

Aus dem Universitätsklinikum Münster
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. V. Arolt

Lebensqualität Drogenabhängiger in Haft

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung des doctor medicinae

der Medizinischen Fakultät

der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

vorgelegt von Axel Köppert

aus Hagen

2004

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

Dekan: Univ.-Prof. Dr. H. Jürgens

1. Berichterstatter: Univ.-Prof. Dr. med. G. A. E. Rudolf

2. Berichterstatter: Prof. Dr. med. B. Eikermann

Tag der mündlichen Prüfung: 23.03.2004

Meiner Familie gewidmet

Aus dem Universitätsklinikum Münster
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. V. Arolt
Referent: Univ.-Prof. Dr. med. G. A. E. Rudolf
Koreferent: Prof. Dr. med. B. Eickelmann

ZUSAMMENFASSUNG

Lebensqualität Drogenabhängiger in Haft von Axel Köppert

In der vorliegenden Studie wurden 99 männliche und weibliche, deutsche und nicht-deutsche drogenabhängige Gefängnisinsassen zweier Haftanstalten hinsichtlich ihrer Lebensqualität befragt. Es überwogen deutsche (82,8%) und männliche Gefangene (97%). Das Alter betrug im Mittel 28 Jahre. 78,6% der deutschen und 82,4% der ausländischen Strafgefangenen lebten bis zum 16. Lebensjahr bei den leiblichen Eltern. 22,1% hatten suchtkranke Eltern. 76,8% der Gefangenen waren ledig, 42,6% lebten alleine ohne Partner und 25,8% mit Partner. 21,6% hatten zwar einen Partner, lebten aber in getrennten Wohnungen. 50% hatten als höchsten Schulabschluss den Hauptschulabschluss, 21,2% fehlte jeglicher Schulabschluss. 83% der Gefangenen waren vor der Haft arbeitslos gewesen. Nur jeder 10. Befragte verfügte über ein eigenes Einkommen. 93,9% gaben an, Heroin genommen zu haben, zu 83,8% nahmen Alkohol, 83,8% Kokain, 77,7% Cannabinoide, 65,6% Tabletten bzw. Säfte, 53,5% Methadon, 44,4% Amphetamine, 44,4% Halluzinogene, 8% Schnüffelstoffe und andere Substanzen ein. Die meisten Befragten waren 4,5 Monate inhaftiert gewesen (72,7% Untersuchungshäftlinge, 26,3% Strafgefangene). Ein Viertel gab an, unter Abzessen oder Krampfanfällen zu leiden. Fast 2/3tel der Gefangenen waren Hepatitis B oder -C positiv und etwa jeder 10. Befragte war HIV-positiv. Sonstige körperliche Probleme hatten ebenfalls 1/4tel der Befragten. Durchschnittlich waren die Befragten bereits 9 Jahre drogenabhängig, nur 29,2% hatten keinen stationären Entzug hinter sich. 50,5% der Patienten hatten keinerlei Substitutionsbehandlung erhalten. 44,3% hatten eine Substitutionstherapie mit Methadon oder Polamidon erhalten, 5,2% mit sonstigen Substanzen.

Bezüglich der gesundheitlichen Bewertung der Situation der Inhaftierten zeigte ein durchgeführtes Schweregradprofil zum Teil deutliche Behandlungs- bzw. Interventionsnotwendigkeiten in den Bereichen Drogen und rechtliche Probleme. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurden die Gefangenen einer modifizierten SF-36 Analyse unterzogen. Es zeigte sich, dass die Mehrzahl der Befragten ihren Gesundheitszustand als mäßig oder schlecht einstufen. Im Vergleich zu anderen Menschen bezeichneten sich die meisten Inhaftierten als gesundheitlich schlechter gestellt. Die Beeinträchtigungen beruhten wohl auf der Haft an sich. Die Probleme, die die Gefangenen der eigenen Studie angeben, beruhten häufig auch auf Angst, Depressionen und Folgeerscheinungen der Haft.

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	1
1.1.	Epidemiologische Aspekte zur Suchtproblematik im Strafvollzug	1
1.2.	Psychische und gesundheitliche Aspekte der drogenabhängigen Gefängnisinsassen	4
1.3.	Fragestellung der vorliegenden Untersuchung	7
2.	Material und Methoden	8
2.1.	Befragte Probanden	8
2.2.	Untersuchungsmethode	8
2.3.	Statistische Methoden	8
3.	Ergebnisse	9
3.1.	Soziodemographische Daten	9
3.2.	Belastende Lebensereignisse der Insassen bis zu deren 16. Lebensjahr ..	13
3.3.	Soziale Daten der Insassen vor Inhaftierung	18
3.4.	Angaben zur Inhaftierung	22
3.5.	Klinische Daten der Inhaftierten	24
3.5.1.	Alter bei erstem Drogen- und Alkoholgebrauch	24
3.5.2.	Gebrauch bestimmter Drogen in den letzten drei Monaten	25
3.5.3.	Verlauf der Drogenabhängigkeit und Art der Therapie	26
3.5.4.	Körperlicher und psychischer Zustand	28
3.6.	Beziehungsnetze bzw. soziale Kontakte	29
3.7.	Rechtliche Probleme	30
3.8.	Gesundheitliche Bewertung der Situation der Inhaftierten	33
3.8.1.	Schweregradprofil	33
3.8.2.	Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Dienste vor der Inhaftierung	34
3.8.3.	Fremdeinschätzung des Gesundheitszustandes des Inhaftierten durch den Arzt mittels Clinical Global Impression (CGI)-Skala	35
3.9.	Modifizierte SF-36 Analyse	36
3.9.1.	Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes	36
3.9.2.	Selbsteinschätzung von Tätigkeiten	37
3.9.3.	Selbsteinschätzung der körperlichen Gesundheit in den letzten 4 Wochen	38
3.9.4.	Selbsteinschätzung der seelischer Beschwerden in den letzten 4 Wochen	38
3.9.5.	Kontaktbehinderung zu Familienangehörigen	39
3.9.6.	Schmerzen in den letzten 4 Wochen	40
3.9.7.	Befinden in den letzten 4 Wochen	40
3.9.8.	SF-36 Skalen	42
4.	Diskussion	43
5.	Zusammenfassung	54
6.	Literaturverzeichnis	56

1. Einleitung

1.1. Epidemiologische Aspekte zur Suchtproblematik im Strafvollzug

Im deutschen Justizvollzug werden jährlich 220.000 Gefangene inhaftiert (REX 2000). Dies bedeutet in etwa eine Steigerung um 25% innerhalb der letzten 5 Jahre. Typischerweise betrifft der stetige Aufwärtstrend in erster Linie die männlichen Gefangenen und dort die Strafhafte (REX 2000).

Nach PREUSKER (2000) gibt es neben der Zunahme der Strafgefangenen auch eine Veränderung der Klientel. Der Ausländeranteil ist von knapp 9% im Jahre 1977 auf ca. 28% im Jahre 1997 angestiegen. Die Anzahl der Gefangenen mit kurzen Freiheitsstrafen, die man in den 1960iger Jahren durch entsprechende Gesetzesänderungen zurückgedrängt hatte, hat wieder stark zugenommen. 40% aller Strafgefangenen verbüßen eine Strafe von weniger als einem Jahr. Die Anzahl der wegen Gewalttaten Verurteilten hat sich im gleichen Zeitraum mehr als verdoppelt. Die linksradikalen Gefangenen sind aus den Gefängnissen weitestgehend verschwunden, dafür ist die Zahl der rechtsradikalen Gefangenen gestiegen (PREUSKER 2000).

Diese Problematik spiegelt sich auch in anderen Ländern wider. In den USA kommen auf 100.000 Personen 426 Gefängnisinsassen (AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS et al. 1992). Die meisten dieser Gefangenen sind drogensüchtig und haben substantielle, physische und mentale Gesundheitsprobleme. In der letzten Dekade hat sich die Zahl der Gefängnisinsassen in den USA verdoppelt (AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS et al. 1992). Der große Anteil der drogensüchtigen kranken Gefängnisinsassen hat die Gefängnisse vor erhebliche finanzielle und organisatorische Probleme gestellt.

Nach PREUSKER (2000) ist auch in Deutschland die Veränderung der Klientel durch drogensüchtige Gefangene besonders problematisch. Während 1970 nur etwa 0,2% der Gefangenen wegen Betäubungsmitteldelikten einsassen, waren es 1995 bereits 12,5% der gesamten Strafvollzugspopulation. Dies entspricht einem 60fachen Anstieg. Diese Zahl spiegelt aber nicht die Anzahl der Süchtigen und schon gar nicht die Anzahl der Drogenprobleme in einer Justizvollzugsanstalt wider. Viele Abhängige sind nicht wegen BtM-Straftaten, sondern wegen Beschaffungsdelikten verurteilt. Andererseits müssen die wegen

Verstoßes gegen das BtM-Gesetz Verurteilten nicht immer betäubungsmittelabhängig sein. PREUSKER (2000) erwähnt hier die professionellen Großdealer, die aber im Vollzug seltener anzutreffen sind. Schätzungen reichen von 15% bis weit über 30% Drogenabhängiger an der Gesamtzahl der Gefangenen (PREUSKER 2000).

Nach HILLER et al. (1999) sind Drogen und Kriminalität sehr eng miteinander verbunden. Hier spielt nicht nur der Verstoß gegen Betäubungsmittelgesetze eine Rolle, sondern insbesondere die Beschaffungskriminalität. In den Vereinigten Staaten waren im Jahre 1994 31% der Straftaten in irgendeiner Form mit Drogenmißbrauch assoziiert. Im Jahre 1980 waren etwa 7% der Neuinsassen in den Gefängnissen wegen Drogendelikten verhaftet worden. Im Jahre 1990 waren dies bereits 32%. HILLER et al. (1999) schätzen, daß etwa 80% der Insassen in den amerikanischen Gefängnissen entweder mit Alkohol und/oder illegalen Drogen Probleme haben.

Nach DOLAN et al. (1999) haben in einem Gefängnis in Manchester im Jahre 1992 42% der Insassen bereits Drogen konsumiert. In Littletown in den Vereinigten Staaten von Amerika weisen etwa 83% der Gefängnisinsassen Drogen- oder Alkoholmißbrauch auf (ANONYMUS 1999).

Die Drogenprobleme in Justizvollzugsanstalten werden in erster Linie als Sicherheitsprobleme und weniger als medizinische Herausforderung oder als Aufgabe einer resozialisierenden Vollzugsgestaltung betrachtet (PREUSKER 2000).

Die repressiven Drogenbekämpfungsstrategien in den Gefängnissen erfordern erheblichen finanziellen Aufwand. Unzählige Disziplinarverfahren und Strafanzeigen belasten die Verwaltung. In etwa 50% aller Disziplinarverfahren, die in Justizvollzugsanstalten durchgeführt werden, geht es um Verfehlungen im Zusammenhang mit Drogen und Alkohol.

Nach PREUSKER (2000) ist es unmöglich, ein Gefängnis drogenfrei zu halten. Ferner macht seinen Beobachtungen zufolge der Mangel an Drogen häufig mehr Probleme als ihr Vorhandensein. Wenn der Stoff knapp ist, wird der Kampf über das Wenige härter, die Preise steigen und die Probleme verschärfen sich.

Auch das Alkoholproblem spielt eine besonders große Rolle im Strafvollzug. Nach BODE (2000) kommen auf 1.347 Inhaftierte in einer Justizvollzugsanstalt in Berlin 105 Alkoholabhängige und 222 Häftlinge mit Alkoholproblemen, also insgesamt 327 Häftlinge und damit 24,2%. Nach BODE (2000) ist Alkohol die älteste Droge in den Haftanstalten und

er ist als Droge sehr viel weiter verbreitet als man gemeinhin annimmt. Ferner wird er häufig „übersehen“, weil die Gesellschaft insgesamt häufig Alkohol konsumiert. Als Sicherheitsrisiko spielt er in den meisten Haftanstalten eine untergeordnete Rolle gegenüber den illegalen Drogen.

1.2. Psychische und gesundheitliche Aspekte der drogenabhängigen Gefängnisinsassen

Drogensüchtige werden in Gefängnissen mit starker Subkultur diskriminiert, ausgenutzt und mißbraucht. Dealer treiben sie in hoffnungslose Verschuldung. Dies geschieht häufig nach der auch außerhalb der Gefängnisse gängigen Methode: man drängt ihnen Anfangs die Drogen fast auf, gibt sich großzügig und hilfsbereit, kassiert aber später brutal ab. Abhängige sind häufig Opfer schwerer Straftaten wie Erpressung, Raub und sexueller Nötigung. Auf der anderen Seite existiert auch die Beschaffungskriminalität der Abhängigen selbst. Bei vielen der besonders schweren Straftaten im Gefängnis, wie Geiselnahme, sexuelle Übergriffe und Gefangenenmeutereien, stehen Täter unter Drogen oder Alkoholeinfluß. Der Alltag eines Drogenabhängigen im Gefängnis ist ein nervenaufreibender, gefährlicher und das gesamte Denken und Handeln des Abhängigen total bestimmender Kampf um die Droge. Wer aussteigen will oder wer es wagt, mit dem Anstaltsleiter oder der Polizei zu reden, lebt gefährlich (PREUSKER 2000).

Unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen können Drogenabhängige im Vollzug nicht adäquat behandelt werden. Dies beruht u.a. auf der permanenten Überbelegung der Anstalten und auf politischen Rahmenbedingungen. Dennoch muss versucht werden, den Süchtigen ein einigermaßen menschenwürdiges Dasein im Gefängnis zu ermöglichen (PREUSKER 2000).

Inhaftierte Suchtkranke werden während schwerster Drogen- und Alkoholentzügen häufig psychisch krank mit manifesten Persönlichkeitsstörungen, Neurosen, Depressionen oder akuten Psychosen (HOFFMANN 2000). In den meisten Anstalten fehlen die personellen und materiellen Voraussetzungen für einen angemessenen Umgang mit dieser Klientengruppe (HOFFMANN 2000).

Eines der Probleme im Vollzug stellt sich bezüglich der Handhabung des mit der Inhaftierung verbundenen Entzuges und die Entscheidung über die Durchführung einer Methadonsubstitution. Dieses im Einzelfall segensreiche Behandlungsprinzip ist in Freiheit in die Hand der niedergelassenen Ärzteschaft gegeben worden. Nach REX (2000) ist es jedoch eine großen Zahl im Vollzug aufgenommener Substituierter häufig völlig verwildert und hat seine Zielklarheit verloren. Alkoholabhängige, die in der Gesellschaft von der Anzahl her betrachtet ein Vielfaches der Drogenabhängigen ausmachen und im Vollzug mit Problemen

und Risiken aufwarten, weil ihr Entzug z.T. lebensgefährlich sein kann, wird interessanterweise entschieden weniger Aufmerksamkeit gewidmet.

Nach BROCHU et al. (1999) kommt es bei Alkohol- und Drogenkonsumenten im Strafvollzug häufig zu schweren biopsychosozialen Problemen. Auch zu Todesfällen kommt es in dieser Personengruppe häufig.

Nach NOVICK und REMMLINGER (1978) fallen Todesfälle von Gefängnisinsassen in zwei Kategorien: äußere Ursachen (Selbstmorde, Unfälle, Morde) und Ursachen ohne Gewalthintergrund. Diese externen Ursachen waren für 71 von 128 Todesfällen in einem Gefängnis in New York City während einer 5 1/2jährigen Untersuchungsperiode verantwortlich. Führend war in dieser Sparte die Selbsttötung mit 52 Todesfällen. Bei 69% der Selbstmörder lag eine Vorgeschichte von Drogen- und/oder Alkoholabusus vor. Fünf Todesfälle beruhten auf einer Drogenüberdosierung (NOVICK und REMMLINGER 1978).

Drogenabhängigkeit ist eine schwere Krankheit. Bei der großen Mehrheit der Betroffenen ist sie mit keiner bekannten Methode schnell und endgültig zu durchbrechen. Gleichgültig, welche Behandlungsmethode gewählt wird, erstrecken sich Suchtverläufe durchschnittlich über viele Jahre (ULMER 1994).

Das Elend der Drogensüchtigen ist dabei sowohl innerhalb als auch außerhalb der Gefängnisse groß. Dies drückt sich in beiden Bereichen in einer hohen Selbstmordrate aus. Die Problematik der Drogensüchtigen erstreckt sich nicht nur über den Bereich der seelischen und sozialen Verwahrlosung, sondern auch über einen schlechten gesundheitlichen Zustand. Beispielsweise ist die Durchseuchung dieser Patientengruppe mit Hepatitis- und HI-Viren groß (ELIAS 1990).

Diese Gesundheitsschäden entstehen zwar nicht unmittelbar auf der Basis des Opiatkonsums, allerdings haben sie u.U. einen größeren Krankheitswert als die süchtige Fehlhaltung selbst. Ursachen dieser sozialen, seelischen und körperlichen Folgeschäden einer Suchterkrankung sind u.a. die hohen Schwarzmarktpreise der Drogen und die damit einhergehende Kriminalisierung der Abhängigen. Diese prägt die Lebensbedingungen der Drogenszene (ELIAS 1990).

Die Suchtkrankenbehandlung ist eine große, neue Herausforderung für die Medizin. Jahrzehnte lang wurde in Deutschland versäumt, in diesem Bereich Fortschritte zu erzielen. Erst

in den letzten Jahren findet hier ein Wandlungsprozeß statt. Die Suchtmedizin beginnt, sich als eine eigenständige, innovative, medizinische Spezialdisziplin zu entwickeln (ULMER 1994).

Insbesondere in Justizvollzugsanstalten gibt es noch große Defizite in der medizinischen Betreuung durch in der Suchttherapie erfahrene Ärzte. Beispielsweise ist die Ablehnung von Substitutionsbehandlungen noch weit verbreitet (PREUSKER 2000).

1.3. Fragestellung der vorliegenden Untersuchung

Es fehlt in Deutschland noch immer an in Sucht- und Drogenmedizin erfahrenen Ärzten und entsprechenden Betreuungskonzepten. Dies gilt in besonders verschärfter Form im Strafvollzug. Hier wird das Problem der Drogen- und Alkoholsucht vorwiegend aus organisatorischer, verwaltungstechnischer und juristischer Sicht gesehen, weniger aus medizinischer und psychischer Sicht. Drogenabhängige im Strafvollzug haben noch ungleich größere gesundheitliche und psychische Probleme als entsprechende Personen in Freiheit. Die vorliegende Arbeit hat daher zum Ziel, die Lebensqualität Drogenabhängiger in Haft zu untersuchen.

Am Institut für Sozialmedizin und Soziologie der Universität Münster wurde ein Fragebogen entwickelt, mit dem gesundheitliche, psychische und Lebensqualitätsaspekte Drogenabhängiger erfragt wurden. Dabei wurde nicht nur auf die Angaben zum Drogenabusus, zum körperlichen und psychischen Zustand abgestellt, sondern insbesondere auf Fragen zum Beziehungsnetz, zu Sozialkontakten und zu rechtlichen Problemen. Die gesundheitlichen Daten wurden dadurch verifiziert, als dass die Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Dienste vor der Inhaftierung abgefragt wurden. Die Angaben erfolgten zum einen jeweils aus der Sicht des betroffenen Klienten, zum anderen durch eine Einschätzung seitens des Untersuchers. Ferner wurden Aspekte der Herkunftsfamilie erhoben, belastende Lebensereignisse in der Kindheit und Jugend, der schulische Werdegang der Klienten, ihre Wohnungssituation, ihr Familienstand und ihre Partnersituation, eventuelle Arbeitslosigkeit vor Inhaftierung, Gründe und Dauer der derzeitigen Inhaftierung sowie ausführliche Fragen zur Drogen- bzw. Alkoholkarriere.

Die rechtlichen Aspekte, die auf die Häftlinge einwirkten, ihre psychische Situation sowie ihre gesundheitliche Situation wurden dabei jeweils sowohl vom Häftling selbst wie auch vom Untersucher beurteilt und die Daten miteinander verglichen.

Die ermittelten Ergebnisse sollen mit der Literatur diskutiert werden, insbesondere sollen sie mit entsprechenden Arbeiten, die Drogenabhängige in Freiheit befragt haben, verglichen werden, um festzustellen, ob die Probleme in der Justizvollzugsanstalt gravierender als in Freiheit sind.

2. Material und Methoden

2.1. Befragte Probanden

In der vorliegenden Studie wurden 99 Gefängnisinsassen zweier Haftanstalten in Dortmund bzw. Hagen hinsichtlich ihrer Lebensqualität befragt. Eingeschlossen wurden Männer und Frauen deutscher oder nicht-deutscher Staatsangehörigkeit, die zum Zeitpunkt der Befragung entweder drogenabhängig waren oder dies gewesen waren.

