüllten mehr als 45% der untersuchten jungen Männer die Kriterien für ADHS (RÖSLER et al. 2003, RETZ et al. 2004). Dies spiegelt die Dominanz dieser Diagnose beim männlichen Geschlecht in der Allgemeinbevölkerung und insbesondere in forensischen Populationen wider. Jedoch waren die männlichen Probanden in der oben genannten Studie im Durchschnitt deutlich jünger als die Probandinnen, die in der Justizvollzugsanstalt Zweibrücken untersucht wurden. Die unterschiedlichen Prävalenzen können eventuell durch die Altersabhängigkeit der Störung und der Abnahme mit steigendem Lebensalter erklärt werden (RÖSLER et al. 2009). Eine signifikante Häufung der Diagnose ADHS bei Probandinnen mit SPS ergab sich hinsichtlich des aufmerksamkeitsgestörten ADHS. Alle 6 Frauen mit dieser Diagnose waren auch substanzabhängig. Bei dieser aber relativ geringen Anzahl, lassen sich keine differenzierten Schlussfolgerungen ziehen. Um den Zusammenhang SPS und „Aufmerksamkeitsdefizit“ bei Frauen differenziert betrachten zu können, wären weitere Studien mit entsprechend höherer Fallzahl sinnvoll.

Neben Achse-I-Störungen waren auch Achse-II-Störungen, also Persönlichkeitsstörungen mit 47% weitaus häufiger als in der Allgemeinbevölkerung anzutreffen. Für die Allgemeinbevölkerung bewegen sich die in der Literatur angegebenen Prävalenzen zwischen 6,5 und 30 % (BRONISCH 2000). Cluster B-Persönlichkeitsstörungen, insbesondere antisoziale und Borderline-Störungen dominierten in der Gesamtgruppe der untersuchten Probandinnen in vorliegender Studie. Diese Störungen überwogen auch bei der Bielefelder Studie gegenüber anderen Persönlichkeitsstörungen. In der Allgemeinbevölkerung dominieren hingegen die Persönlichkeitsstörungen vom dependenten und vom anankastischen Typ. Trotz der insgesamt hohen Prävalenz von Cluster-B Persönlichkeitsstörungen in der Untersuchungspopulation waren diese signifikant häufiger bei Straftäterinnen mit SPS als bei denen ohne SPS zu diagnostizieren. Die schizotype Persönlichkeitsstörung wurde dagegen häufiger bei den Probandinnen ohne SPS diagnostiziert. Der Zusammenhang zwischen antisozialer Persönlichkeitsstörung und gleichzeitiger Drogenabhängigkeit war am deutlichsten und auch nach Bonferroni-Korrektur noch signifikant. Diskutieren kann man in dem Zusammenhang, inwieweit sich die beiden psychischen Erkrankungen bedingen. Einerseits kann

Drogenkonsum als symptomatischer Ausdruck eines dissozialen Lebensstils angesehen werden, andererseits fördern substanzbedingte Störungen die soziale Desintegration und begünstigen die Entwicklung von Dissozialität.

Zusammenfassend ergaben sich im Vergleich der inhaftierten Frauen mit und ohne SPS vor allem bezüglich des Alters, der Delinquenzverteilung und der Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen signifikante Unterschiede.

Die These, dass der Konsum illegaler Substanzen unter weiblichen Inhaftierten ein vorherrschendes Problem des Justizvollzugs darstellt, konnte auch anhand dieser Studie unterstrichen werden. Vor allem im Bereich des Opiatkonsums übertrafen die Ergebnisse die bisher erhobenen Daten von männlichen Gefangenen (KERN 1997, STÖVER 1994, KÜFER und BELOCH 2000, MISSONI et al. 2003, KONRAD 2003). Die Prävalenzraten fast aller psychischen Störungsgruppen lagen erheblich höher als in der Allgemeinbevölkerung, aber auch im oberen Bereich vergleichbarer internationaler Studien. Sie waren vergleichbar hoch mit den Ergebnissen der Studie in der JVA Bielefeld (VON SCHÖNFELD et al. 2006). Ursächlich hierfür ist eventuell eine relativ niedrige Inhaftierungsrate bei Frauen in Deutschland mit einem Effekt der Konzentration psychiatrischer Störungen in Haft im Vergleich zu den USA. Die internationalen Vergleichszahlen sind zudem nicht mehr aktuell. So ist möglicherweise eine Zuspitzung des Problems im letzten Jahrzehnt die Ursache der höheren Prävalenzraten. Außerdem bedingen soziokulturelle und ethnische Unterschiede eine Divergenz.