2.2. Untersuchungsmethode

Im Rahmen der Studie wurden mittels eines Fragebogens (s. Anhang) soziodemographische Daten, belastende Lebensereignisse bis zum 16. Lebensjahr, klinische Daten, Angaben zum Drogenabusus in den letzten drei Monaten, Angaben zum körperlichen und psychischen Zustand, zum Beziehungsnetz (Sozialkontakte) und zu rechtlichen Problemen erhoben bzw. abgefragt. Auch wurde die Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Dienste im letzten Monat vor Inhaftierung eruiert. Diese Angaben erfolgten aus Sicht des Klienten. Ergänzt wurde die Erhebung durch eine vom Untersucher vorgenommene Einschätzung des Schweregrades der Krankheit des Befragten anhand der Clinical-Global-Impression (CGI)-Einstufung. Abschließend wurden die Gefangenen mit Fragebogen zum Allgemeinen Gesundheitszustand SF-36 (Selbstbeurteilungsbogen, Zeitfenster 4 Wochen) nach BULLINGER und KIRCHBERGER (1998) befragt.

2.3. Statistische Methoden

Eingesetzt wurde zur statistischen Analyse das Statistical Package for Social Sciences (SPSS) der Fa. SPSS GmbH/München in der Version 9.0 für Windows 95. Als Parameter der beschreibenden Statistik wurden Mittelwert, Standardabweichung, Median, Minimum und Maximum benutzt. An statistischen Testverfahren kamen nichtparametrische Prüfmethoden für verbundene (WilcoxonTest) und unverbundene (Kruskal-Wallis- bzw. Mann-Whitney-Test) zum Einsatz. Das Signifikanzniveau wurde auf $p \leq 0,05$ gesetzt.

3. Ergebnisse

3.1. Soziodemographische Daten

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden 99 drogenabhängige Personen befragt, wobei es sich um 96 Männer (97%) und drei Frauen (3%) handelte. Das durchschnittliche Alter der Befragten betrug $28,0 \pm 6,1$ Jahre (Median 26 Jahre, Minimum 20 Jahre, Maximum 44 Jahre) und unterschied sich nicht statistisch signifikant zwischen den Geschlechtern ($p = 0,5062$).

Im Gesamtkollektiv dominierten junge Personen im Alter zwischen 20-25 Jahren. Sie stellten 43% der Befragten dar, gefolgt von 26-30jährigen, die weitere 29% des Kollektivs bildeten. Befragte im Alter über 31 Jahre stellten mit 27% nicht einmal ein Drittel der untersuchten Personengruppe (s. Abb.1).

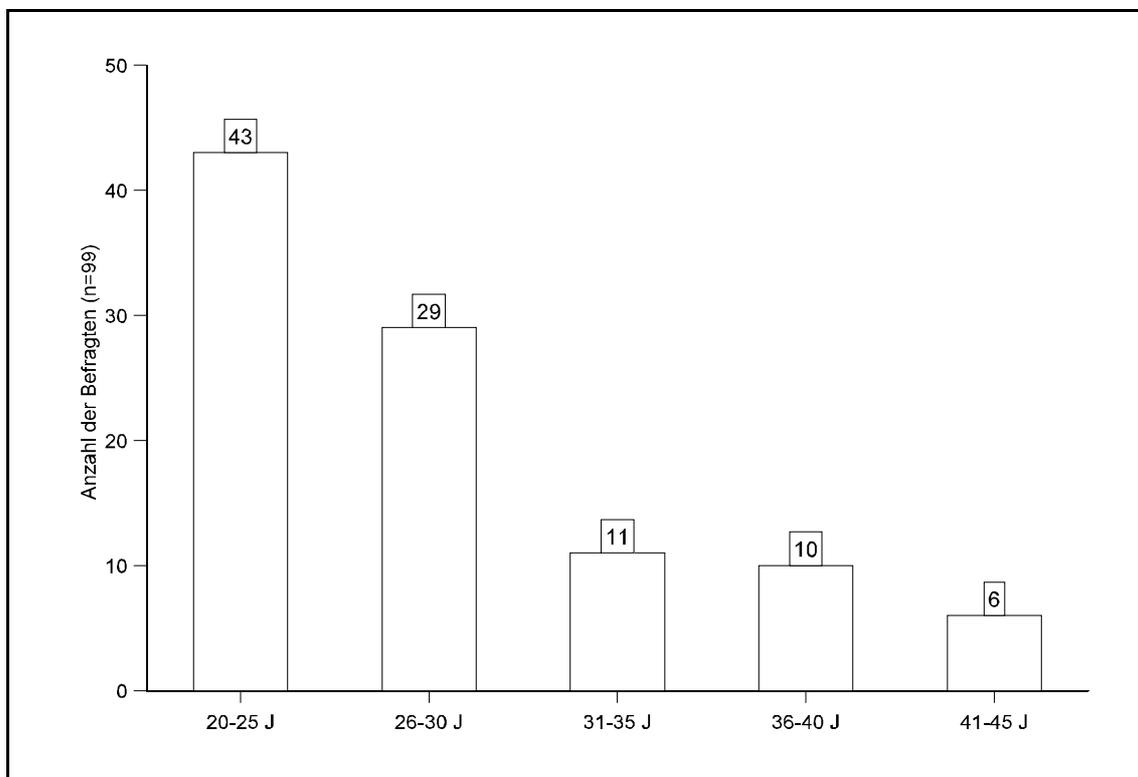


Abbildung 1: Altersverteilung im gesamten Kollektiv (n=99)

Staatsangehörigkeit der Insassen und ihrer Eltern

Die überwiegende Mehrzahl der Gefängnisinsassen war deutscher Nationalität (82,8%) und auch die Eltern der Insassen waren dies (väterlicherseits 79,4%, mütterlicherseits 78,8%). Die 17 ausländischen Gefängnisinsassen stammten aus Algerien (n=1), Griechenland (n=1), Indien (n=2), Kasachstan (n=1), Polen (n=4), Rumänien (n=1), Rußland (n=1), Schweden (n=1), Spanien (n=1) und der Türkei (n=4) - s. Tab.1.

Tab.1: Staatsangehörigkeit der Gefängnisinsassen und ihrer Eltern						
Staatsangehörigkeit	Gefängnisinsassen		Vater des Befragten		Mutter des Befragten	
	n	%	n	%	n	%
deutsch	82	82,8	77	79,4	78	78,8
ausländisch*	17	17,2	20	20,6	21	21,2

* Algerien, Griechenland, Indien, Kasachstan, Polen, Rumänien, Rußland, Schweden, Spanien, Türkei

Von den 82 deutschen Insassen hatten sieben (8,5%) Väter bzw. ebenfalls sieben Mütter (8,5%) mit ausländischer Staatsangehörigkeit (s. Abb.2).

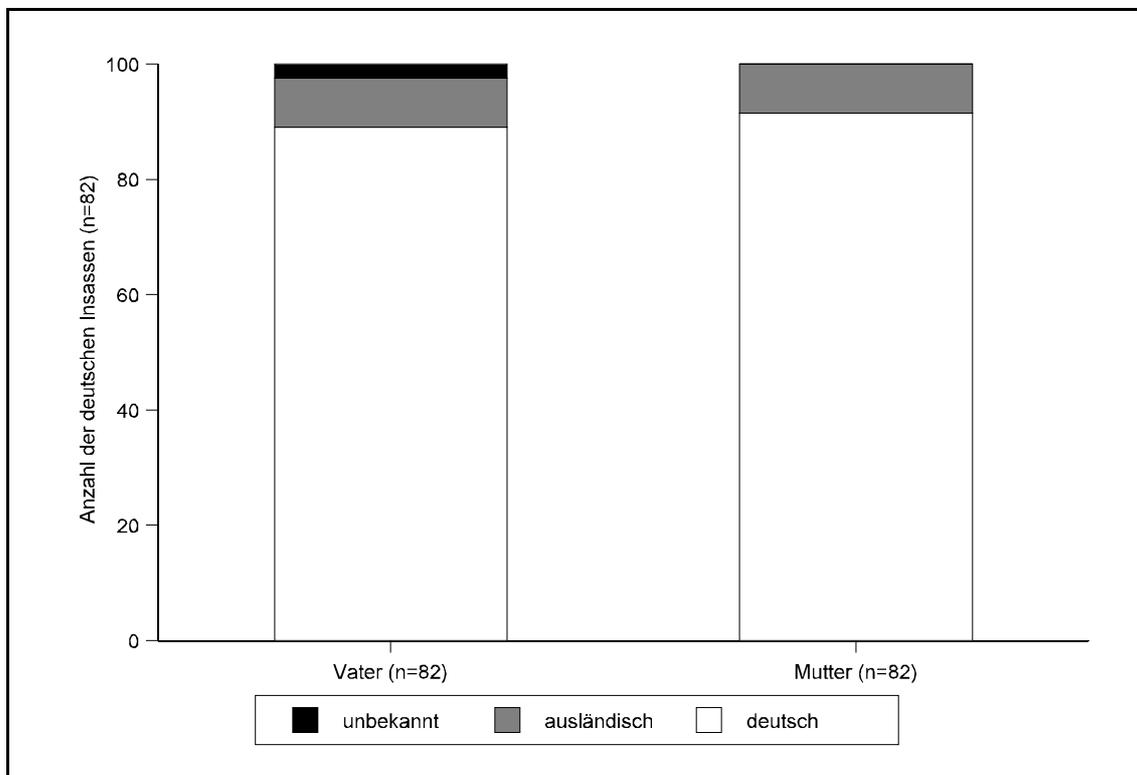


Abbildung 2: Verteilung der mütterlichen und väterlichen Staatsangehörigkeit bei deutschen Gefängnisinsassen (n=82)

Anzahl der Geschwister

In 95 Fällen machten die Befragten Angaben über die Anzahl von Geschwistern. In 11 Fällen handelte es sich bei den Gefängnisinsassen um Einzelkinder bzw. es waren keine Geschwister vorhanden (11,6%). 36,8% hatten ein Geschwister, weitere 9,5% zwei Geschwister und 40 Befragte (42,1%) stammten aus Familien mit drei oder mehr Kindern (s. Abb.3).

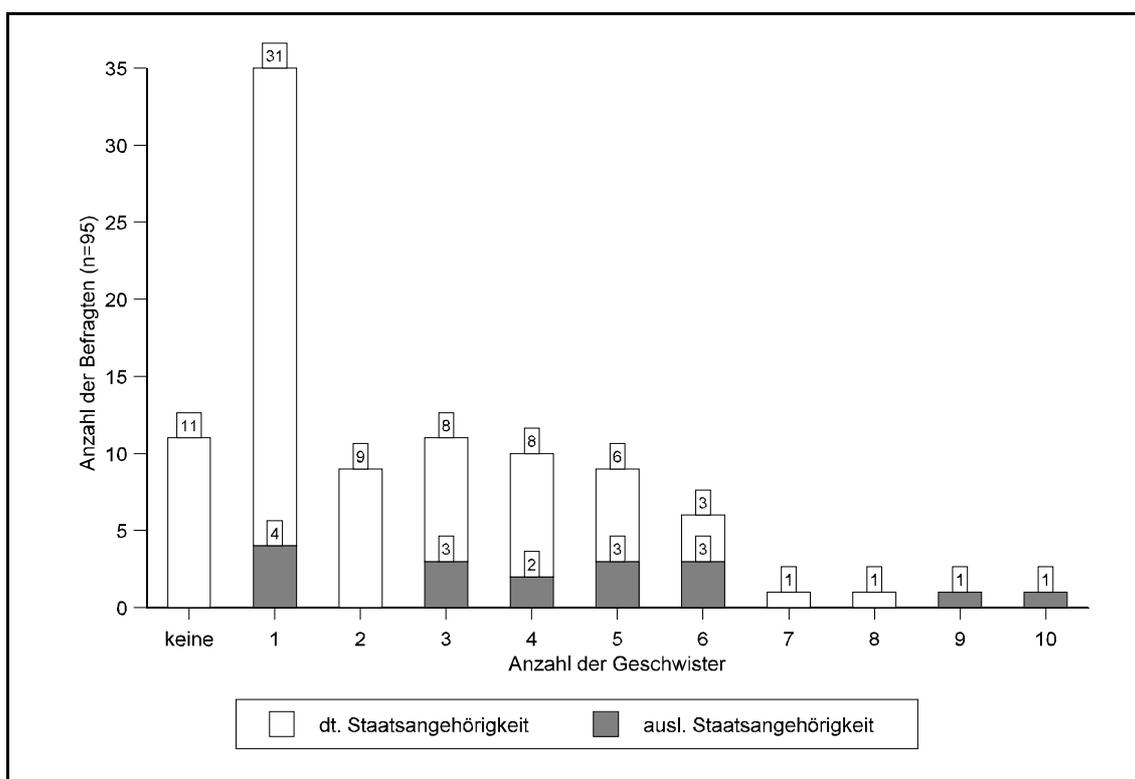


Abbildung 3: Anzahl der Geschwister bei den Befragten (n=95), unterteilt nach deutscher und ausländischer Nationalität

Drogenabhängige ausländischer Staatsangehörigkeit hatten signifikant ($p = 0,0012$) mehr Geschwister (Median 4) als deutsche Drogenabhängige (Median 1). So hatten sämtliche Drogenabhängige, die keine Geschwister hatten, eine deutsche Staatsangehörigkeit. Hatten 37,8% der deutschen Drogenabhängigen nur ein weiteres Geschwister, betrug der entsprechende Prozentsatz bei ausländischen Staatsangehörigen nur 23,5%. Drei und mehr Geschwister hatten 46,2% der deutschen und 76,5% der ausländischen Drogenabhängigen. Somit stammten deutlich mehr Befragte ausländischer Nationalität aus kinderreichen Familien als dies bei Befragten deutscher Nationalität der Fall war.

Überwiegender Aufenthalt bis zum 16. Lebensjahr

Die Mehrzahl der Befragten war bis zum 16. Lebensjahr bei den leiblichen Eltern aufgewachsen. Der Prozentsatz lag bei 78,6% der deutschen und 82,4% der ausländischen Insassen. Der Anteil derjenigen Abhängigen, die nicht bei ihren leiblichen Eltern aufgewachsen war, lag bei Insassen mit deutscher Nationalität mit 16,6% mehr als dreimal so hoch wie bei Insassen mit ausländischer Nationalität (5,8%) - s. Tab.2.

Tab.2: Überwiegender Aufenthalt der Drogenabhängigen bis zum 16. Lebensjahr, geordnet nach Staatsangehörigkeit der Gefängnisinsassen						
Aufenthalt bei	Gesamtkollektiv (n=97)		dt. Staatsangehörige (n=80)		ausl. Staatsangeh. (n=17)	
	n	%	n	%	n	%
leiblichen Eltern	77	79,3	63	78,6	14	82,4
Pflegeeltern	0	0	0	0	0	0
Adoptiveltern	0	0	0	0	0	0
Stiefeltern	5	5,2	5	6,3	0	0
Großeltern	1	1,0	1	1,3	0	0
Heim	5	5,2	5	6,3	0	0
alleinerziehender Elternteil	5	5,2	4	5,0	1	5,8
unbekannt	4	4,1	2	2,5	2	11,8

3.2. Belastende Lebensereignisse der Insassen bis zu deren 16. Lebensjahr

Versterben eines oder beider Elternteile

Von den 99 Insassen machten 95 verwertbare Angaben darüber, ob bis zu ihrem 16. Lebensjahr ein Elternteil oder beide verstorben waren. Insgesamt hatten 20 Insassen (21%) bis zu diesem Lebensabschnitt Elternteile verloren, worunter sich vier (4,2%) Insassen befanden, die beide Elternteile verloren hatten. Unter den Insassen mit ausländischer Nationalität befanden sich mit 17,7% etwas weniger Personen, die einen oder beide Elternteile verloren hatten als in der Gruppe der Insassen mit deutscher Nationalität (21,8%) - s. Abb.4.

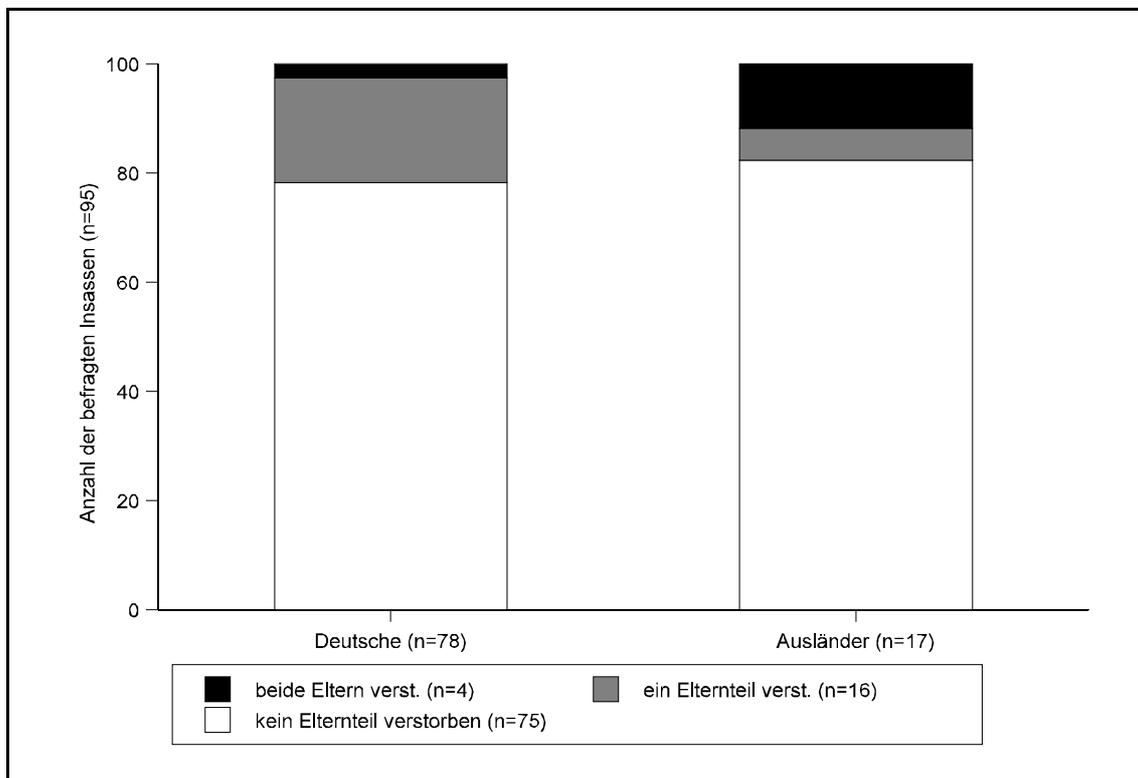


Abbildung 4: Anteil verstorbenen Eltern bei deutschen und ausländischen Gefängnisinsassen (n=95)

Einen signifikanten Unterschied bezüglich des Verlusts der Mutter ($p = 0,2377$) bzw. des Vaters ($p = 0,5355$) fand sich jedoch bei Insassen mit deutscher bzw. ausländischer Staatsangehörigkeit nicht, auch wenn deutsche Staatsangehörige prozentual häufiger den Vater und ausländische Staatsangehörige häufiger die Mutter verloren hatten (s. Tab.3).

Tab.3: Anzahl von Drogenabhängigen, die bis zum 16. Lebensjahr den Vater und/oder die Mutter durch Todesfall verloren hatten; geordnet nach Staatsangehörigkeit der Gefängnisinsassen						
verstorbenen Elternteil	Gesamtkollektiv		dt. Staatsangehörige		ausl. Staatsangehörige	
	n	%	n	%	n	%
Mutter	10	10,9	7	9,2	3	18,8
Vater	14	15,4	12	16,0	2	12,5

Suchterkrankung der Eltern

97 Insassen machten Angaben darüber, ob eines oder beide Elternteile selbst suchtkrank gewesen waren. Es ergab sich, daß in 21 Fällen (22,1%) suchtkranke Eltern vorhanden gewesen waren. Bei vier dieser 21 Fälle (4,2% der auswertbaren Insassen) waren sogar beide Eltern suchtkrank gewesen. Eine suchtkranke Mutter wurden von deutlich mehr ausländischen Staatsangehörigen (18,8%) als von deutschen Staatsangehörigen (10,5%), aber die Verhältnisse bezüglich eines suchtkranken Vaters waren umgekehrt (dt. Staatsangehörige 26,0%; ausl. Staatsangehörige 6,3%). Diese Unterschiede zwischen deutschen und ausländischen Insassen erreichten aber weder bei einer suchtkranken Mutter ($p = 0,2912$) bzw. einem suchtkranken Vaters ($p = 0,0750$) statistische Signifikanz (s. Tab.4).