Abschließend ist auf verschiedene Aspekte hinzuweisen, welche bei der Bewertung der Studienergebnisse zu bedenken sind.

1. In der Justizvollzugsanstalt Zweibrücken sind alle Frauen inhaftiert, die im Saarland und großen Teilen von Rheinland-Pfalz zu Haftstrafen verurteilt wurden. Die Studie repräsentiert insofern die Situation eines recht großen, eher ländlich strukturierten Gebietes im Südwesten Deutschlands, kann also nicht als repräsentativ für städtische Ballungsgebiete beziehungsweise die Gesamtsituation in Deutschland gelten. Obwohl die Generalisierbarkeit der Ergebnisse aus dieser Studie insofern eingeschränkt ist, kann auf die recht hohe Übereinstimmung mit den

Ergebnissen hingewiesen werden, die sich in einer Studie bei inhaftierten Frauen und Männern der Justizvollzugsanstalt Hannover ergeben haben.

2. Es wurden zur Erfassung der psychischen Störungen standardisierte und valide Instrumente eingesetzt, die in Feldstudien erprobt wurden und auch in WHO-Studien zum Einsatz kommen. Fremdanamnestic Informationen, Labordiagnostik und eine apparative Untersuchung zur Differentialdiagnostik standen nicht zur Verfügung. Da bei den Probandinnen keine umfassenden psychiatrischen Untersuchungen durchgeführt wurden und die Diagnosen primär auf den Angaben der Studienteilnehmerinnen beruhten, müssen die in epidemiologischen Untersuchungen unvermeidlichen diagnostischen Unschärfen in Kauf genommen werden.

3. Nicht alle zum Untersuchungszeitpunkt inhaftierten Frauen erklärten sich zur Untersuchung bereit. Dies bedeutet, dass besonders auffällige oder besonders unauffällige Probandinnen möglicherweise der Datenerhebung entgangen sind und Ergebnisse daher verzerrt sein können.

4. Es wurde keine Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung in die Studie einbezogen, mit der die ermittelten Prävalenzen psychiatrischer Erkrankungen hätten kontrolliert werden können. Hinsichtlich des im Zentrum der Studie stehenden Vergleichs von demographischen, forensischen und psychopathologischen Parametern von inhaftierten Frauen mit und ohne SPS, wirkt sich dies jedoch nicht nachteilig aus.

Schlussfolgerungen:

Es konnte gezeigt werden, dass substanzbedingte psychische Störungen, insbesondere der Konsum von Opiaten und politoxikomanes Verhalten und Verstöße gegen das BTM in einem engen Zusammenhang mit der Inhaftierung von Frauen stehen. Im Vergleich mit ähnlichen Studien aus den vergangenen Jahren, scheint die Zahl der drogenkonsumierenden Haftinsassinnen entgegen der abnehmenden Tendenz des Opiatkonsums in der Normalbevölkerung zuzunehmen. Vor allem junge Frauen scheinen von dieser Entwicklung betroffen zu sein. Im Hinblick auf die Ziele des Strafvollzugs, nämlich einen Wandel im Leben eines Straftäters zu bewirken und das Risiko für zukünftige Straftaten zu reduzieren, ergibt sich mit Blick auf die dargelegten Befunde, dass ein erheblicher Therapiebedarf bei inhaftierten Frauen besteht. Nach § 56 Abs. 1 StVollzG ist für die körperliche Gesundheit der

Gefangenen zu sorgen. In § 6 Nr. 1 StVollzG ist der Anspruch auf medizinische Versorgung festgeschrieben. Einzusetzen seien alle Mittel, die notwendig sind, um eine Schwächung der Gesundheit zu beseitigen.