Tab.4: Anzahl von Drogenabhängigen, bei denen der Vater und/oder die Mutter selbst suchtkrank war; geordnet nach Staatsangehörigkeit der Gefängnisinsassen						
suchtkranker Elternteil	Gesamtkollektiv		dt. Staatsangehörige		ausl. Staatsangehörige	
	n	%	n	%	n	%
Mutter	11	12,0	8	10,5	3	18,8
Vater	20	22,5	19	26,0	1	6,3

Wohnortwechsel bis zum 16. Lebensjahr

Im Gesamtkollektiv machten nur ein Viertel der Befragten bis zum 16. Lebensjahr keinen Wohnortwechsel mit (26,0%). Ein Fünftel der befragten 96 Gefängnisinsassen (20,8%) machte einen Ortswechsel und 46,8% zwei oder mehr Ortswechsel mit. Zwei Drittel der Befragten (65,7%) hatten bis zu ihrem 16. Lebensjahr vier Ortswechsel mitgemacht (s. Abb.5).

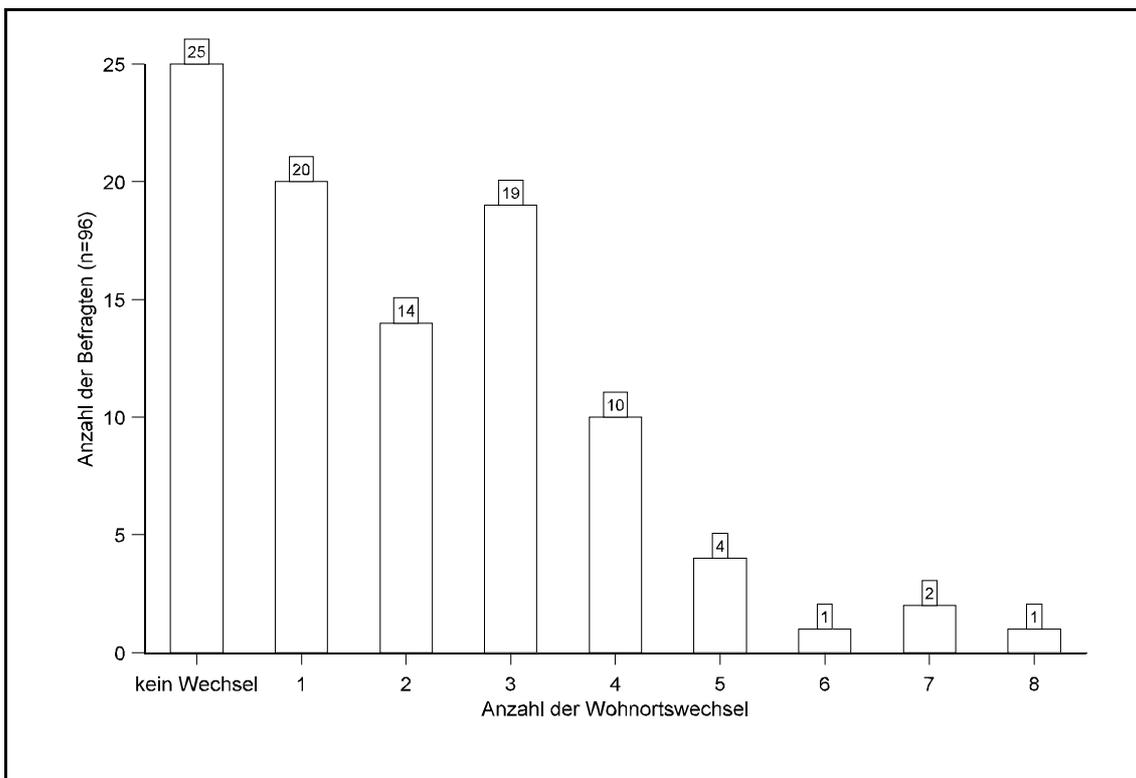


Abbildung 5: Anzahl der Wohnungswechsel der Insassen bis zu deren 16. Lebensjahr (n=96)

Ein signifikanter Unterschied der Häufigkeit eines Wohnungswechsels gab es zwischen deutschen und ausländischen Gefängnisinsassen nicht ($p = 0,8486$).

Schulwechsel bis zum 16. Lebensjahr

95 Gefängnisinsassen machten verwertbare Angaben zum Schulwechsel. Dabei stellte sich heraus, daß etwa ein Viertel (26,3%) keinen Schulwechsel bis zum 16. Lebensjahr vollzogen hatte. 12,6% hatten einen Schulwechsel und 19,2% zwei Schulwechsel hinter sich. Drei und mehr Schulwechsel fanden sich bei 41,1% der Befragten (s. Abb.6).

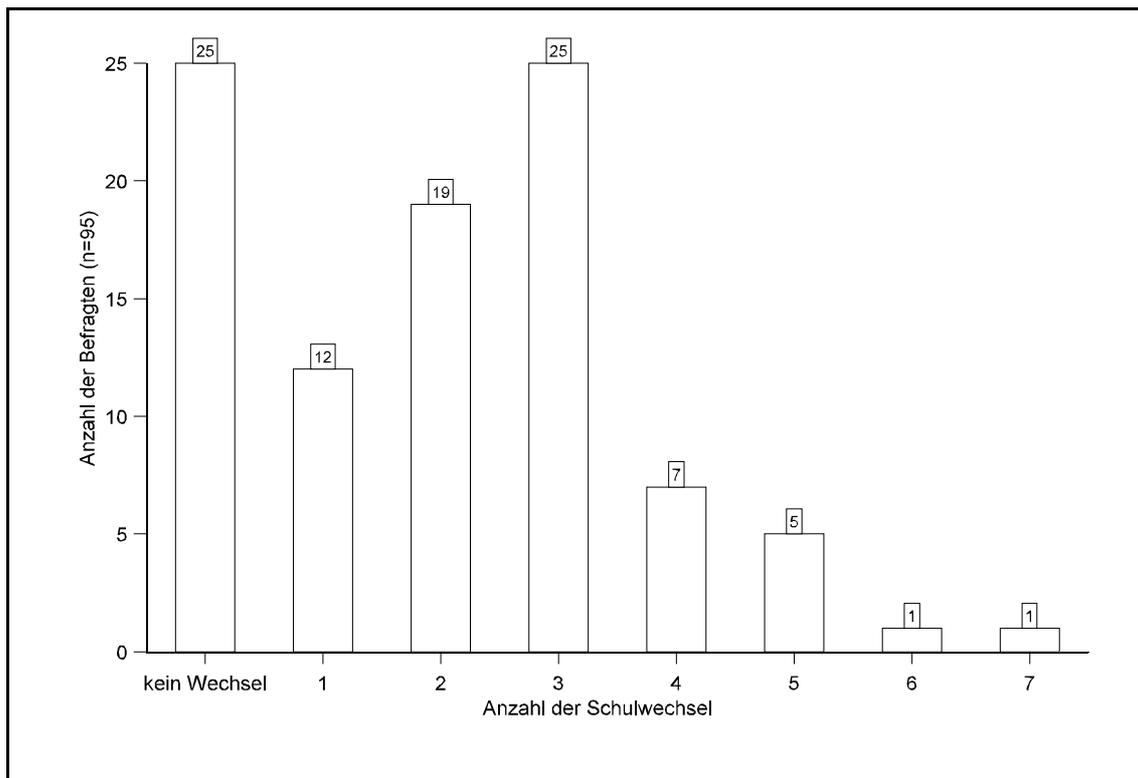


Abbildung 6: Anzahl der Schulwechsel der Insassen bis zu deren 16. Lebensjahr (n=95)

Ein signifikanter Unterschied der Häufigkeit eines Schulwechsels gab es zwischen deutschen und ausländischen Gefängnisinsassen nicht ($p = 0,5878$).

Länger als einen Monat andauernde Wohnungslosigkeit

Im Alter bis zu 16 Jahren waren erheblich mehr deutsche Gefängnisinsassen mehr als einen Monat wohnungslos gewesen (42%) als Insassen mit ausländischer Staatsangehörigkeit (11,8%). Diese Diskrepanz war statistisch signifikant ($p = 0,0188$) (s. Abb.7).

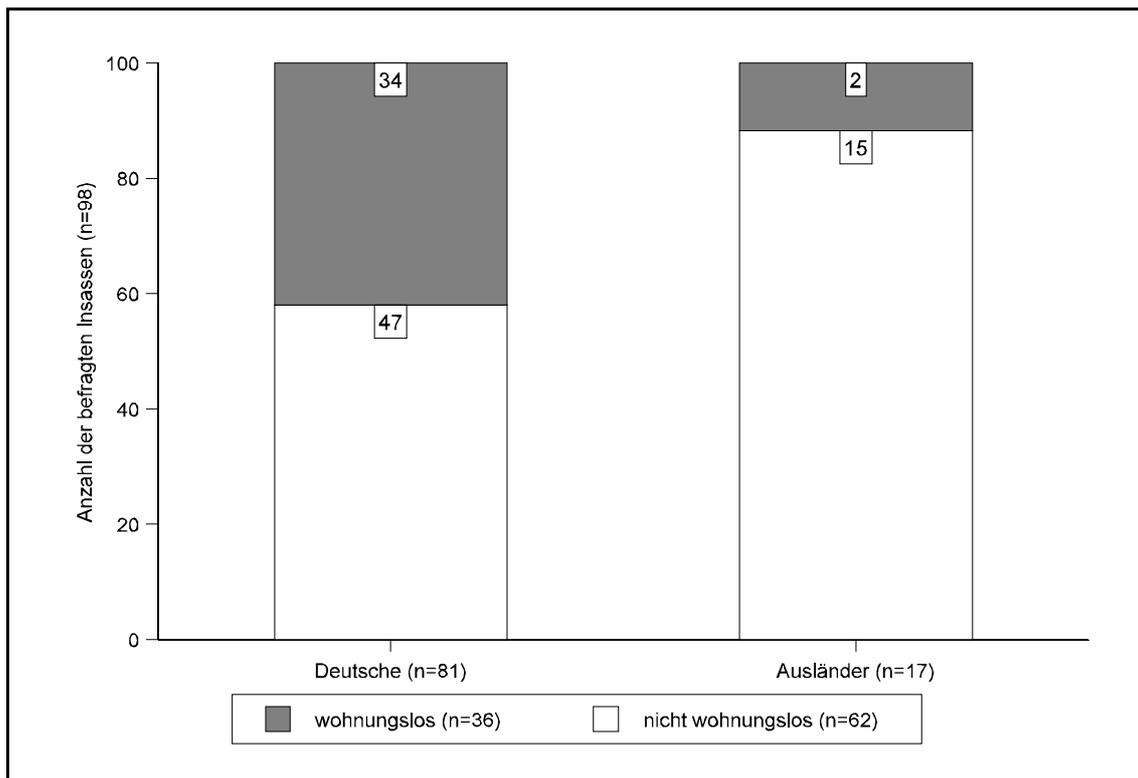


Abbildung 7: Anteil wohnungsloser Befragter (Wohnungslosigkeit mehr als 1 Monat) bei Insassen deutscher und ausländischer Nationalität (n=98)

3.3. Soziale Daten der Insassen vor Inhaftierung

Familienstand und Partnersituation

Die überwiegende Mehrzahl der befragten Drogenabhängigen war ledig. Lediglich ein Viertel der Befragten hatte einen anderen Familienstand. 10,1% waren verheiratet, weitere 8,1% geschieden und 4% lebten getrennt. Verwitwet war nur ein Drogenabhängiger (s. Abb.8).

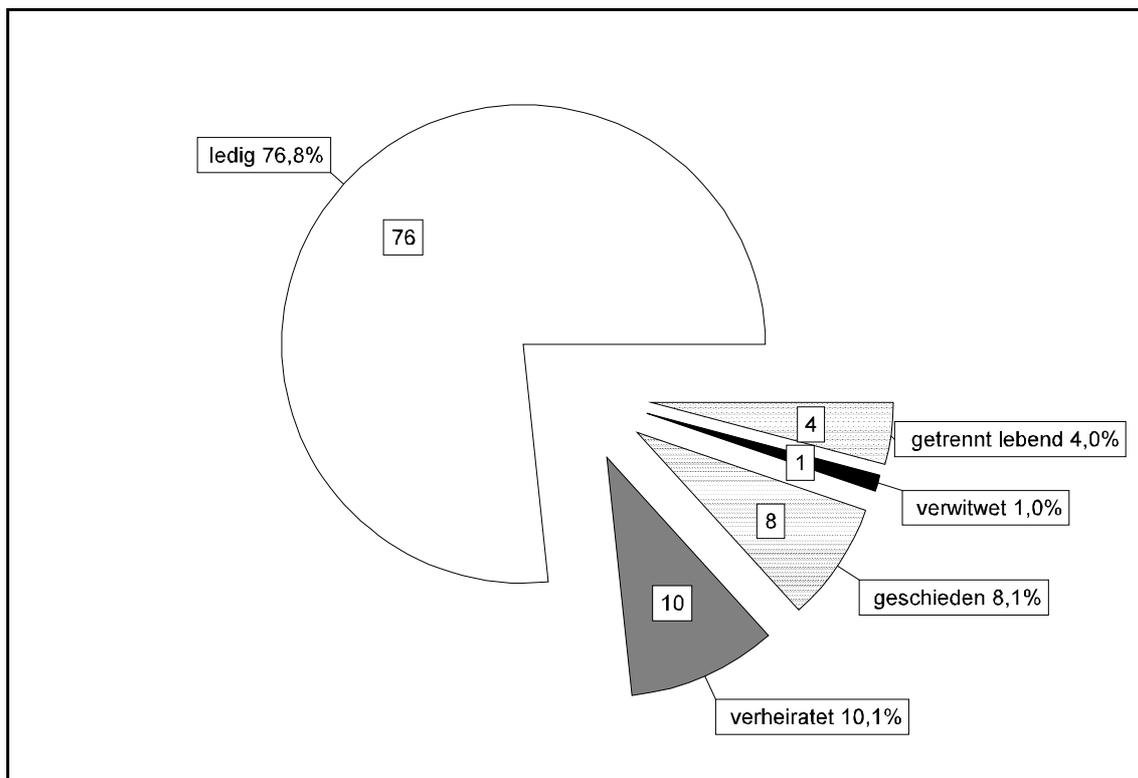


Abbildung 8: Familienstand der inhaftierten Drogenabhängigen (n=99)

Hinsichtlich der Wohnsituation mit einem Partner machten 97 Befragte verwertbare Angaben. 51 Personen (52,6%) lebten allein ohne einen Partner. 25,8% lebten mit einem Partner in einer gemeinsamen Wohnung und 21,6% hatten zwar einen Partner, lebten aber in unterschiedlichen Wohnungen.

Höchster Schulabschluß und Berufsausbildung

Der höchste erreichte Schulabschluß der Befragten war in der Mehrzahl der Fälle 50,5% der Hauptschulabschluß. 12,1% hatten die Sonderschule und 21,2% gar keinen Schulabschluß erreicht. 10,1% der Befragten hatten Realschulabschluß erreicht, während einen Fachschul- (2%), Gymnasial-(3%) oder einen Fachhochschul-/Universitätsabschluß nur 1% der Befragten absolviert hatte (s. Abb.9).

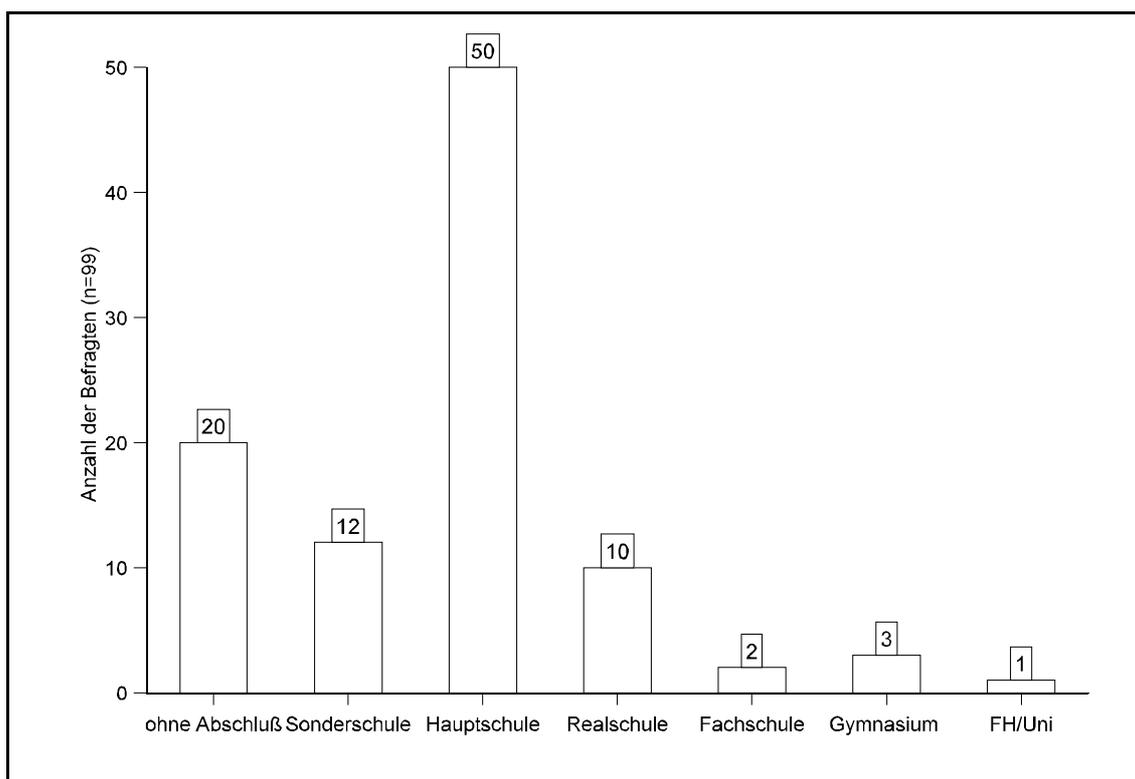


Abbildung 9: Höchster Schulabschluß der Inhaftierten

98 Befragte machten Angaben zum Stand ihrer Berufsausbildung. Es zeigte sich, daß 29,6% von ihnen (n=29) keinerlei Berufsausbildung hatten. Ein Befragter (1%) befand sich zum Befragungszeitpunkt noch in Ausbildung und 40,8% (n=40) konnten eine abgeschlossene Berufsausbildung vorweisen. Der Anteil von Personen, welche die Ausbildung vorzeitig abgebrochen hatte, lag bei 28,6% (n=28).

Beschäftigungsverhältnis, überwiegender Unterhalt und Monatseinkommen

88 Befragte machten Angaben über ihr Beschäftigungsverhältnis vor der Inhaftierung. Dabei gaben 73 Befragte (83%) an, arbeitslos gewesen zu sein (darunter waren zwei der drei Frauen des Kollektivs). Lediglich acht Befragte (9,1%) gingen vor der Inhaftierung einer regulären Beschäftigung nach, während drei weitere Befragte (3,4%) - darunter eine der drei Frauen des Kollektivs - in einem Ausbildungsverhältnis stand. Berentet waren vier Befragte (4,5%).

Jeweils ein Drittel der Befragten lebte vor der Inhaftierung von Arbeitslosengeld/-hilfe/BaFög oder Sozialhilfe. Illegale Einkünfte wurden jedem sechsten Inhaftierten als Einkommensquelle benannt, jedoch war Prostitution keine Einkommensquelle. Über ein eigenes Einkommen verfügte nur jeder 10. Befragte (9,3%). Rente oder Unterstützung seitens des Ehemanns/Eltern oder durch Krankengeld spielte als Einkommensquelle eine untergeordnete Rolle (s. Tab.5).

Tab.5: Überwiegender Unterhalt vor der Inhaftierung		
Art des Unterhaltes	n	%
eigenes Einkommen	9	9,3
Rente	3	3,1
Einkommen von Ehemann/Eltern	1	1,0
Krankengeld	1	1,0
Arbeitslosengeld/-hilfe/BaFög	32	33,0
Sozialhilfe	33	34,0
illegale Einkünfte	16	16,5
Prostitution	0	0
unbekannt (keine Angabe)	2	2,1

Die Angaben über das zur Verfügung stehende monatliche Nettoeinkommen vor der Inhaftierung basieren auf Mitteilungen von 97 Inhaftierten. Das Einkommen schwankte erheblich (zwischen DM 173 bis DM 30.000), lag im Durchschnitt aber bei 1.700 DM (Median 980 DM). 59 Inhaftierte (60,8%) verfügten über ein monatliches Nettoeinkommen bis zu DM 1.0000, während 24 Inhaftierte (24,7%) ein Nettoeinkommen bis zu DM 2.000 zur Verfügung hatten. Ein monatliches Einkommen bis zu DM 5000 hatten weitere neun Befragte (9,3%), während drei Inhaftierte (3,1%) ein Nettoeinkommen pro Monat bis zu DM 8.500 angaben. Nur zwei Inhaftierte (2,1%) hatten ein darüber hinausgehendes Nettoeinkommen von DM 15.000 bzw. DM 30.000 im Monat.

Wohnverhältnisse vor Inhaftierung

Vor der Inhaftierung hatten 48,0% der Befragten in der eigenen Wohnung gelebt. Bei Eltern oder der Familie hatten 28,6% der Inhaftierten gewohnt. Heimbewohner gab es in 11,2% der Fälle. Betreutes Wohnen war mit 2% ein selten vorkommendes Wohnverhältnis. Ohne Wohnsitz waren 8,2% der Inhaftierten vor Haftbeginn gewesen und zwei Befragte (2%) gaben sonstige Wohnverhältnisse an (s. Abb.10).

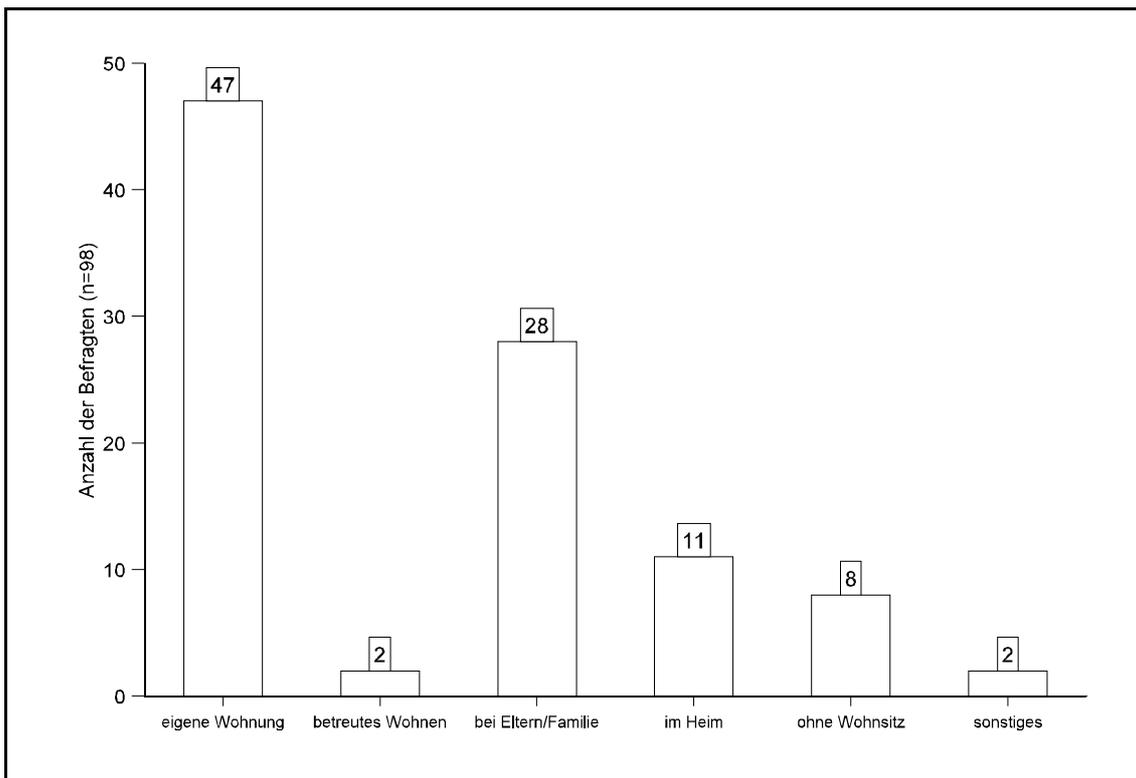


Abbildung 10: Wohnverhältnisse der Befragten vor Inhaftierung (n=98)

3.4. Angaben zur Inhaftierung

Dauer der jetzigen Inhaftierung

91 Inhaftierte machten Angaben über die Zeitdauer ihrer bisherigen Inhaftierung. Die meisten Personen waren bis zu einem Monat (41,7%) bzw. bis zu 6 Monaten (46,1%) in der Haftanstalt gewesen. Personen mit längeren Aufenthaltsdauern waren selten (s. Abb.11).

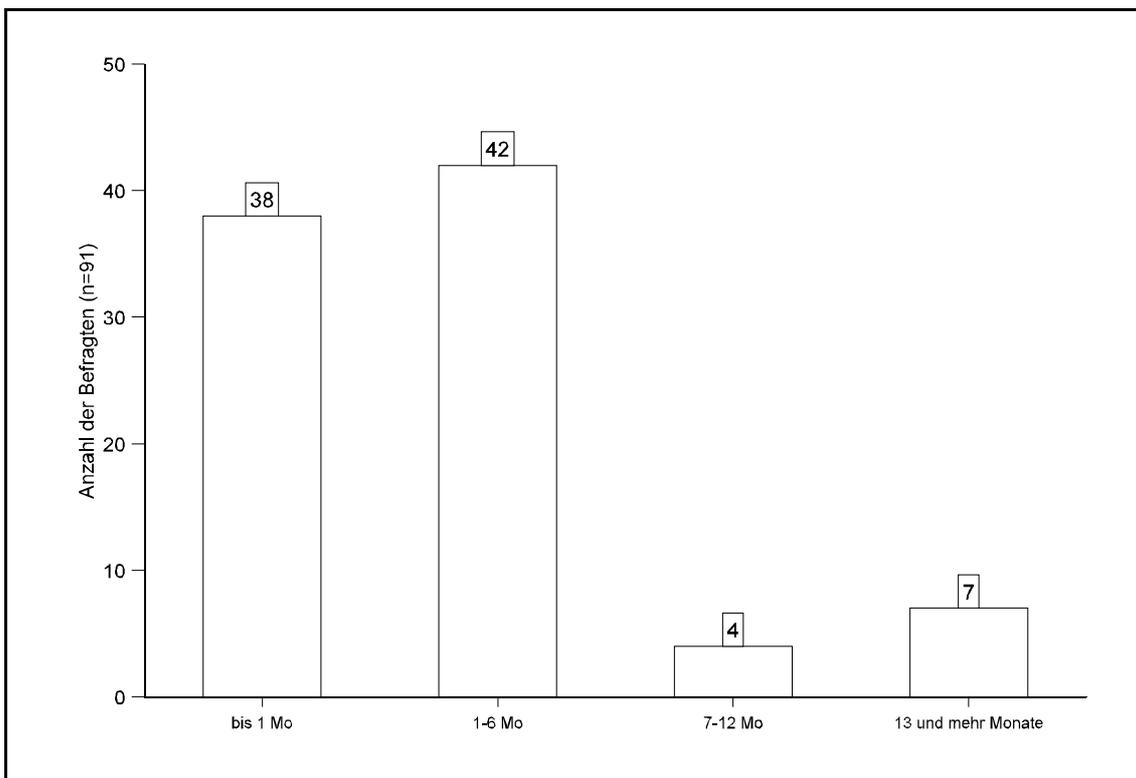


Abbildung 11: Dauer der jetzigen Inhaftierung in Monaten (n=91)

Im Durchschnitt betrug die bisherige Inhaftierungszeit $4,5 \pm 8,9$ Monate (Median 2 Monate, Minimum 0,3 Monate, Maximum 5,5 Jahre).

Dabei handelte es sich um 72 Untersuchungshäftlinge (72,7%) und 26 Strafgefangene (26,3%). Ein Inhaftierter machte zu dieser Frage keine Angaben.

Von den 26 Strafgefangenen machten 19 konkrete Angaben zur voraussichtlichen Restdauer ihrer Inhaftierung. Dabei schwankte die Zeitspanne zwischen 1 bis 36 Monaten mit einem Durchschnitt von $14,0 \pm 11,2$ Monaten (Median 12 Monate). Die sieben verbleibenden Strafgefangenen konnten die Resthaftzeit nicht absehen.

Von den 72 Untersuchungshäftlingen konnte erwartungsgemäß die Mehrzahl der Befragten die Restdauer der Inhaftierung nicht absehen (n=66), jedoch machten die sechs verbliebenden Gefangenen konkrete Angaben. Ihrer Meinung nach würde die Inhaftierung noch weitere 5 bis 24 Monate andauern ($16,8 \pm 7,3$ Monate, Median 18 Monate).

3.5. Klinische Daten der Inhaftierten

Die Inhaftierten hatten nach ICD-9 Klassifikation in 85 Fällen (86,7%) die Diagnose 304.7 und in 13 Fällen (13,3) die Diagnose 305.9. In einem Fall war keine Diagnose zu ermitteln.

3.5.1. Alter bei erstem Drogen- und Alkoholgebrauch

Aus der nachfolgenden Tabelle ergibt sich die eine sehr häufige Nutzung von Heroin (93,9%) Alkohol (83,8%), Kokain (83,8%) und Cannabinoiden (77,7%). Etwas seltener wurden Tabletten/Säfte (65,6%) und Methadon 53,5% eingenommen. Amphetamine und Halluzinogene (je 44,4%) waren bei einer kleineren Gruppe der Inhaftierten konsumiert worden. Schnüffelstoffe und andere Substanzen (8%) wurden eher selten verwendet.

Es geht jedoch ebenso aus der Tabelle hervor, dass vom Alter der Befragten her gesehen zuerst in der Pubertät andere Substanzen, dann Schnüffelstoffe, Alkohol konsumiert werden. Im Alter ab etwa 17 Jahren folgt dann der Konsum von Halluzinogenen und Opiaten/Analgetika. Erst ab dem Erwachsenenalter folgen dann schwere Suchtstoffe wie Heroin, Kokain oder Amphetamine und erst Mitte 20 werden Drogeneratzstoffe wie Methadon eingenommen. Das Alter bei 1. Injektion liegt im Durchschnitt bei 21 Jahren.

Tab.6: Alter bei erstem Drogen- und Alkoholgebrauch in Monaten				
Art des Drogenkonsums	Alter in Jahren			
	n*	MW ± SD	Median	Min - Max
Alkoholgebrauch bis zur Trunkenheit	83	14,2 ± 2,5	14	7 - 20
Heroingebrauch	93	19,4 ± 5,1	19	5 - 40
Methadon	53	26,8 ± 6,6	26	4 - 40
andere Opiate/Analgetika	36	17,8 ± 4,0	18	5 - 28
Tabletten/Säfte (Benzos, Barbiturate, Sedativa, etc.)	65	19,2 ± 5,1	18	5 - 35
Kokain	83	20,0 ± 5,4	19	6 - 35
Amphetamine oder Designer-Drogen (Ecstasy)	44	20,0 ± 5,8	19,5	6 - 38
Cannabinoiden	77	15,2 ± 3,6	15	1 - 25
Halluzinogene	44	17,5 ± 4,9	17	5 - 28
Schnüffelstoffe	8	14,5 ± 3,1	14,5	11 - 20
andere Substanzen	8	11,7 ± 5,9	13,5	2 - 19
Alter bei erster Injektion	82	21,1 ± 4,7	21	13 - 40

* alle Patienten wurden befragt, die Ziffer beschreibt lediglich die Anzahl positiv antwortender Befragter

3.5.2. Gebrauch bestimmter Drogen in den letzten drei Monaten

Je nach Art der Droge gaben eine unterschiedliche Zahl von Inhaftierten ein, diese in den letzten drei Monaten eingenommen oder gemieden zu haben. Am häufigsten wurden Angaben zur Verwendung von Alkohol und Heroin gemacht, gefolgt von Cannabinoiden, Kokain und Methadon. Besonders hoch (nämlich über 90%) war bei den Inhaftierten die Nutzung von Heroin mit bis zu 60 Dosen in den letzten drei Monaten. Methadon, Cannabinoide und Halluzinogene wurden ebenfalls in hohen Mengen (55-59 Dosen im abgefragten Zeitraum) benutzt. Vergleichsweise niedrig war die Intensität des Alkoholkonsums bis zur Trunkenheit, der ähnlich hoch war wie der Konsum der Opiate und zwischen 30-40 Verwendungen im Beobachtungszeitraum lag. Schnüffelstoffe wurden kaum benutzt. Andere Substanzen wurden selten eingesetzt (s. Tab.7).

Tab.7: Häufigkeit des Gebrauchs bestimmter Drogen in den letzten drei Monaten					
Art des Drogenkonsums	Häufigkeit der Benutzung				
	N ¹⁾	n (%) ²⁾	MW ± SD	Median	Min - Max
Alkoholgebrauch bis zur Trunkenheit	70	57 (81,4%)	36,8 ± 27,4	30	2 - 90
Heroingebrauch	83	77 (92,7%)	60,0 ± 27,2	60	3 - 98
Methadon	55	46 (83,6%)	59,7 ± 32,6	67,5	3 - 93
andere Opiate/Analgetika	35	27 (77,1%)	32,7 ± 25,2	30	1 - 90
Tabletten/Säfte	56	52 (92,8%)	46,0 ± 30,8	42,5	2 - 93
Kokain	64	59 (92,2%)	47,8 ± 27,6	45,0	2 - 90
Amphetamine oder Designer-Drogen	25	12 (48,0%)	37,2 ± 20,6	30	1 - 90
Cannabinoiden	72	69 (95,8%)	59,8 ± 29,6	60	5 - 95
Halluzinogene	21	9 (42,8%)	55,6 ± 30,0	60	20 - 91
Schnüffelstoffe	15	1 (6,6%)	30	-	-
andere Substanzen	7	7 (100%)	16,5 ± 18,2	6	1 - 45

¹⁾ Gesamtzahl aller antwortenden Inhaftierten (= jene, die den Genuß verneinten, und jene, die den Genuß zugaben)

²⁾ Anzahl und Prozentsatz der die Droge anwendenden Inhaftierten

3.5.3. Verlauf der Drogenabhängigkeit und Art der Therapie

Die Drogenabhängigkeit der Inhaftierten (98 Personen machten verwertbare Angaben) betrug zum Zeitpunkt der Befragten im Durchschnitt $9,0 \pm 6,5$ Jahre (Median 7 Jahre, Minimum 2 Monate, Maximum 27 Jahre). Wie Abbildung 12 zeigt, waren nur sehr wenige Inhaftierte (4,1%) bis zu einem Jahr drogensüchtig gewesen. Die überwiegende Mehrzahl war 1-5 Jahre (33,6%) oder 6-10 Jahre 34,6%) drogenabhängig gewesen. Es fanden sich aber auch in fast jedem 5. Fall (19,8%) langjährige Drogenkarrieren von 15 und mehr Jahren Dauer.

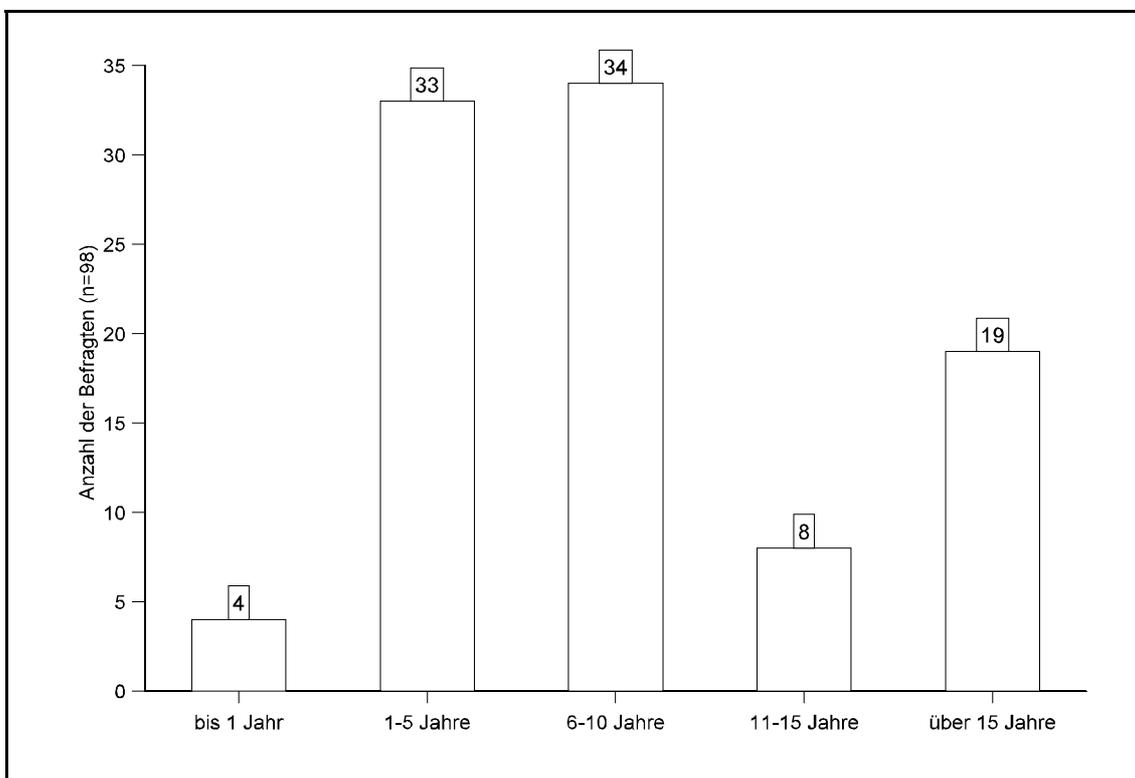


Abbildung 12: Dauer der bisherigen Drogenabhängigkeit der Inhaftierten (n=98)

Bisherige stationäre Entgiftungen

Angaben zu einer stationären Entgiftung machten 89 Befragte. Dabei stellte sich heraus, daß 26 von ihnen (29,2%) noch keine solche Behandlung durchgemacht hatten. Die verbleibenden 63 Inhaftierten hatten solch eine Therapie mitgemacht, wobei 22,5% (n=20) diese einmal, 18,2% (n=18) diese zweimal und 25 dreimal und häufiger eine stationäre

Entgiftung durchlaufen hatte. Im Durchschnitt hatten die 63 Inhaftierten 3 Behandlungen (1 bis 20 Behandlungen) durchlaufen.

Bisherige stationäre Entwöhnungen

79 Befragte machten Angaben zu einer stationären Entwöhnung. Es zeigte sich, daß 30 von ihnen (38,0%) noch keine solche Behandlung durchlaufen hatten. Die verbleibenden 49 Inhaftierten hatten in 40,8% (n=20) diese Entwöhnungsbehandlung einmal, 26,5% (n=13) diese zweimal und 26 dreimal und häufiger durchlaufen hatte. Im Durchschnitt hatten sich die 49 Inhaftierten 2 Entwöhnungstherapien (1 bis 20 Behandlungen) unterzogen.

Aktuelle Substitution und etwaige Dauer der Behandlung

Im befragten Kollektiv waren von 97 Inhaftierten zur Durchführung und Art einer Substitution Angaben zu ermitteln. Bei der Hälfte der Befragten (n=49; 50,5%) wurde überhaupt keine Substitutionsbehandlung vorgenommen. 44,3% (n=43) erhielten eine Substitutionstherapie mit Methadon oder Polamidon und weitere 5,2% (n=5) bekamen eine andere Substitutionstherapie.

47 der 48 Inhaftierten, die eine Substitutionstherapie erhielten, konnten Angaben zu deren bisherigen Dauer machen. Die Therapie hatte im Durchschnitt bereits $20,1 \pm 28,3$ angehalten (Median 6 Monate, Minimum 0,2 Monate, Maximum 150 Monate), wobei die Mehrzahl der Befragten (n=29; 61,7%) die Substitutionsbehandlung bisher maximal ein Jahr erhalten hatte.

3.5.4. Körperlicher und psychischer Zustand

Hinsichtlich des körperlichen Zustandes gaben jeweils etwas mehr als 1/4tel der Inhaftierten an, unter Abszessen oder Krampfanfällen zu leiden. Fast 2/3tel der Befragten war an einer Hepatitis B oder C erkrankt gewesen und etwa jeder 10. Befragte war HIV-positiv. Über sonstige körperliche Probleme klagten 1/4tel der Befragten (s. Tab.8).

Art d. Schadens (Anzahl*)	n	(%)
Abszesse (n=99)	28	(28,3%)
Hepatitis B/C (n=99)	60	(60,6%)
HIV-positiv (n=97)	8	(8,2%)
Krampfanfälle (n=99)	29	(29,3%)
sonstige Schäden	26	(26,3%)

* Anzahl auskunftgebender Inhaftierter

Hinsichtlich psychischer Symptome berichtete jeder Dritte Inhaftierte über Depressionen bzw. Angstzustände. 90% der Befragten verneinten zwar Selbstmordgedanken, jedoch hatten 22,2% bereits in ihrem bisherigen Leben einen oder mehrere Selbstmordversuche unternommen (s. Tab.9).