Des Weiteren ist zu bedenken, dass zur Verbesserung der Kriminalprognose die Haftstrafe ein Abschnitt des Weges von der Gesellschaft zur Strafrechtspflege und wieder zurück zur Gesellschaft sein sollte. Diese Aufgabe der Strafrechtspflege wurde im Jahr 1977 mit der Novellierung des Strafvollzugsgesetzes verkündet. Die mit dieser Novellierung verbundenen Absichten skizziert Stöver wie folgt: „Durch den Angleichungsgrundsatz (§ 3 Abs.1) soll (...) das Leben in Haft den allgemeinen Lebensbedingungen angeglichen werden, dabei sind die Standards der Gesellschaft außerhalb des Vollzugs zugrunde zu legen. Der Gegenwirkungsgrundsatz (§ 3 Abs.2) beruht auf der Annahme, dass der Freiheitsentzug in der Regel schädliche Wirkung hat, sowohl für die Gefangenen als auch für Dritte. Dem ist entgegenzuwirken: zum einen durch Bemühungen um frühzeitige Entlassung, Lockerungen usw., zum anderen in allen Lebensbereichen der Anstalt (Arbeit, Wohnen, Freizeit). Der Eingliederungsgrundsatz (§ 3 Abs.3) hält die Vollzugsbehörde dazu an, bei allen Maßnahmen die Entlassung im Auge zu behalten und den Weg in die Freiheit zu erleichtern. Der Vollzug soll den Gefangenen helfen, sich in das Leben draußen einzugliedern“ (STÖVER 2002).

In Anbetracht der vorliegenden Ergebnisse und der oben genannten Grundsätze erachte ich folgende Punkte bezüglich möglicher Hilfsangebote für relevant:

1. Die Behandlung von psychiatrischen Erkrankungen und insbesondere SPS mit ihren typischen Begleiterkrankungen und Problemen stellt eine notwendige Aufgabe des Strafvollzugs dar.
2. Suchterkrankungen und den damit verbundenen psychischen und physischen Begleiterkrankungen sollte besondere Beachtung geschenkt werden. Die Art der Therapie und die Prognose sind vom Gesamtbild der psychiatrischen Störung, dem körperlichen Allgemeinzustand und dem Verhalten abhängig. So sind Suchterkrankungen bei weiblichen Häftlingen oft mit HIV, Hepatitiden, sexuellem Risikoverhalten und anderen psychischen Erkrankungen vergesellschaftet (STATON-TINDALL 2010, FLANIGAN 2011).
3. Im Sinne des Angleichungsgrundsatzes ist es wichtig, dass bereits begonnene Therapien im Vollzug weiterlaufen können. Behandlungen innerhalb des Vollzugs

sollten im Hinblick auf das angestrebte Leben in Freiheit konzipiert sein und eine übergangslose Fortführung der Therapie sollte eingeleitet werden. Dazu sind eine Kooperation mit externen Suchtberatungsstellen, Therapeuten und Ärzten sowie eine frühzeitige Entlassungsvorbereitung nötig, die psychosoziale Betreuung, Wohnungssuche, ggf. Unterkunft in betreuten Wohngemeinschaften, Schuldnerberatung usw. leistet.

4. Da Frauen im Schnitt nur zwischen drei und neun Monaten in Haft sind (FEEST 2000), ist es von Anfang an wichtig, auf die Entlassung hinzuwirken und durch vernetzte soziale und gesundheitliche Hilfsangebote einen besseren Start in das Leben in Freiheit zu ermöglichen.

5. Die Erfahrungen der externen Drogenarbeit für Frauen haben gezeigt, dass die Behandlung von Frauen mit SPS anderer Konzepte und Vorgehensweisen bedarf, als die Behandlung von Männern (JACOB und KURMANN 1997). Spezielle Entzugsprogramme und Therapiehilfen für Frauen, hier insbesondere für junge Frauen sollten für Haftbedingungen erstellt werden und dort zur Anwendung kommen.