Art des Zustandes (Anzahl*)	nein	weiß nicht	ja
Depressionen (n=98)	54 (55,1%)	12 (12,2%)	32 (32,7%)
Angstzustände (n=98)	56 (57,1%)	8 (8,2%)	34 (34,7%)
Selbstmordgedanken (n=99)	90 (90,9%)	5 (5,1%)	4 (4,0%)
Selbstmordversuch unternommen (n=99)	76 (76,8%)	1 (1,0%)	22 (22,2%)

* Anzahl auskunftgebender Inhaftierter

Von den 22 Personen mit Selbstmordversuch hatten jeweils sechs diesen ein oder zweimal (je 27,3%) unternommen. Fünf Personen (22,7%) hatten drei Versuche hinter sich. Ein Befragter (4,5%) gab vier Selbstmordversuche an und jeweils zwei Inhaftierte (9,1%) hatten fünf bzw. sechs Selbstmordversuche unternommen.

3.6. Beziehungsnetze bzw. soziale Kontakte

Die Mehrzahl der abhängigen Inhaftierten hatte in den letzten Monaten überwiegend mit abhängigen Freunden oder Bekannten (83,8%) und mit Verwandten (57,6%) verbracht. Etwas mehr als die Hälfte (50,5%) war mit dem Partner bzw. der Partnerin zusammen gewesen. Einen Umgang mit nicht-abhängigen Freunden oder Bekannten (43,4%) kam am seltensten vor (s. Abb.13).

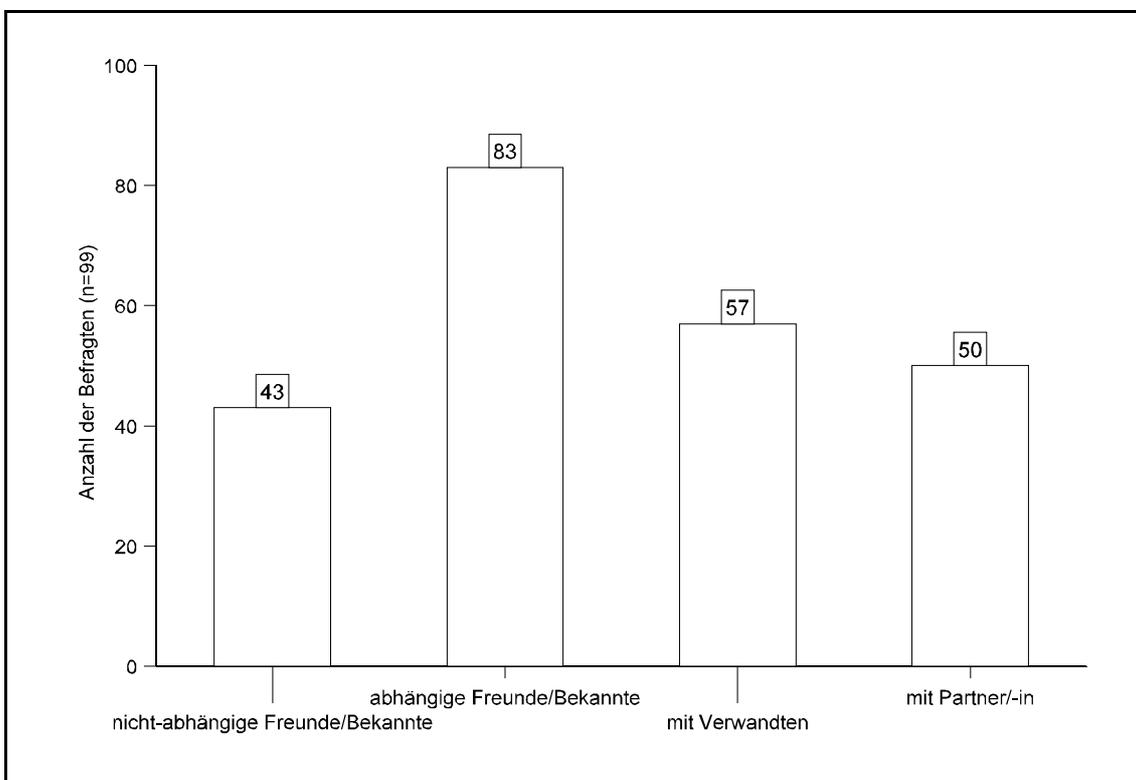


Abbildung 13: Freunde, Bekannte oder Partner, mit denen der Inhaftierte seine Zeit in den letzten Monaten regelmäßig verbrachte

Auf die Frage, ob man in den letzten Monaten vor der Inhaftierung mit einem abhängigen Partner bzw. einer abhängigen Partnerin zusammengelebt habe, verweigerte ein Inhaftierter die Antwort. Von den verbleibenden 98 Inhaftierten gaben ein Drittel (n=34) an, dass sie keinen Partner/-in gehabt hätten. Von den restlichen 64 Inhaftierten, die vor der Inhaftierung mit einem Partner/-in zusammengelebt hatten, gaben 35,9% (n=23) an, dass auch der Partner abhängig gewesen war.

3.7. Rechtliche Probleme

Die Mehrzahl der 95 Inhaftierten, die über rechtliche Probleme wegen BtM-Delikten berichteten, gaben an, 1-3mal (61%) in diesem Zusammenhang auffällig geworden zu sein. 19 Befragte waren häufiger (20%) und lediglich 18 Befragte (19%) gar nicht auffällig geworden (s. Abb. 14).

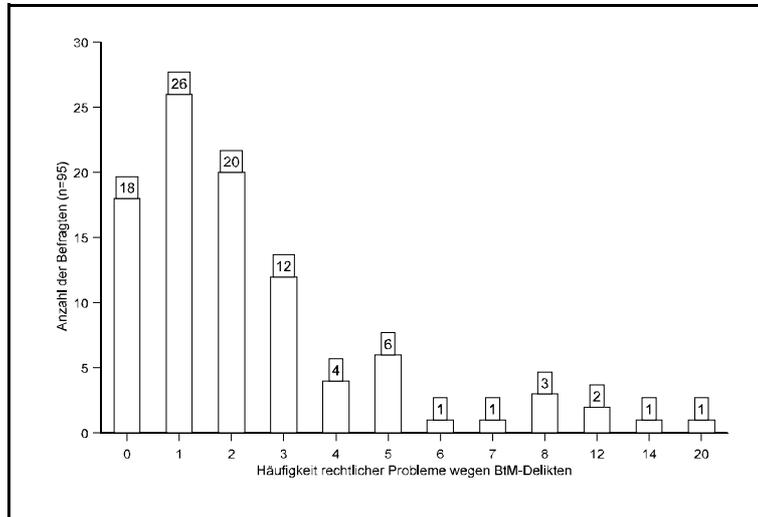


Abbildung 14: Häufigkeit rechtlicher Probleme wegen BtM-Delikten

Wegen Beschaffungsdelikten (90 verwertbare Angaben) 71,2% der Inhaftierten auffällig, wobei knapp die Hälfte (48,8%) 1-5 Mal Probleme bekam (s. Abb.15).

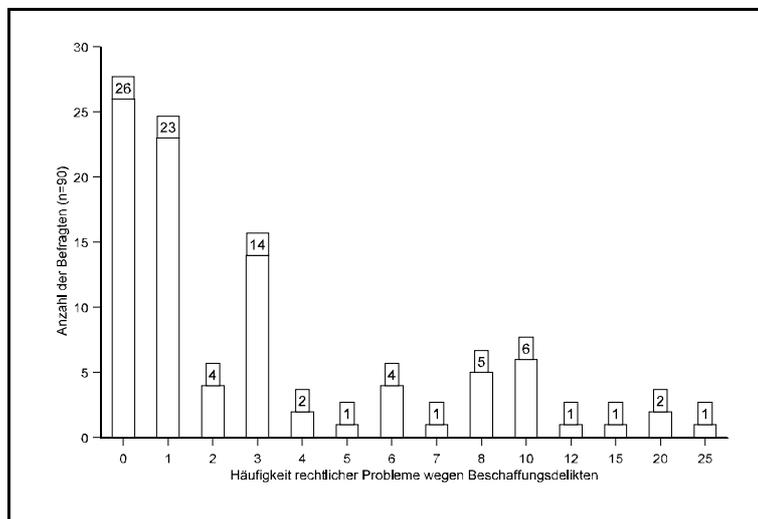


Abbildung 15: Häufigkeit rechtlicher Probleme wegen Beschaffungsdelikten

Angaben über rechtliche Probleme aufgrund von Gewalttaten unter Alkohol-/Drogen- oder Medikameneinfluss wurden nur von 77 Inhaftierten gemacht. die Mehrzahl (61%) war diesbezüglich unauffällig gewesen (s. Abb.16).

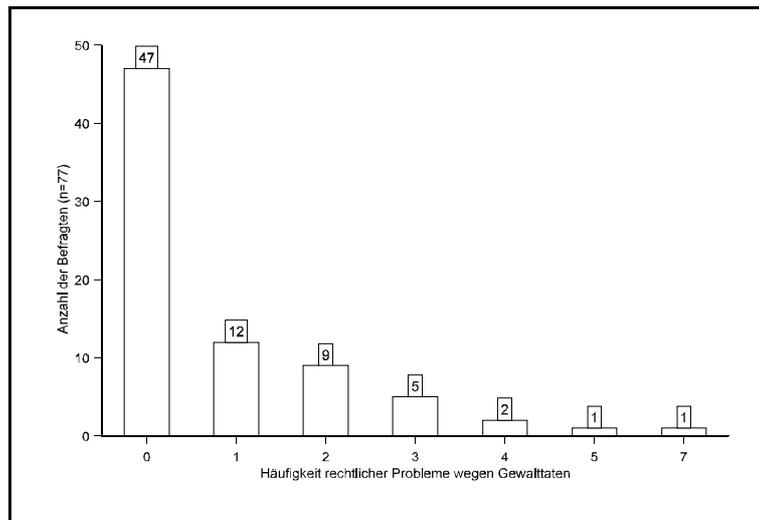


Abbildung 16: Häufigkeit rechtlicher Probleme wegen Gewalttaten

Bezüglich sonstiger Delikte machten nur 61 Inhaftierte verwertbare Angaben. Hier waren ebenfalls die Mehrzahl (60,6%) unauffällig gewesen (s. Abb. 17).

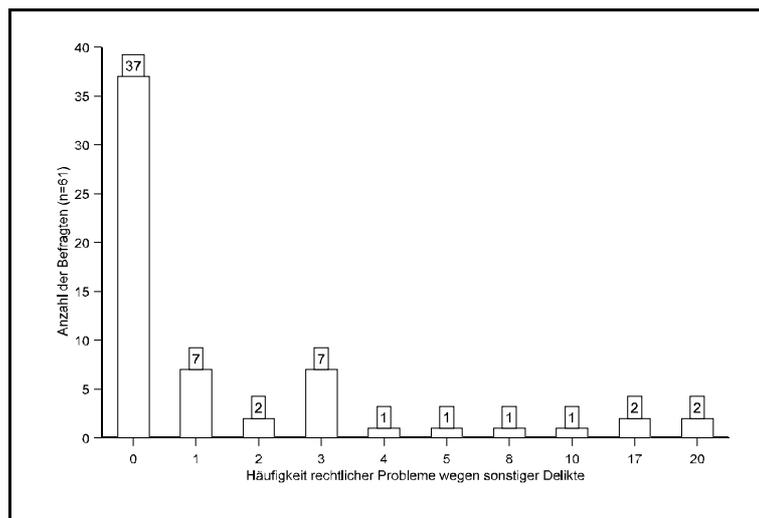


Abbildung 17: Häufigkeit rechtlicher Probleme wegen sonstiger Delikte

97 Befragte wurden darüber befragt, wieviele Monate sie in ihrem bisherigen Leben bereits in Untersuchungshaft verbracht hatten. Dabei waren nur Zeitangaben von 89 Häftlingen zu erhalten. Bei diesen lag die Zeitspanne durchschnittlich bei $21,0 \pm 23,8$ Monaten (Median 10 Monate, Minimum 2 Wochen, Maximum 98 Monate).

Zum Zeitpunkt der Befragung sahen 83,8% (n=83) der befragten Inhaftierten einer Anklage, Verhandlung oder Verurteilung entgegen.

Von den Inhaftierten machten 95 verwertbare Angaben über Selbsteinschätzung ihrer rechtlichen Situation. Die meisten von Ihnen schätzten die rechtlichen Probleme als erheblich (37,9%) oder extrem (27,4%) ein. Lediglich jeder 10. Antwortgebende (10,5%) war der Auffassung, dass seine Rechtsprobleme wenig bedeutsam seien. Von einem Viertel der Personen (24,2%) wurde die Lage als mittelmäßig problematisch gesehen (s. Abb.18).

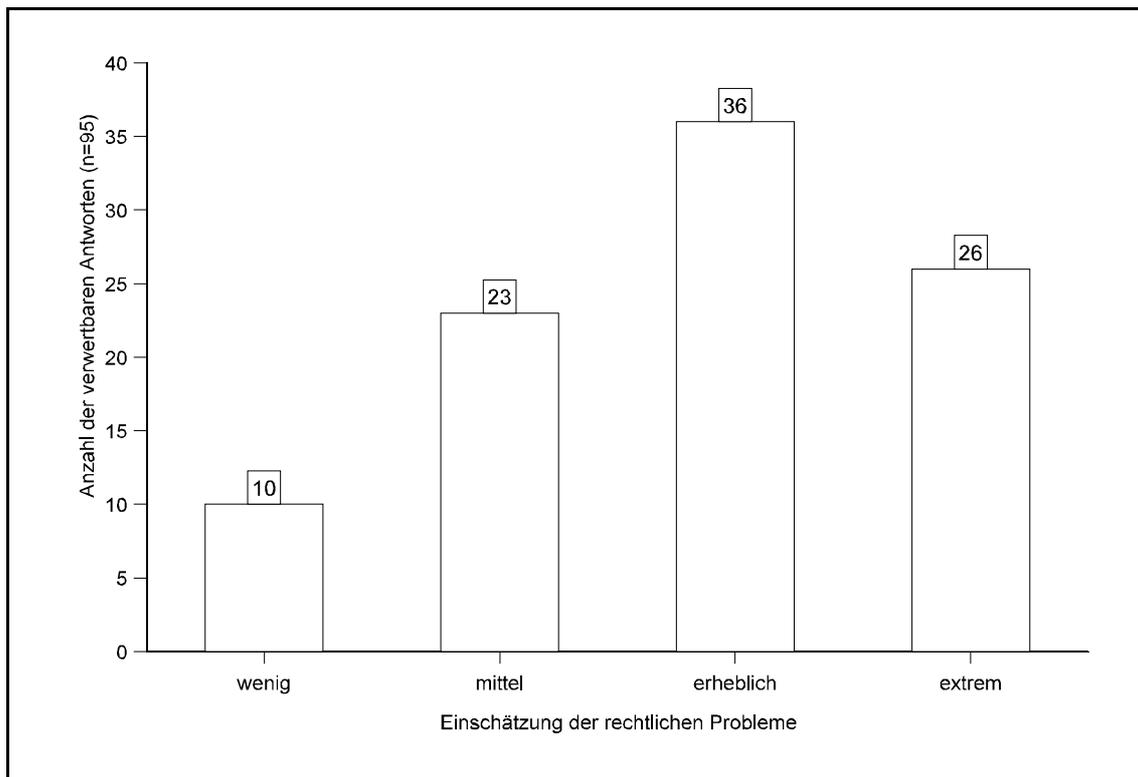


Abbildung 18: Einschätzung der eigenen rechtlichen Situation durch die Inhaftierten

3.8. Gesundheitliche Bewertung der Situation der Inhaftierten

3.8.1. Schweregradprofil

Das Schweregradprofil zeigte z.T. deutliche Behandlungsnotwendigkeiten bzw. Interventionsnotwendigkeiten bei den Inhaftierten in den Bereichen Drogen und rechtliche Probleme. Ein mittleres Schweregradprofil mit Interventions- bzw. Behandlungsempfehlung waren die Bereiche Arbeit/Unterhalt und familiärer/sozialer Bereich. Im Gesundheitsbereich (körperliches und psychisches Profil) lagen leichte bis mittlere Probleme vor (s. Tab.10).

Problem	O ± SD	Med	0-1	2-3	4-5	6-7	8-9
körperlich	3,2 ± 2,7	3	35,3%	19,2%	24,3%	12,1%	12,1%
Arbeit/Unterhalt	4,4 ± 2,8	4	17,2%	25,3%	23,2%	13,1%	21,2%
Alkohol	1,7 ± 2,6	1	68,7%	10,1%	9,1%	1,0%	10,1%
Drogen	6,8 ± 13,6	5	20,0%	17,2%	17,2%	11,2%	34,4%
rechtlich	5,3 ± 2,9	5	12,1%	23,2%	16,2%	14,2%	34,3%
familiär/sozial	4,0 ± 3,1	4	26,3%	23,3%	17,2%	11,2%	22,0%
psychisch	4,0 ± 3,2	4	33,3%	12,1%	14,1%	19,3%	21,2%

0-1: kein echtes Problem, keine Behandlung erforderlich

2-3: leichtes Problem, Behandlung möglicherweise nicht notwendig

4-5: mittleres Problem, Behandlung empfohlen

6-7: beträchtliches Problem, Behandlung notwendig

8-9: extremes Problem, Behandlung absolut erforderlich

Med. = Median, SD = Standardabweichung

Bedeutsam ist, dass eine absolute Behandlungsnotwendigkeit im Bereich bei den Inhaftierten bei 12,1% wegen körperlicher, 10,1% wegen alkoholbedingter, 22% wegen familiär/sozialer und 21,2% wegen psychischer Probleme vorhanden war. Bei Drogen war die absolute Behandlungsnotwendigkeit in jedem dritten Fall (34,3%) gegeben und eine Intervention wegen rechtlicher Probleme war ebenfalls in jedem dritten Fall (34,4%) notwendig.

3.8.2. Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Dienste vor der Inhaftierung

In den letzten Monaten vor der Inhaftierung wurden ambulante medizinische Dienste von den Befragten in unterschiedlicher Häufigkeit benutzt. Es dominierten der Besuch beim Hausarzt (55,6%), der Drogenberatung (46,8%) und der Substitutionsbehandlung (44,8%), während Besuche beim niedergelassenen Psychologen (13,8%) oder beim niedergelassenen Psychiater (10,6%) im Hintergrund standen. Andere Dienste wurden nur von 6,7% der diese Frage beantwortenden Personen benutzt (s. Abb.19).

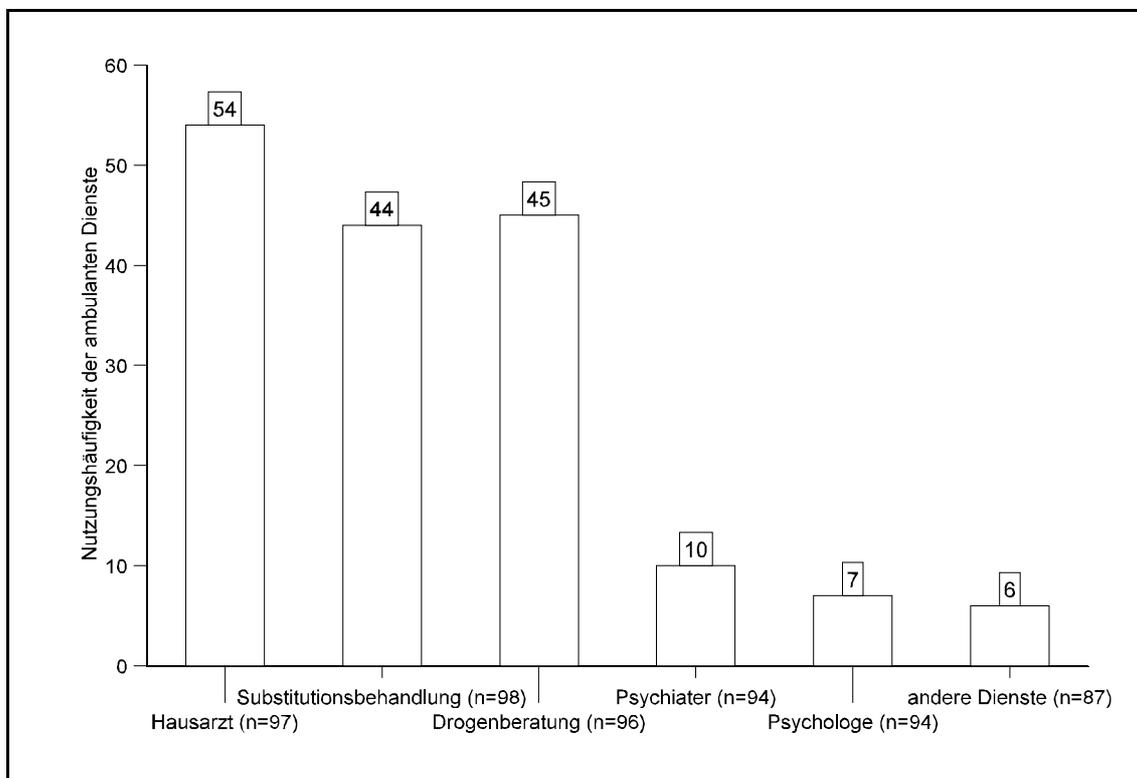


Abbildung 19: Nutzungshäufigkeit ambulanter Dienste in den Monaten vor Inhaftierung

Die Nutzungsintensität der ambulanten Dienste war unterschiedlich. Hausärzte wurden 936mal (MW: 17; Median 22) aufgesucht, während die Substitutionsbehandlung mit 1.066 Besuchen (MW: 24; Median 30) etwas häufiger frequentiert wurde. Zwar suchten mehr als die Hälfte der Befragten die Drogenberatung auf, aber insgesamt wurden nur 158 Besuche (MW: 3; Median 2) angegeben. Die wenigen Inhaftierten, die einen niedergelassenen Psychiater kontaktiert hatten, waren 29mal (MW: 3; Median 2) vorstellig geworden, wäh-

rend jene, die einen niedergelassenen Psychologen aufgesucht hatten, nur 21 mal (MW: 3; Median 2) zur Behandlung kamen. Die sechs Inhaftierten, die vor ihrer Einlieferung in die Haft auch andere medizinische Dienste genutzt hatten, waren bei diesen insgesamt 31mal (MW: 5; Median 5) vorstellig geworden.

3.8.3. Fremdeinschätzung des Gesundheitszustandes des Inhaftierten durch den Arzt mittels Clinical Global Impression (CGI)-Skala

Die Bewertung der Abhängigkeitserkrankung des inhaftierten Patienten durch den untersuchenden Arzt ergab in der überwiegenden Zahl der Fälle (50,5%) einen deutlich abhängigen Patienten (CGI-Wert: 6 Punkte). Weitere 19,1% wurden als schwer, 3% sogar als extrem schwer abhängig eingestuft (s. Abb.20). Der CGI-Skalenwert belief sich durchschnittlich auf $5,6 \pm 1,4$ Punkte (Median 6 Punkte).

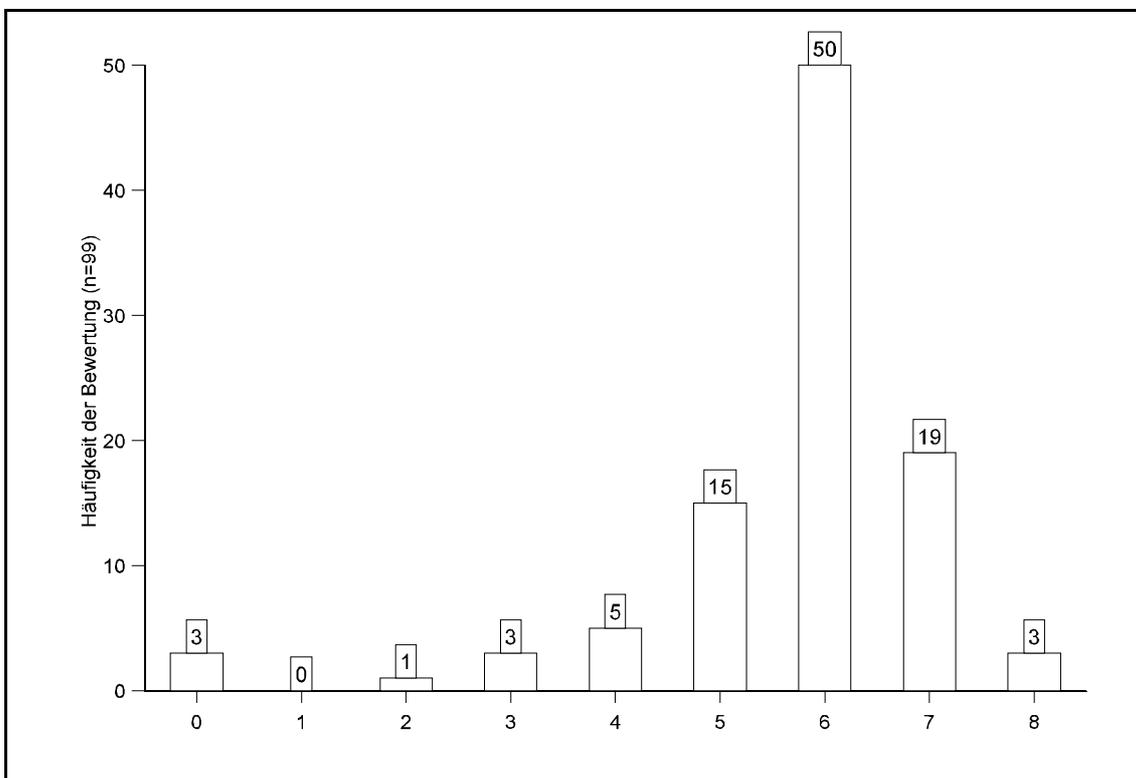


Abbildung 20: Fremdeinschätzung des Inhaftierten durch CGI-Skala

3.9. Modifizierte SF-36 Analyse

3.9.1. Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes

Auf einer 5-Punkte-Skala stuften die Inhaftierten ihren Gesundheitszustand im Durchschnitt mit $3,8 \pm 0,8$ Punkten (Median 4 Punkte) ein. Die Mehrzahl der Befragten (64,6%) stuften ihn als weniger gut bis schlecht ein (s. Abb. 21).

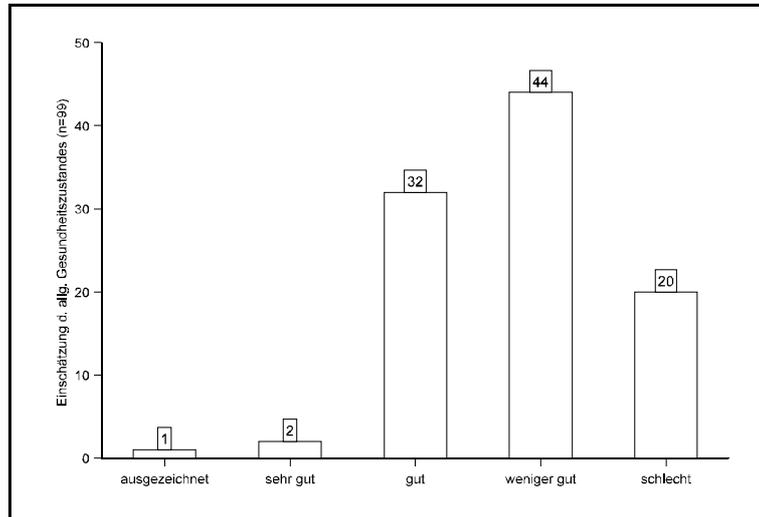


Abbildung 21: Bewertung des Gesundheitszustandes

Im Rückblick auf den Gesundheitszustand von vor einem Jahr gaben 26,3% der Befragten einen heute besseren Zustand an. Bei 39,4% war der Zustand unverändert, bei 34,4% war er schlechter (s. Abb.22).

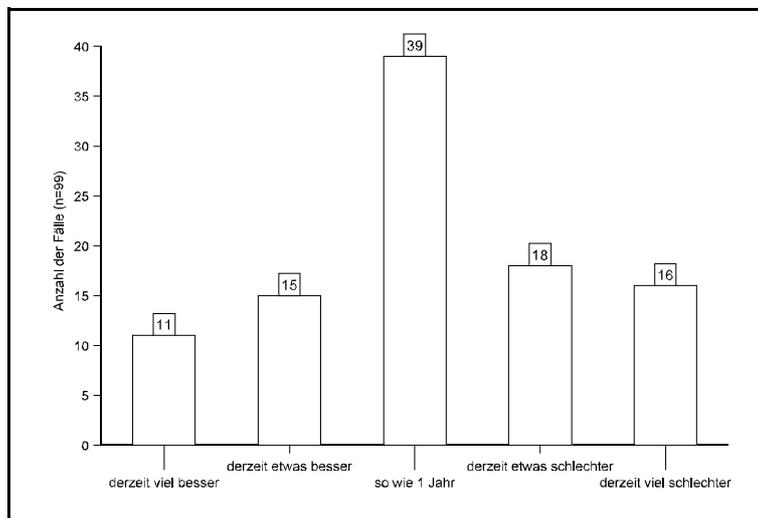


Abbildung 22: Bewertung des heutigen Gesundheitszustandes im Vergleich zu jenem vor 1 Jahr

3.9.2. Selbsteinschätzung von Tätigkeiten

Die Selbsteinschätzung der Inhaftierten erbrachte hinsichtlich der Einschränkung von Tätigkeiten kaum einen Hinweis auf Probleme mit Ausnahme anstrengender Tätigkeiten wie schnellem Laufen, anstrengendem Sport oder dem Hochheben schwerer Gegenstände (s. Tab.11).

Tab.11: Selbsteinschätzung über Einschränkungen von Tätigkeiten			
Art der Tätigkeit [Anzahl der auswertbaren Antworten]	stark eingeschränkt	etwas eingeschränkt	nicht eingeschränkt
anstrengende Tätigkeit (z.B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben) [n=99]	21 (21,2%)	52 (52,5%)	26 (26,3%)
mittelschwere Tätigkeit (z.B. eine Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln) [n=98]	3 (3,1%)	24 (24,5%)	71 (71,4%)
Einkaufstaschen heben und tragen [n=98]	5 (5,1%)	16 (16,3%)	77 (78,6%)
mehrere Treppenabsätze steigen [n=98]	4 (4,1%)	36 (36,7%)	58 (59,2%)
einen Treppenabsatz steigen [n=98]	3 (3,1%)	15 (15,5%)	79 (81,4%)
sich beugen, knien, bücken [n=97]	7 (7,2%)	27 (27,9%)	63 (63,9%)
mehr als 1 km zu Fuß gehen [n=98]	9 (9,2%)	29 (29,6%)	60 (61,2%)
mehrere Straßenkreuzungen weit zu Fuß gehen [n=97]	9 (9,3%)	25 (25,8%)	63 (64,9%)
eine Straßenkreuzung weit zu Fuß gehen [n=98]	5 (5,1%)	21 (21,4%)	72 (73,5%)
sich baden oder anziehen [n=97]	3 (3,1%)	13 (13,4%)	81 (83,5%)

3.9.3. Selbsteinschätzung der körperlichen Gesundheit in den letzten 4 Wochen

Die Inhaftierten schätzten ihre körperliche Gesundheit in den vergangenen 4 Wochen überwiegend schlechter ein. Sie klagten über Einschränkungen ihrer Leistungsfähigkeit (s. Tab.12).

Tab.12: Selbsteinschätzung der körperlichen Gesundheit in den letzten 4 Wochen		
Art der Schwierigkeiten [Anzahl der auswertbaren Antworten]	ja	nein
Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein [n=96]	46 (47,9%)	50 (52,1%)
Ich habe weniger geschafft als ich wollte [n=97]	53 (54,6%)	44 (45,4%)
Ich konnte nur bestimmte Dinge tun [n=97]	45 (46,4%)	52 (53,6%)
Ich hatte Schwierigkeiten bei der Ausführung (z.B. ich mußte mich besonders anstrengen) [n=98]	38 (39,2%)	59 (60,8%)

3.9.4. Selbsteinschätzung der seelischer Beschwerden in den letzten 4 Wochen

Die befragten Inhaftierten berichteten über seelische Probleme in der überwiegenden Zahl der Fälle. Die Befragten waren mehrheitlich nicht so leistungsfähig wie üblich (s. Tab.13).

Tab.13: Selbsteinschätzung der seelischen Probleme in den letzten 4 Wochen		
Art der Schwierigkeiten [Anzahl der auswertbaren Antworten]	ja	nein
Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein [n=96]	47 (49,0%)	49 (51,0%)
Ich habe weniger geschafft als ich wollte [n=98]	62 (63,3%)	36 (36,7%)
Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten [n=96]	59 (61,5%)	37 (38,5%)

3.9.5. Kontaktbehinderung zu Familienangehörigen

Auf einer 5-Punkte-Skala gaben die Inhaftierten im Durchschnitt eine mäßige Beeinträchtigung ihrer Kontaktmöglichkeiten zu den Familienangehörigen durch gesundheitliche oder seelische Probleme während der Haft innerhalb der vergangenen vier Wochen an. Der durchschnittliche Punktwert lag bei $2,9 \pm 1,5$ Punkten (Median 3 Punkte). Allerdings klagte ein Viertel der Befragten (23,1%) über sehr deutliche und weitere 17,3% über ziemliche Einschränkung der Kontaktbehinderung (s. Abb.23).

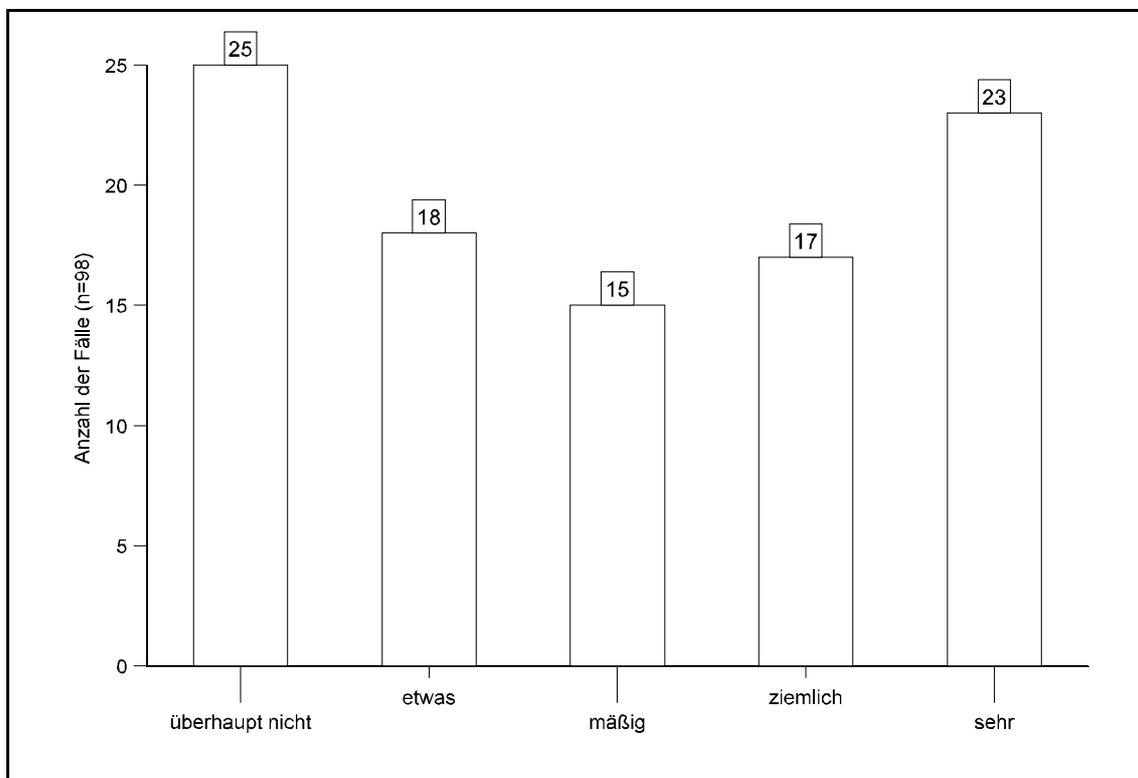


Abbildung 23: Beeinträchtigung des Kontaktes zu Familienangehörigen in der Haft aufgrund körperlicher oder seelischer Probleme

3.9.6. Schmerzen in den letzten 4 Wochen

Auf einer 6-Punkte-Skala (1 = überhaupt nicht bis 6 = sehr stark) machten 98 Inhaftierte Angaben hinsichtlich ihres Schmerzempfindens in den letzten 4 Wochen. Der durchschnittliche Punktwert betrug $3,1 \pm 1,5$ (Median 3,5). Dies spricht für eine leichte bis mäßige Beeinträchtigung der Befragten durch Schmerzen.

Auf einer 5-Punkte-Skala (1 = überhaupt nicht bis 5 = sehr) machten 98 Personen Angaben darüber, ob Schmerzen sie bei der Ausübung von Alltagstätigkeiten in den letzten 4 Wochen behindert hätten. Der durchschnittliche Punktwert lag bei $2,4 \pm 1,2$ (Median 2), was für eine geringe bis mäßige Beeinträchtigung der Befragten spricht.

3.9.7. Befinden in den letzten 4 Wochen

Die Einschätzung der Befindlichkeit der Befragten auf einer 6-Punkte-Skala ergab eine mittelmäßige Belastung bei den meisten Items (s. Tab.14).

Tab.14: Befinden in den vergangenen 4 Wochen; Bewertung auf einer 6-Punkte-Skala (1 = immer bis 6 = nie)			
Befinden (Anzahl*)	MW \pm SD	Median	Min. - Max.
voller Schwung (n=97)	2,4 \pm 1,0	2	1 - 5
sehr nervös (n=97)	3,1 \pm 1,4	3	1 - 6
niedergeschlagen (n=95)	3,6 \pm 1,2	4	1 - 6
ruhig und gelassen (n=96)	2,6 \pm 1,3	2	1 - 5
voller Energie (n=95)	2,3 \pm 1,2	2	1 - 6
entmutigt und traurig (n=97)	3,3 \pm 1,2	3	1 - 6
erschöpft (n=96)	3,4 \pm 1,2	3	1 - 6
glücklich (n=96)	2,0 \pm 1,0	2	1 - 5
müde (n=98)	3,0 \pm 1,2	3	1 - 6

* Anzahl der antwortgebenden Befragten

Die meisten befragten Inhaftierten waren durch seelische oder körperliche Probleme nicht negativ in ihrer Kontaktaufnahme zu anderen Menschen (Verwandten, Freunden, etc.) be-

hindert (52%). Lediglich 19,3% der Befragten gaben hier eine häufige Beeinträchtigung an (s. Abb.24).

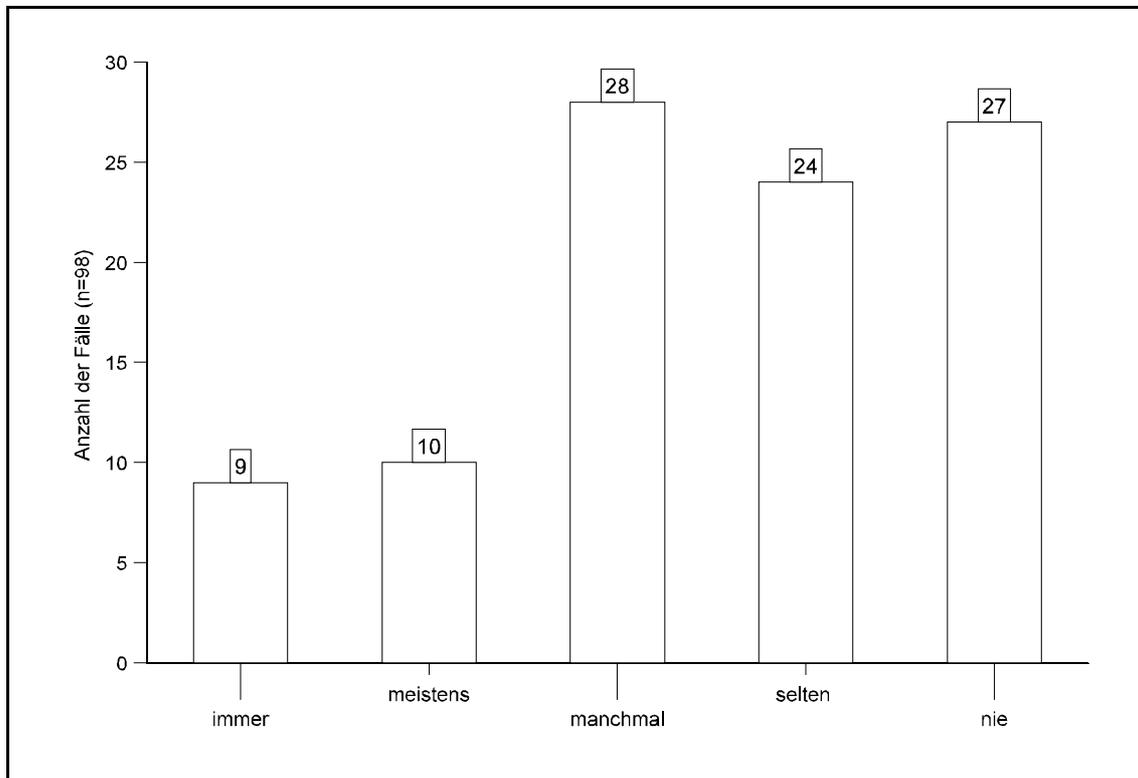


Abbildung 24: Häufigkeit der Beeinträchtigung in der Haft möglicher Kontakte zu anderen Menschen durch körperliche oder seelische Probleme

Die meisten Inhaftierten schätzten ihren gesundheitlichen Zustand im Vergleich zu jenem anderer Menschen als eher neutral bis leicht positiv ein (s. Tab.15).