6. In verschiedenen Studien konnte gezeigt werden, dass inhaftierte Frauen motivierter sind als Männer, eine Therapie oder Substitutionsbehandlung zu beginnen und dass die Rückfallquoten bei Frauen niedriger sind als bei Männern (JOHNSON 2010, BELENKO 2011). Dies sollte umso mehr ein Grund sein, für weibliche Häftlinge ausreichend Hilfsangebote zur Verfügung zu stellen.

7. Gerade die räumliche Nähe und die Erreichbarkeit unter Haftbedingungen könnte eine Chance darstellen, mit einem speziellen Hilfsprogramm bisher auch unerreichten Frauen mit SPS Hilfe anzubieten. Hierfür muss aber zunächst die Notwendigkeit für Therapie- und Hilfsangebote verdeutlicht und konkretisiert werden. Eine aktuelle belgische Studie unterstrich, die psychiatrischen Behandlungsmöglichkeiten in europäischen Gefängnissen seien alarmierend unzureichend (VANDEVELDE 2011).

Multizentrische Studien mit größeren Fallzahlen und genaue Analysen des Behandlungsbedarfes sind notwendig.

6. Literaturverzeichnis:

1. Abram KM, Teplin LA, McClelland GM (2003) Comorbidity of severe psychiatric disorders and substance use disorder among women in jail. *Am J Psychiatry* 160: 1007-1010
2. Backmund M et al. (1998) Epidemiologie und Behandlungsmöglichkeiten bei an Hepatitis C erkrankten Drogenabhängigen. *Sucht* 44: 444
3. Beck A, Gillieard D, Greenfeld L, Harlow C, Hester T, Jankowski L, Snell T, Stephan J, Morton D (1993) Survey of state prison inmates, 1991. Rockville, Md: Bureau of Justice Statistics. BJS publication NCJ-136949
4. Belenko S, Houser KA (2011) Gender differences in engagement prison-based drug treatment participation. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*
5. Bronisch T (2000) Persönlichkeitsstörungen. In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP (Hrsg). *Psychiatrie und Psychotherapie*. Springer, Berlin Heidelberg New York
6. Cloninger CR, Guze SB (1970) Psychiatric illness and female criminology: the role of sociopathy and hysteria in the antisocial women. *Am J Psychiatry* 127: 303-311
7. Daniels A, Robins A, Reid J, Wilfley D (1988) Lifetime and six-month prevalence of psychiatric disorders among sentenced female offenders. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 6: 333-342
8. Denton B (1995) Psychiatric morbidity and substance dependence among women prisoners: An Australian Study. *Psychiatry, Psychology and Law* 2: 173-177

9. Dolde G (1995) Drogengefährdete und Drogenabhängige im Justizvollzug. Die strafrechtliche Unterbringung in einer Entziehungsanstalt, Kriminologische Zentralstelle, Wiesbaden: 93-103
10. Edgar/O'Donnell (1998) Mandatory drug testing in prisons, an evaluation. Home Office Research and Statistics Directorate, London, Research Finding No.75
11. EMCDDA/European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction
<http://www.qed.org.uk>
12. Fayyad J (2007) Cross-national prevalence and correlates of adult attention deficit hyperactivity disorder. Br J Psychiatry 190: 402-409
13. Fazel S, Danesh J (2002) Serious mental disorder in 23.000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. The Lancet 359: 545-550
14. Feest J. (2000) Kommentar zum Strafvollzugsgesetz. Neuwied: Luchterland
15. Flanigan TP, Beckwith CG (2011) The intertwined epidemics of HIV infection, incarceration and substance abuse: a call to action. Journal of Infectious Diseases 203(9): 1201-1203
16. Gaughwin et al. (1991) HIV prevalence and risk behaviours for HIV transmission in South Australian prisons. AIDS 5: 845-851
17. Gößling HW (1997) Klinischer Drogenentzug im Schnittpunkt zwischen akzeptierenden und abstinenzorientierenden Behandlungsstrategien. Sozialpsychiatrische Informationen 2: 6ff
18. Göttinger G (1994) AIDS und Justizvollzug- Modellprojekt zur Prophylaxe und Betreuungsarbeit im niedersächsischen Justizvollzug. Hannover (Ms.)