Tab.15: Zutreffen von Aussagen; Bewertung auf einer 5-Punkte-Skala (1 = trifft ganz zu bis 5 = trifft überhaupt nicht zu)			
Item (Anzahl*)	MW ± SD	Med.	Min-Max
ich scheine etwas leichter als andere krank zu werden (n=98)	3,5 ± 1,1	4	1 - 5
ich bin genauso gesund wie alle anderen, die ich kenne (n=98)	3,3 ± 1,1	3	1 - 5
ich erwarte, dass meine Gesundheit nachläßt (n=99)	3,5 ± 1,2	3	1 - 5
ich erfreue mich ausgezeichneter Gesundheit (n=97)	3,3 ± 1,3	3	1 - 5

* Anzahl der antwortgebenden Befragten; MW = Mittelwert, Med. = Median

3.9.8. SF-36 Skalen

Nach Anleitung des SF-36 Auswertungsschematas wurden die erhobten 36 Items in zugehörige Skalenwerte umgerechnet.

Hinsichtlich der körperlichen Funktionsfähigkeit lagen die Strafgefangenen im oberen Bereich der Skala. Hinsichtlich der körperlichen Rollenfunktion, körperlicher Schmerzen, der allgemeinen Gesundheit, der Vitalität und der sozialen Funktionsfähigkeit lagen sie im Mittelfeld zwischen dem niedrigsten und höchsten erzielbaren Wert. Die emotionale Rollenfunktion war deutlich eingeschränkt und lag eher beim niedrigeren Wert der entsprechenden SF-36 Skala. Das psychische Wohlbefinden lag im Mittelfeld zwischen dem niedrigen und höchsten erzielbaren Skalenwert (s. Tab.16).

Skala (Anzahl*)	MW ± SD	Med.	Min-Max	niedriger/höchster Wert
Körperliche Funktionsfähigkeit (n=94)	26,0 ± 4,5	28	10 - 30	10/30
Körperliche Rollenfunktion (n=95)	6,1 ± 1,6	7	4 - 8	4/8
Körperliche Schmerzen (n=97)	7,7 ± 3,0	7,4	2 - 12	1/12
Allgemeine Gesundheit (n=97)	14,7 ± 4,0	15	5 - 22,4	5/25
Vitalität (n=93)	11,3 ± 3,8	11	4 - 21	4/24
Soziale Funktionsfähigkeit (n=97)	6,5 ± 2,3	6	2 - 10	2/10
emotionale Rollenfunktion (n=96)	4,2 ± 1,3	4	3 - 6	3/6
psychisches Wohlbefinden (n=93)	14,7 ± 4,9	14	6 - 23	5/30

* Anzahl der antwortgebenden Befragten; MW = Mittelwert; Med. = Median

4. Diskussion

Bei der Auswertung der vorliegenden Studie zeigte sich, dass die männlichen Gefangenen ebenso wie in anderen Studien überwogen. 97% der Strafgefangenen waren männlich und nur 3% waren weiblich. Das Durchschnittsalter betrug 28 Jahre. Es war zwischen Männern und Frauen nicht signifikant unterschiedlich. 82,8% der Gefangenen waren Deutsche, 17,2% Ausländer. Ein vergleichbares Kollektiv fand sich auch in anderen Studien.

So beschrieben NOVICK et al. (1977) bei insgesamt 1.420 Gefangenen in New York eine Geschlechtsverteilung von 1.300 Männern (91,5%) zu 120 Frauen (8,5%). Etwa 3/4tel der Männer und der Frauen waren unter 30 Jahren alt. Das gleiche Patientengut beschrieb SMITH (1984). Er berichtete, dass 57% der 1.420 Gefangenen Schwarze, 24% hispanischer Abstammung und 17% Weiße waren. Von den insgesamt 103 Strafgefangenen in der Studie von BROCHU et al. (1999) lag das mittlere Alter bei 31,1 Jahren. Nach Angaben des AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS et al. (1992) sind die meisten Gefangenen männlich, jung, arm und gehören Minderheitengruppen in der Bevölkerung an. DOLAN et al. (1999) berichteten über 192 Gefangene, von denen die meisten (183) männlich und kaukasischer Abstammung waren. Nach PREUSKER (1997) hat sich in den letzten Jahren eine Veränderung der Klientel in den Gefängnissen abgespielt. Der Ausländeranteil ist von knapp 9% im Jahre 1977 auf etwa 28% gestiegen. REX (2000) berichtet von einem deutlichen Anstieg des Gefangenendurchlaufs in den Gefängnissen um 69% in den neun Jahren seit der deutschen Wiedervereinigung. Typischerweise betrifft seinen Angaben zufolge der stetige Aufwärtstrend in erster Linie die männlichen Gefangenen und dort die Täter in Strafhaf. Was den Ausländeranteil unter den Gefangenen betrifft, so schwankt dieser von Gefängnis zu Gefängnis erheblich. In Berlin liegt der Ausländeranteil nach REX (2000) bei 36% der Belegung und erreicht in der Untersuchungshaft 58%. Dass der Ausländeranteil zu neuartigen subkulturellen Strukturen in der Strafhaf führt, ist Aspekt, den man sich vergegenwärtigen muss. Die ausländischen Gefangenen kommen aus mehr als 100 Herkunftsländern und ihr erhöhter Anteil in der Untersuchungshaft spiegelt zu einem gewichtigen Teil einen nicht legalen Aufenthaltsstatus wieder. Dies bedeutet ein großes Ausmaß an erschwerter Kommunikation.

Im Rahmen der eigenen Studie gaben 42,1% der Gefangenen auf die Frage nach ihrer Familie an, dass sie drei oder mehr Geschwister hatten. Ausländer hatten signifikant mehr Geschwister als Deutsche. Dies spiegelt wieder, dass Strafgefangene häufig aus kinderreichen Familien stammen. 78,6% der deutschen und 82,4% der ausländischen Strafgefangenen lebten bis zum 16. Lebensjahr bei den leiblichen Eltern. Personen, die bis zum 16. Lebensjahr nicht bei den leiblichen Eltern lebten, waren unter den Deutschen mit 16,6% mehr als dreimal so häufig vertreten wie bei den Ausländern. 21% der Gefangenen hatten bis zum 16. Lebensjahr mindestens ein Elternteil verloren, 22,1% hatten suchtkranke Eltern. Diese Zahlen spiegeln problematische Familienverhältnisse wieder. Auch dies findet sich in vergleichbaren Studien der Literatur.

DOLAN et al. (1999) untersuchten straffällig gewordene Kinder und Jugendliche und sie fanden heraus, dass die meisten dieser Gefangenen zwar bei ihren Eltern lebten, dass aber die Familienverhältnisse meist mehrfach problematisch waren, insbesondere bezüglich häufiger Umzüge, Wohnungslosigkeit, Drogenkonsum und Straffälligkeit.

Bei den eigenen befragten Gefangenen hatten 26% bis zum 16. Lebensjahr noch keinen Wohnungswechsel erlebt. Die übrigen Personen waren bis zu viermal umgezogen. Lediglich 26,3% der Gefangenen hatten bis zum 16. Lebensjahr keinen Schulwechsel durchgemacht. 42% der deutschen und 11,8% der ausländischen Gefangenen waren bis zum 16. Lebensjahr schon einmal mehr als einen Monat wohnungslos gewesen. Diese Zahlen zeigen auf gravierende soziale Probleme in der Herkunftsfamilie der Gefangenen.

DOLAN et al. (1999), die 192 strafgefangene Kinder und Jugendliche untersuchten, fanden, dass 13 (7%) dieser Kinder obdachlos waren und drei weitere (2%) in den vergangenen 12 Monaten zeitweise obdachlos gewesen waren. Weniger als die Hälfte der Kinder und Jugendlichen hatten eine vollständige Erziehung und Bildung genossen.

Zum Familienstand gaben in der eigenen Untersuchung 76,8% der Gefangenen an, dass sie ledig waren. 42,6% lebten alleine ohne Partner. 25,8% lebten mit Partner in einer gemeinsamen Wohnung. 21,6% hatten zwar einen Partner, lebten aber in getrennten Wohnungen.

BROCHU et al. (1999) bei ihren 103 strafgefangenen Personen 37,6% Singles. 15,8% lebten mit dem Partner, 9,9% bei den Eltern, 12,9% bei Freunden, 16,8% in öffentlichen Institutionen, 5% hatten eine Familie.

Bei den eigenen Untersuchungspersonen war bei 50% der Befragten der Hauptschulabschluss der höchste erreichte Schulabschluss. 21,2% der Gefangenen hatten keinen Schulabschluss, 12,1% hingegen einen Sonderschulabschluss. 29,6% der Gefangenen hatten keinerlei Berufsausbildung, 28,6% hatten eine Berufsausbildung abgebrochen und nur 40,8% wiesen eine abgeschlossene Berufsausbildung auf. 83% der Gefangenen waren vor der Haft arbeitslos gewesen. Nur jeder 10. Befragte verfügte über ein eigenes Einkommen. Die meisten lebten von Arbeitslosengeld oder -hilfe, Bafög, Sozialhilfe und illegalen Einkünften. Das Durchschnittseinkommen betrug 1.700 DM.

NOVICK et al. (1977), die 1.420 Gefangene in New York City untersuchten, ermittelten, dass etwa die Hälfte der Befragten einen vollständigen High-School-Abschluss hatte. 30% hatten die Schulausbildung nicht abgeschlossen, 16% hatten lediglich einen Abschluss der Elementary School oder keinen Schulabschluss.

BROCHU et al. (1999) untersuchten den Beschäftigungsgrad ihrer 103 befragten Gefangenen. 48,5% hatten eine Arbeitsstelle, 27,2% lebten von Sozialhilfe, 2,9% waren arbeitslos und 21,4% lebten von anderen Einkünften. Die vergleichsweise geringe Arbeitslosenzahl in dieser Studie beruht darauf, dass es sich um ein amerikanisches Kollektiv handelt. In den USA ist es im Gegensatz zur Bundesrepublik Deutschland nicht üblich, jahrelang Arbeitslosengeld oder -hilfe zu beziehen.

Die eigenen Befragten in den Gefängnissen gaben zu 93,9% an, Heroin genommen zu haben, zu 83,8% gaben sie Alkohol an, zu 83,8% Kokain, zu 77,7% Cannabinoide, zu 65,6% Tabletten bzw. Säfte, zu 53,5% Methadon, zu 44,4% Amphetamine, zu 44,4% Halluzinogene, zu 8% Schnüffelstoffe und andere Substanzen. Auch bei der Frage, welche Substanzen in den vergangenen drei Monaten genommen wurden, wurde meist Heroin, Methadon, Cannabinoide und Halluzinogene angegeben. Es zeigte sich, dass die Befragten in der Pubertät vorwiegend sonstige Substanzen, Schnüffelstoffe und Alkohol verwendet

hatten und später ab etwa dem 17. Lebensjahr auf Halluzinogene, Opiate und Analgetika umstiegen. Erst im Erwachsenenalter wurden schwere Suchtstoffe benutzt.

Die verbreitetsten Drogen im Patientengut von BROCHU et al. (1999) waren mit 88,3% Alkohol und Alkohol in Kombination mit Drogen, gefolgt von Cannabis (80,6%), Kokain (63,1%), anderen Drogen (39,8%), Sedativa (21,4%), Drogencocktails (8,7%) und Heroin (6,8%). Die problematischste Substanz in der Haft war mit 34% Kokain, gefolgt von Alkohol (25%) und der Kombination von Alkohol mit Drogen (20,4%).

Nach BODE (2000) ist Alkohol die älteste Droge in der Haftanstalt. Als Droge ist der Alkohol weiter verbreitet, als man allgemein annimmt und er hat die Eigenschaft, von den meisten Personen übersehen zu werden, weil die Gesellschaft an sich häufig Alkohol konsumiert. Als Sicherheitsrisiko spielt der Alkohol in den meisten Haftanstalten keine Rolle, da selbst an den üblichen Trinktagen wie Weihnachten, Silvester, usw. kaum großer Krawall ansteht, sondern die meisten Insassen in den Zellen sitzen oder vielleicht zu zweit oder zu dritt trinken, ohne aufzufallen. Nach BODE (2000) kommen auf 1.347 inhaftierter 105 Alkoholabhängige und 222 mit Alkoholproblemen, also insgesamt 327 Häftlinge.

Nach PREUSKER (2000) gehen die Schätzungen hinsichtlich des Anteils der Drogenabhängigen an der Gesamtzahl der Gefangenen weit auseinander. Sie reichen von 15% bis weit über 30%. Nach den eigenen Erfahrungen von PREUSKER (2000) dürfte der Anteil bei 20-25% liegen. Hier ist besonders interessant, dass im Jahre 1970 nur etwa 0,2% der Gefangenen wegen Betäubungsmitteldelikten einsaßen, während es 1995 bereits 12,5% der gesamten Strafvollzugspopulation waren, also eine Steigerung um das 60fache (PREUSKER 2000).

DOLAN et al. (1999), die 192 inhaftierte Kinder und Jugendliche untersuchten, stellten fest, dass 41,6% dieser Personen entweder Alkohol oder illegale Drogen konsumierten.

Nach HILLER et al. (1999) sind in den Vereinigten Staaten 68% neu inhaftierter Personen in einem Urinscreening nach einer oder mehreren illegaler Drogen positiv. Die Zahl von Gefangenen aufgrund von Drogendelikten in den Gefängnissen der USA hat seit 1980 sehr stark zugenommen. Im Jahre 1980 lag der Anteil bei etwa 7%, im Jahr 1990 bereits bei 32%. Etwa 80% der in den USA inhaftierten Personen hat Probleme mit Alkohol oder illegalen Drogen (HILLER et al. 1999).

Nach Angaben des AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS et al. (1992) hatten 1991 etwa 3/4tel der Insassen der bundesstaatlichen Gefängnisse und 2/3tel der lokalen Gefängnisse Probleme mit Drogen. 58% aller Gefängnisinsassen im Jahre 1989 waren offiziell drogenabhängig.

BROCHU et al. (1999) ermittelte bei insgesamt 103 Gefangenen 79 Alkoholiker und 66 Drogenabhängige.

Nach SMITH (1984) haben 41% der Gefängnisinsassen eine Karriere hinsichtlich illegalen Drogenkonsums hinter sich und 36% der männlichen Gefangenen weisen positive Urinproben bezüglich Opiaten, Methadon, Barbituraten oder Amphetaminen auf. Zusätzlich haben 18% der männlichen und 14% der weiblichen Gefangenen Alkoholprobleme. Auch nach NOVICK et al. (1977) wiesen etwa 41% der Gefängnisinsassen eine Vorgeschichte mit illegalem Drogenabusus auf. Bei den männlichen Gefangenen im Alter zwischen 21-30 Jahren lag der Anteil sogar bei 50%. Etwa 1/3tel der Befragten berichteten in der Studie von NOVICK et al. (1977) über Heroinkonsum. 17% berichteten über einen früheren Heroinkonsum, 4% über Heroinkonsum im Verlauf des letzten Jahres und 12% im Verlauf des Jahres vor der Inhaftierung. Bei den männlichen Inhaftierten nahmen 34% die Droge ein Jahr oder weniger ein, 23% benutzten sie 1-4 Jahre und 43% fünf Jahre oder länger. Die höchste Heroinkonsumrate wurde in der Studie von NOVICK et al. (1977) in der Altersgruppe der 21-30jährigen männlichen Gefangenen ermittelt. Insgesamt führte als hauptsächlich konsumierte Droge das Heroin die Liste an, gefolgt von Methadon, Barbituraten, Amphetaminen, Kokain, Marihuana, Valium und anderen Drogen.

Die eigenen Befragten waren im Durchschnitt bisher bereits 4,5 Monate inhaftiert gewesen. 72,7% der Befragten waren Untersuchungshäftlinge, 26,3% waren Strafgegangene. Die durchschnittliche Resthaftzeit, die die Gefangenen noch zu verbüßen hatten, betrug 14 Monate. Die Mehrzahl der Gefangenen hatte bereits mehrfach rechtliche Probleme wegen Betäubungsmitteldelikten oder Beschaffungsdelikten. Die früheren Untersuchungshaftzeiten lagen im Durchschnitt bei 21 Monaten. Die meisten Gefangenen schätzten ihre rechtliche Situation daher auch als erheblich oder extrem ein.

Auch nach PREUSKER (1997) sind viele Abhängige nicht wegen BtM-Straftaten, sondern wegen Beschaffungsdelikten verurteilt. Andererseits müssen die wegen Verstosses gegen

das BtM-Gesetz Verurteilten nicht unbedingt betäubungsmittelabhängig sein. Dazu gehören insbesondere die professionellen Großdealer, die aber im Vollzug seltener anzutreffen sind.

Im Rahmen der eigenen Studie gaben die Befragten hinsichtlich ihres körperlichen Zustandes zu etwas mehr als 1/4tel an, unter Abzessen oder Krampfanfällen zu leiden. Fast 2/3tel der Gefangenen waren Hepatitis B oder -C positiv und etwa jeder 10. Befragte war HIV-positiv. Sonstige körperliche Probleme hatten ebenfalls 1/4tel der Befragten. Jeder dritte Gefangene berichtete über Depressionen bzw. Angstzustände. 90% der Befragten verneinten zwar Selbstmordgedanken, 22,2% hatten jedoch einen oder mehrere Selbstmordversuche hinter sich.

Nach HOFFMANN (2000) handelt es sich bei den drogenabhängigen Strafgefangenen vorwiegend um entwurzelte und ausgegrenzte Menschen, die früher in abbruchreifen Gebäuden und auf den Straßen gelebt hatten. Geldmittel für den Erwerb von Suchtmitteln erlangen diese Personen in der Regel durch Beschaffungskriminalität. Diese Lebensweise führt häufig zu Festnahmen und Inhaftierungen. Viele dieser Inhaftierten sind seit vielen Jahren suchtkrank. Sie werden während schwerster Drogen- und Alkoholentzügen psychisch krank und mit manifesten Persönlichkeitsstörungen, Neurosen, Depressionen oder akuten Psychosen auffällig. Diese psychisch kranken Gefangenen schaffen Probleme für die Ausstattung einer Justizvollzugsanstalt und im besonderen Maße auch für das Personal. Bezüglich der somatischen Krankheiten ist auch auf das Problem der chemotherapeutikaresistenten Tuberkulose hinzuweisen, die z.B. in russischen Gefängnissen 30% der dort zu 10% tuberkuloseinfizierten Gefangenen betrifft und 100-250fach höhere Behandlungskosten wie die herkömmliche Tuberkulose verursacht. Die resistente Tuberkulose wird auch bei Deutschen aus unteren sozialen Schichten angetroffen. Allerdings konzentriert man sich nach REX (2000) im deutschen Justizvollzug lieber auf die bei Drogenabhängigen verbreitete Hepatitis- und HIV-Infektion. Die von diesen für die Allgemeinheit ausgehenden Risiken sind aber deutlich geringer anzusetzen. Nicht, dass ihre budgetären Auswirkungen gering einzustufen wären: in Berlin vereinigt eine Minderheit von 0,2% der Gefangenen, die wegen einer HIV-Krankheit medikamentös behandelt werden müssen, mehr als 20% der jährlichen Medikamentenaufwendungen auf sich. Auch die anstaltsärzt-

liche Steuerung dieser Behandlung verlangt Spezialwissen, das in der allgemeinen Praxis in Freiheit nicht vorhanden ist.