19. Greenfeld LA Minor-Harper S (1991) Women in prison. Rockville, Md: Bureau of Justice Statistics BJS publication NCJ-127991
20. Hankins CA, Gendron S, Handley MA et al. (1994) HIV infection among women in prison: an assessment of risk factors using a nonnominal methodology. Am J of Public Health 84: 1637-1640
21. Harlow CW (1993) HIV in US prisons and jails. Rockville, Md: Bureau of Justice Statistics BJS special report NCJ-143292
22. Heckmann W (1993) Drogennot- und -todesfälle: Eine differentielle Untersuchung der Prävalenz und Ätiologie der Drogenmortalität. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 28, Baden-Baden: Nomos
23. Hiller et al. (2005) Prisoners with substance abuse and mental health problems. American Journal of Drug and Alcohol Abuse 1: 1-20
24. Hodgins S, Côté G (1991) Prevalence of mental disorder among penitentiary inmates in Quebec. Canadian Mental Health 38: 1-4
25. Holbach et al. (1998) Prävalenz von Hepatitismarkern der Typen A,B,C und assoziiertes Risikoverhalten unter Patienten nach intravenösem Drogenkonsum. Sucht 44: 390-398
26. Hren J. (2001) Vernetzung der Drogenarbeit in Mittel- und Osteuropa am Beispiel der „Phare Technical Assistance to Drug Demand Reduction“. Gesundheitsförderung für Drogen Gebrauchende im Strafvollzug, AIDS-Forum DAH, Band 42/2
27. Hurley W, Dunne M (1991) Psychological distress and psychiatric morbidity in women prisoners. Aust NZ J Psychiatry 25: 461-470

28. Jacob J./Kurmann M (1997) Drogenarbeit mit Frauen. Leitfaden Drogentherapie Frankfurt/New York, Campus: 200-222
29. Johnson JE, Friedmann PD, Green TC, Harrington M, Taxman FS (2011) Gender and treatment response in substance use treatment-mandated parolees. *Journal of Substance Abuse Treatment* 40(3): 313-321
30. Jordan BK, Schlenger WE, Fairbank JA, Caddell JM (1996) Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women. *Arch Gen Psychiatry* 53: 513-519
31. Jordan BK, Federman EB, Burns BJ, Schlenger WE, Fairbank JA, Caddell JM (2002) Lifetime use of mental health and substance abuse treatment services by incarcerated women felons. *Psychiatric Serv* 53: 317-325
32. Kern J (1997) Zum Ausmaß des Drogenmissbrauchs in Justizvollzugsanstalten und den Möglichkeiten seiner Eindämmung. *ZfStrVo* 2: 90-92
33. Kleiber D (1991) Die HIV-Problematik bei i.v. Drogenabhängigen in der BRD- unter besonderer Berücksichtigung der Situation hafterfahrener Drogenabhängiger. HIV und Straffälligkeit. Eine Herausforderung für Strafrechtspflege und Straffälligenhilfe. Bonn, Forum-Verlag: 25-40
34. Kleiber D (1995) Risikoverhalten und Prävention. Drogen und AIDS, hrsg. von der Landesstelle gegen die Suchtgefahren für Schleswig-Holstein e.V. LSSH: 10-27
35. Kleiber D, Pant A (1996) HIV-needle-sharing-sex: eine sozialepidemiologische Studie zur Analyse der HIV-Prävalenz und riskanter Verhaltensweisen bei i.v. Drogenkonsumenten. Band 69a Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos

36. Koch U, Ehrenberg S (2003) Akzeptanz AIDS-präventiver Botschaften: Evaluation der Aufklärungs- und Beratungsarbeit bei i.v. Drogenabhängigen in der Bundesrepublik Deutschland. Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.): AIDS und Drogen II. AIDS- Forum D.A.H., Berlin Bd10: 27-101
37. Konrad N (2003) Ersatzfreiheitsstrafe – Psychische Störungen, forensische und soziodemographische Aspekte. ZfStrVo 5: 216-224
38. Lesting W (1988) Normalisierung im Srafvollzug. Potential und Grenzen des § 3 Abs.1 StVollzG. Pfaffenweiler: Centaurus
39. Maden A, Swinton M, Gunn J (1990) Women in prison and use of illicit drugs before arrest. BMJ 301: 1113
40. Maden A, Swinton M, Gunn J (1994) Psychiatric disorder in women serving a prison sentence. Br J Psychiatry 164: 44-54
41. Maruschak L (1997) HIV in prison and jails, 1995. Bureau of Justice Statistics Bulletin NCJ-164260. Washington, DC, US Department of Justice
42. Mc Kenzie M, Nunn A, Zaller ND, Bazazi AR, Rich JD (2010) Overcoming obstacles to implementing methadone maintenance therapy for prisoners: Implications for policy and practice. Journal of Opioid Management 5(4): 219-227
43. Missoni L, Utting FM, Konrad N (2003) Psych(iatr)ische Störungen bei Untersuchungsgefangenen. Ergebnisse und Probleme einer epidemiologischen Studie. ZfStrVo 6: 323-332
44. Müller et al. (1995) Imprisonment: a risk factor for HIV infection counteracting education and prevention programs for intravenous drug users. AIDS 9

45. Novick LF, Penna RD, Schwartz MS, Remmlinger E, Lowenstein R (1977)
Health care status of the New York City prison population. *Med Care* 15: 205-216
46. Nunn A, Zaller N, Dickman S, Trimbur C, Nijhawan A, Rich JD (2009)
Methadone and buprenorphine prescribing and referral practice in US prison systems: Results from a nationwide survey. *Drug and Alcohol Dependence* 105: 83-88
47. Retz-Junginger P, Retz W, Blocher D, Weijers HG, Trott GE, Wender PH, Rösler M (2002) Wender Utah Rating Scale (WURS-k) die deutsche Kurzform zur retrospektiven Erfassung des hyperkinetischen Syndroms bei Erwachsenen. *Nervenarzt* 73:830-838
48. Rösler M et al. (2007) Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene, HASE. Hogrefe
49. Rösler M, Retz W, Retz-Junginger P, Thome J, Supprian T, Nissen T, Stieglitz RD, Blocher D, Hengesch G, Trott GE (2004) Instrumente zur Diagnostik der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter. *Nervenarzt* 75:888-895
50. Rösler M, Retz W, Retz-Junginger P, Hengesch G, Schneider M, Thome J, Supprian T, Schwitzgebel P, Pinhard K, Dovi-Akue N, Wender PH (2003) Prevalence of attention deficit-/hyperactivity disorder (ADHS) and comorbid disorders in young male prison inmates – Ottweiler Study: Part I. *Eur Arch Psych Clin Neurosci*
51. Stark et al. (1995) Determinants of HIV-Infection and recent risk behaviour among injecting drug users. *Addiction* 90: 1367-1375
52. Statistisches Bundesamt: Fachserie 10, Reihe 4.1, 4.2. Strafvollzug

53. Staton-Tindal M, Frisman L, Lin HJ, Leukefeld C, Oser C, Havens J, Prendergast M, Surrat H, Clarke J (2011) Relationship influence and health risk behavior re-entering women offenders. *Women`s Health Issues* 21: 230-238
54. Stöver H/ EMCDDA (1999) Study on Assistance to Drug Users in Prison. Lisbon/Portugal
55. Stöver H (2002) Drogen, HIV und Hepatitis im Strafvollzug –eine Bestands-Aufnahme. *AIDS-FORUM DAH* 42/1: 22-23
56. Stöver H, Weilandt C (1997) Prävalenz viraler Infektionskrankheiten und infektionsrelevantes Risikoverhalten im deutschen Justizvollzug. *Infektionsepidemiologische Forschung* 1: 22-27
57. Teplin LA (1994) Psychiatric and substance abuse disorders among male urban jail detainees. *Am J of Public Health* 84: 290-293
58. Teplin LA, Abram KM, McClelland GM (1996) Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women. *Arch Gen Psychiatry* 53: 505-512
59. Teplin LA, Abram KM, McClelland GM (1997) Mentally disordered women in jail: who receives services?. *Am J of Public Health* 87: 604-609
60. Tolou-Shams M, Brown LK, Houck C, Lescano CM (2008) The association between depressive symptoms, substance abuse and HIV risk among youth with an arrest history. *Journal of studies on alcohol and drugs* 69: 58-64
61. Tomasevski K (2001) International standards and national practices in Europe. Helsinki Institute for Crime Prevention and Control, affiliated with the United Nations. *Prison Health* 21

62. Urbaniok F, Endrass J, Noll T, Vetter S, Rossegger A (2007) Posttraumatic stress disorder in a Swiss offender population. *Swiss Medical Weekly* 137(9-10): 151-156
63. Vandeveld S, Soyez V, Beken TV, De Smet S, Boers A, Broekaert E (2011) Mentally ill offenders in prison: the Belgian case. *International Journal of Law and Psychiatry* 34(1): 71-78
64. Vlahov D, Brewer F, Castro KG, Narkunas JP, Salive ME, Ullrich J, Munoz A (1991) Prevalence of antibody to HIV-1 among entrants to US correctional facilities. *JAMA* 265: 1129-1132
65. Von Schönfeld CE, Schneider F, Schröder T, Widmann B, Botthof U, Driessen M (2006) Prävalenz psychischer Störungen, Psychopathologie und Behandlungsbedarf bei weiblichen und männlichen Gefangenen. *Nervenarzt* 77: 830-841
66. Wedershoven C (2003) Katamnesen der HIV-Infektion bei drogenabhängigen und nicht-drogenabhängigen Inhaftierten im Vergleich im Justizvollzug des Landes Nordrhein-Westfalen, Dissertation
67. Wellish J, Prendergast ML, Anglin MD (1994) Drug-abusing women offenders: results of a national Survey, research in brief, Washington, DC, National Institute of Justice

7. Danksagung

Danken möchte ich Herrn Prof. Dr. med. M. Rösler für die Überlassung des Themas und die Möglichkeit, meine Arbeit an seinem Institut ausführen zu können.

Herrn Prof. Dr. W. Retz danke ich sehr für die gewährten Konsultationen und für die konstruktive Hilfe und wertvollen konzeptionellen Anregungen während der Arbeit.

Herrn G. Hengesch möchte ich für die Unterstützung bei der Durchführung der psychometrischen Testverfahren und der statistischen Analyse danken.

8. Lebenslauf

Anschrift: Eva Maria Burg
Kaiserslauterer Str. 15
66123 Saarbrücken

Geburtstag und Ort 06.04.1977 in Saarbrücken

Familienstand: ledig

Staatsangehörigkeit: deutsch

Berufstätigkeit: Fachärztin Allgemeinmedizin, Assistentin Arbeitsmedizin
BAD Homburg

Ausbildungsdaten:

Schulen: 1983-1987 Grundschule Urexweiler
1987-1989 Arnold-Janssen Gymnasium St.Wendel
1989-1993 Realschule Ottweiler
1993-1996 Cusanus Gymnasium St.Wendel, Abitur

Studium: 1996-1998 Studium Tanzpädagogik, Musikhochschule Hannover
1998-2005 Studium Humanmedizin Universität des Saarlandes
und Universidad de Valencia

Approbation: 09.05.2005

Facharztprüfung: 24.08.2011

Bisherige Berufstätigkeit:

2005-2007 Assistenzärztin Innere Medizin Caritaskrankenhaus
Dillingen/Saar

2007-2009 Assistenzärztin Psychosomatik Krankenhaus
Lahnhöhe, Lahnstein

2009-2011 Weiterbildungsassistentin Allgemeinmedizin Praxis
Drs. Schweig Saarbrücken

Seit 11/2011 Assistenzärztin Arbeitsmedizin BAD, Homburg