Die körperlichen und psychischen Krankheiten führen nach NOVICK et al. (1978) zu einem erhöhten Sterblichkeitsrisiko. Die Todesfälle unter Gefangenen fallen in zwei Kategorien: äußere Ursachen (Suizid, Unfälle, Mord) und nicht gewaltsame Ursachen. Äußere Ursachen waren für 71 von 128 Todesfällen in der Untersuchung von NOVICK et al. (1978) verantwortlich. Suizide kamen in sämtlichen Perioden der Gefangenschaft vor. Die höchste Rate lag in der Altersgruppe zwischen 35-44 Jahren. Bei 69% der suizidalen Gefangenen bestand eine Vorgeschichte von Drogen- oder Alkoholabusus. Ein Drittel der suizidalen Gefangenen waren früher aufgrund mentaler Probleme hospitalisiert.

Nach DOLAN et al. (1999) hatten 7% der von ihnen untersuchten 192 gefangenen Kinder und Jugendlichen psychiatrische Probleme. 19% hatten schwere gesundheitliche Probleme, 12% hatten ausgeprägte Allergien, 5% neurologische Probleme inkl. Epilepsie und visuelle und auditorische Schäden.

Nach NOVICK et al. (1977) geben mehr als 1/4tel der Gefangenen akute Krankheiten an und sie haben mindestens eine gleichzeitig bestehende Diagnose. Die häufigsten Diagnose sind Drogensucht, psychiatrische Störungen, Traumata und Alkoholabusus. 7% der männlichen Gefangenen waren früher psychiatrisch behandelt worden. 4% hatten Epilepsien. Bei den männlichen Drogenabhängigen war die Epilepsierate am höchsten. 8% hatten Asthma, 8% wiesen Hepatitis auf. Auch hier waren vorwiegend die Drogenabhängigen betroffen. 4% hatten Syphilis und 10% Gonorrhoe. Die Gonorrhoe-Rate war bei den Drogenkonsumenten höher als bei den nicht drogenabhängigen Gefangenen. 5% der Gefangenen hatten bereits Selbstmordversuche hinter sich. Auch die Selbstmordrate lag bei den Drogenabhängigen signifikant höher als bei den nicht abhängigen Gefangenen. Insgesamt gaben 26% der männlichen und 34% der weiblichen Gefangenen auf die Frage „Haben Sie zur Zeit eine Krankheit oder ein medizinisches Problem?“ eine bejahende Antwort. 9% der männlichen und 8% der weiblichen Gefangenen mussten zu einer psychiatrischen Behandlung. Nach der ärztlichen Untersuchung wurden bei 54% der männlichen und bei 72% der weiblichen Gefangenen zumindest eine Diagnose gestellt. Am häufigsten wurde Drogenabhängigkeit diagnostiziert, gefolgt von psychiatrischen Erkrankungen, Alkohol-

abusus und Trauma. Asthma, Anfallsleiden, Bluthochdruck, muskuloskeletale oder Hauterkrankungen waren seltener (NOVICK et al. 1977, SMITH 1984).

Im Patientengut von BROCHU et al. (1999) gaben 62,1% der Befragten Gefangenen an, dass sie Angstattacken hatten (58,3% in den letzten 30 Tagen). Suizidale Gedanken gaben 54,4% der Befragten an (bzw. 19,4%). 49,5% hatten zeitweise schwere Depressionen (bzw. 26,2%). Selbstmordversuche hatten in ihrem bisherigen Leben 19,4% unternommen (bzw. 2,9%). Konzentrationsstörungen gaben 30,1% an (bzw. 27,2%). Halluzinationen berichteten 6,8% der Befragten (bzw. 3,9%).

Nach Angaben des AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS et al. (1992) wächst die Prävalenz von AIDS, Tuberkulose und Hepatitis in den Gefängnissen. In den amerikanischen Gefängnissen ist die Inzidenz von AIDS 14mal höher als in der Allgemeinbevölkerung. Dies spiegelt die Überrepräsentanz von Personen mit High-Risk-Verhalten, insbesondere i.v.-Drogensucht, wieder. Auch die Zahl der Tuberkulosekranken in den Gefängnissen der USA ist im Steigen begriffen. Zum Teil beruht dieser Anstieg auch auf dem Anstieg der HIV-Infektionen. Die Inzidenz von Tuberkulose bei HIV-/AIDS-Patienten ist etwa 500 mal höher als in der Allgemeinbevölkerung. Auch das AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS et al. (1992) gibt bei den Strafgefangenen zwischen 6-14% psychiatrische Störungen an. Im Jahr 1989 gaben 13% der amerikanischen Gefangenen an, dass sie früher einmal Medikamente für emotionale oder mentale Probleme eingenommen hatten. 8% waren bereits wegen solcher Störungen in klinischer Behandlung gewesen. Hier weist das AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS et al. (1992) auch auf das Risiko von Selbstmorden, insbesondere in dieser psychisch vorgeschädigten Klientel, hin.

Der Verlauf der Drogenabhängigkeit bei den Befragten der vorliegenden Studie zeigte, dass die Gefangenen im Durchschnitt 9 Jahre drogenabhängig waren. Nur 29,2% hatten noch keinen stationären Entzug hinter sich. Der Durchschnitt der Befragten hatte drei solcher Behandlungen hinter sich. 38,8% hatten noch keine stationäre Entwöhnung erlebt, im Durchschnitt hatten die Gefangenen zwei Entwöhnungstherapien hinter sich. 50,5% der Patienten hatten keinerlei Substitutionsbehandlung erhalten. 44,3% hatten eine Substitutionstherapie mit Methadon oder Polamidon erhalten, 5,2% mit sonstigen Substanzen. Die Personen, die eine Substitutionstherapie erhalten hatten, hatten diese im Durchschnitt

20,1 Monate erhalten. Diese Zahlen spiegeln eine deutliche Unterversorgung der Drogenabhängigen mit wirksamen Therapien wieder. Dies wird auch in anderen Studien bestätigt. NOVICK et al. (1977) berichteten, dass von insgesamt 1.420 befragten Gefangenen in den Gefängnissen von New York City 12% eine legale Methadonsubstitution erhielten. Weitere 7% setzten Methadon illegal ein.

Auch nach dem AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS et al. (1992) erhalten nur wenige Strafgefangene eine angemessene Behandlung ihrer Drogensucht. Lediglich 5% der Gefangenen bekamen eine Behandlung. In den USA gibt es spezielle Drogentherapieprogramme für Gefangene (HILLER et al. 1999). Aber es scheint so zu sein, dass diese Programme nicht häufig genug eingesetzt werden.

Die eigenen befragten Gefangenen gaben an, Beziehungen und soziale Kontakte überwiegend zu ebenfalls abhängigen Personen zu haben. Diese Beziehungen zu Abhängigen überwogen mit 83,8% die Beziehungen zu nichtabhängigen Personen.

Bezüglich der gesundheitlichen Bewertung der Situation der Inhaftierten zeigte ein durchgeführtes Schweregradprofil zum Teil deutliche Behandlungs- bzw. Interventionsnotwendigkeiten in den Bereichen Drogen und rechtliche Probleme. Auch wegen körperlicher Probleme war häufig eine absolute Behandlungsindikation gegeben. Die meisten Inhaftierten hatten vor der Inhaftierung bereits medizinische Dienste in Anspruch genommen (Hausarzt, Drogenberatung, Substitutionsbehandlung, usw.). Die Abhängigkeitserkrankung der inhaftierten Patienten wurde durch den untersuchenden Arzt in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle als deutliche Abhängigkeit charakterisiert, gefolgt von schwer oder extrem schwer abhängigen Patienten.

Auch NOVICK et al. (1977) stuften zahlreiche Gefangene als deutlich behandlungsbedürftig ein. 54% der männlichen und 72% der weiblichen Gefangenen waren behandlungsbedürftig.

Nach REX (2000) führt eine vollzugsspezifische Pathologie sowie die Überrepräsentation bestimmter sozialer Gruppen, also sozial verarmter Schichten und Ausländer, sowie spezielle Krankheitsbilder (psychiatrische Störungen, Suchtstoffabhängigkeit, Tuberkulose, Hepatitis und HIV) zu einer Erweiterung des Anforderungsprofils an den behandelnden

Anstaltsarzt. Anpassungsstörungen mit neurotischen Verhaltensweisen, funktionelle körperliche Beschwerden von hohem Leidenswert und Aggravation (verstärkte Körperwahrnehmung, die ängstigt und häufig in Panik versetzt), appalative Selbstverletzung, usw. sind daher durchaus häufige und spezifische Begleiterscheinungen der Haft.

In der Studie von DOLAN et al. (1999), die 192 Kinder und Jugendliche in Gefängnissen untersuchten, zeigte sich, dass 42% der Gefangenen vor der Inhaftierung Kontakt mit sozialen Diensten und medizinischen Institutionen hatte. Zusätzlich hatten 25% der Kinder und Jugendlichen Kontakt mit Psychologen oder Psychiatern.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurden die Gefangenen einer modifizierten SF-36 Analyse unterzogen. Es zeigte sich, dass die Mehrzahl der Befragten ihren Gesundheitszustand als mäßig oder schlecht einstufen. Die meisten Befragten hatten zum Befragungszeitpunkt einen schlechteren oder unveränderten Gesundheitszustand im Vergleich zu früher. Einschränkungen von Tätigkeiten wurden kaum berichtet mit Ausnahme anstrengender Tätigkeiten, anstrengender Sport oder Hochheben schwerer Gegenstände. Dies lag daran, dass solche Betätigungen im Gefängnis nur eingeschränkt möglich waren. Die körperliche Gesundheit wurde von den meisten Gefangenen schlechter als früher eingestuft. Auch seelische Probleme wurden von der überwiegenden Zahl der Gefangenen berichtet. Die Kontaktmöglichkeiten zur Familie aufgrund gesundheitlicher oder seelischer Probleme wurde von den meisten Inhaftierten als mäßig beeinträchtigt beschrieben. Auch die Beeinträchtigung der Befragten durch Schmerzen war mäßiggradig. Das Befinden in den letzten Wochen wurde von den meisten Befragten als mittelmäßig angegeben. Die meisten befragten Inhaftierten waren durch seelische oder körperliche Probleme nicht negativ in ihrer Kontaktaufnahme zu anderen Menschen behindert. Im Vergleich zu anderen Menschen bezeichneten sich die meisten Inhaftierten als gesundheitlich schlechter gestellt. Dennoch zeigt diese SF-36 Analyse, dass der körperliche Zustand durchaus besser war als vorher. Die Beeinträchtigungen beruhten wohl auf der Haft an sich.

Dieser Aspekt einer verbesserten Gesundheit in der Haft wird auch von REX (2000) diskutiert. Menschen, die in der Gesellschaft weder Kontakt zu einem medizinischen oder sozialen Hilfesystem noch ihn suchen, landen häufig im Justizvollzug. Dieser kleidet und ernährt sie endlich wieder. Die anstaltsärztliche Versorgung befreit sie von Ungeziefer und

stellt ihre Lebensfähigkeit über jenen Zeitraum wieder her, in dem sie sich im Vollzug befinden. REX (2000) betrachtet dies als eine ehrenhafte, humane Aufgabe des Justizvollzuges.

Die Probleme, die die Gefangenen der eigenen Studie angeben, beruhen daher vorwiegend nicht auf gesundheitlichen Problemen, sondern auf Angst, Depressionen und Folgererscheinungen der Haft.

5. Zusammenfassung

In der vorliegenden Studie wurden 99 männliche und weibliche, deutsche und nicht-deutsche Gefängnisinsassen zweier Haftanstalten hinsichtlich ihrer Lebensqualität befragt., die zum Befragungszeitpunkt drogenabhängig waren oder dies gewesen waren.

Es wurden soziodemographische Daten, belastende Lebensereignisse bis zum 16. Lebensjahr, klinische Daten, Angaben zum Drogenabusus in den letzten drei Monaten, Angaben zum körperlichen und psychischen Zustand, zum Beziehungsnetz (Sozialkontakte) und zu rechtlichen Problemen erhoben, die Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Dienste im letzten Monat vor Inhaftierung eruiert und die Daten wurden durch eine Einschätzung des Schweregrades der Krankheit des Befragten anhand der Clinical-Global-Impression (CGI)-Einstufung ergänzt. Zusätzlich wurde ein SF-36 Selbstbeurteilungsbogen verwendet.

Es überwogen männliche Gefangene (97%), das Durchschnittsalter betrug 28 Jahre und 82,8% der Insassen waren Deutsche. 42,1% der Gefangenen hatten drei oder mehr Geschwister, Ausländer gaben hier höhere Geschwisterzahlen an. 78,6% der deutschen und 82,4% der ausländischen Strafgefangenen lebten bis zum 16. Lebensjahr bei den leiblichen Eltern. 22,1% hatten suchtkranke Eltern. Nur 26% hatten bis zum 16. Lebensjahr noch keinen Wohnungswechsel erlebt. Die übrigen Personen waren bis zu viermal umgezogen. Zum Familienstand war bei 76,8% der Gefangenen ledig, 42,6% lebten alleine ohne Partner. 25,8% lebten mit Partner in einer gemeinsamen Wohnung. 21,6% hatten zwar einen Partner, lebten aber in getrennten Wohnungen. 50% hatten als höchsten Schulabschluss den Hauptschulabschluss, 21,2% fehlte jeglicher Schulabschluss. 83% der Gefangenen waren vor der Haft arbeitslos gewesen. Nur jeder 10. Befragte verfügte über ein eigenes Einkommen. Die meisten lebten von Arbeitslosengeld oder -hilfe, Bafög, Sozialhilfe und illegalen Einkünften. Das Durchschnittseinkommen betrug 1.700 DM.

93,9% gaben an, Heroin genommen zu haben, zu 83,8% nahmen Alkohol, 83,8% Kokain, 77,7% Cannabinoide, 65,6% Tabletten bzw. Säfte, 53,5% Methadon, 44,4% Amphetamine, 44,4% Halluzinogene, 8% Schnüffelstoffe und andere Substanzen ein. In der Pubertät waren zunächst Schnüffelstoffe und Alkohol, ab dem 17. Lebensjahr Halluzinogene, Opiate und Analgetika und im Erwachsenenalter schwere Suchtstoffe benutzt worden.

Die meisten Befragten waren 4,5 Monate inhaftiert gewesen (72,7% Untersuchungshäftlinge, 26,3% Strafgefangene). Ein Viertel gab an, unter Abzessen oder Krampfanfällen zu leiden. Fast 2/3tel der Gefangenen waren Hepatitis B oder -C positiv und etwa jeder 10. Befragte war HIV-positiv. Sonstige körperliche Probleme hatten ebenfalls 1/4tel der Befragten. Jeder dritte Gefangene berichtete über Depressionen bzw. Angstzustände. 90% der Befragten verneinten zwar Selbstmordgedanken, 22,2% hatten jedoch einen oder mehrere Selbstmordversuche hinter sich.

Durchschnittlich waren die Befragten bereits 9 Jahre drogenabhängig, nur 29,2% hatten keinen stationären Entzug hinter sich. 50,5% der Patienten hatten keinerlei Substitutionsbehandlung erhalten. 44,3% hatten eine Substitutionstherapie mit Methadon oder Polamidon erhalten, 5,2% mit sonstigen Substanzen.

Bezüglich der gesundheitlichen Bewertung der Situation der Inhaftierten zeigte ein durchgeführtes Schweregradprofil zum Teil deutliche Behandlungs- bzw. Interventionsnotwendigkeiten in den Bereichen Drogen und rechtliche Probleme. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurden die Gefangenen einer modifizierten SF-36 Analyse unterzogen. Es zeigte sich, dass die Mehrzahl der Befragten ihren Gesundheitszustand als mäßig oder schlecht einstufen. Im Vergleich zu anderen Menschen bezeichneten sich die meisten Inhaftierten als gesundheitlich schlechter gestellt. Die Beeinträchtigungen beruhten wohl auf der Haft an sich. Die Probleme, die die Gefangenen der eigenen Studie angeben, beruhten häufig auch auf Angst, Depressionen und Folgeerscheinungen der Haft.

6. Literaturverzeichnis

1. American College of Physicians, National Commission on Correctional Health Care, American Correctional Health Services Association (1992) The crisis of correctional health care: the impact of the national drug control strategy on correctional health services. *Ann Intern Med* 117: 71-77
2. Anonymus (1999) The mental health of juvenile offenders. *J Psychosoc Nurs* 39: 9-10
3. Bode HM (2000) Suchtprobleme hinter Gefängnismauern - Sicht des Strafverteidigers. *Z Ärztl Fortb Qual Sich* 94: 305-308
4. Brochu S, Guyon L, Desjardins L (1999) Comparative profiles of addicted adult populations in rehabilitation and correctional services. *J Subst Abuse Treatment* 16: 173-182
5. Bullinger M, Kirchberger I (1998) SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Handanweisung. Hogrefe Verlag, Göttingen
6. Dolan M, Holloway J, Bailey S, Smith C (1999) Health status of juvenile offenders. A survey of young offenders appearing before the juvenile courts. *J Adolescence* 22: 137-144
7. Elias H (1990) Ersatzstoffgestützte Behandlung Suchtkranker in der Praxis. *Fortschr Med* 108: 256-258
8. Hiller M, Knight K, Simpson DD (1999) Prison-based substances abuse treatment, residential aftercare and recidivism. *Addiction* 94: 833-842
9. Hoffmann E (2000) Psychisch Kranke im Justizvollzug - Sicht des Anstaltsleiters. *Z Ärztl Fortb Qual Sich* 94: 296-300
10. Novick LF, Della Penna R, Schwartz MS, Remmlinger E, Loewenstein R (1977) Health status of the New York City prison population. *Medical Care* 15: 205-216
11. Novick LF, Remmlinger E (1978) A study of 128 deaths in New York City correctional facilities. *Med Care* 16: 749-756
12. Preusker H (2000) Suchtprobleme hinter Gefängnismauern - Sicht der Vollzugsverwaltung. *Z Ärztl Fortb Qual Sich* 94: 309-313
13. Rex R (2000) Die Stellung des Arztes im Justizvollzug - staatlicher Strafanspruch, rechtsstaatlich garantierte Individualinteressen. *Z Ärztl Fortb Qual Sich* 94: 258-265
14. Smith R (1984) The physical health of prisoners. *Br Med J* 288: 129-132

15. Ulmer A (1994) Ärztliche Behandlung von Drogenabhängigen. Dt Ärztebl 91:
838-840

Danksagung

Herrn Prof. Dr. Bernd Eikelmann aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Städtischen Klinikums Karlsruhe danke ich herzlich für die Überlassung des Themas und seine freundliche und stete Unterstützung bei der Fertigstellung der vorliegenden Arbeit.

Lebenslauf

Name: Köppert
Vorname: Axel
Geburtsdatum: 22. April 1961
Geburtsort: Hagen
Konfession: evangelisch
Familienstand: verheiratet, drei Kinder

Schulischer Werdegang:

1967-1971 Grundschule in Hagen
1971-1976 Ernst Eversbusch Hauptschule in Hagen
1976-1979 Berufsfachschule/Elektrotechnik der Cuno Berufsschule in Hagen mit
Abschluß der Fachoberschulreife
1982-1983 Fachoberschule/Elektrotechnik der Berufsbildenden Schulen in Enne-
petal mit Abschluß der Fachhochschulreife
1983-1987 Bergisches Kolleg Wuppertal mit Abschluß Abitur

Berufsausbildung/-tätigkeit

1979-1982 Ausbildung zum Elektroinstallateur mit Berufsabschluss
02.1982-09.1982 Berufstätigkeit als Elektroinstallateur

Hochschulausbildung

1987-1988 Humanmedizinstudium an der Georg-August Universität in Göttingen
1988-1992 Humanmedizinstudium an der Ruhr-Universität in Bochum
1993-1996 Humanmedizinstudium an der Gesamthochschule/Universität in Essen
1995-1996 Praktisches Jahr im Marienhospital Gelsenkirchen
05.11.1996 Erlangung der Teilapprobation
28.05.1998 Erlangung der Vollapprobation

Berufliche Tätigkeiten

11.1996-11.1997 Tätigkeiten als Arzt im Praktikum in der Urologischen Abteilung
,Dr. med. Zumbe‘ des Marienhospitals in Gelsenkirchen
11.1997-05.1998 Tätigkeit als Arzt im Praktikum in der JVA Dortmund, Dr. med.
Biberich
06.1998-12.1998 Freiberufliche Tätigkeit im Entnahmedienst des Blutspende-
diensts in Hagen
01.1999-01.2000 Tätigkeit als Assistenzarzt in der allgemeinchirurgischen Abtei-
lung, Dr. med. Winkelhoff, des St. Josef Hospitals in Hagen
01.1999-03.2000 Tätigkeit als Polizeivertragsarzt bei der Polizei Hagen
03.2000-09.2002 Tätigkeit als Assistenzarzt in der chirurgischen Abteilung des
JVA-Krankenhauses NRW, Dr. med. Sabados
seit 09.2002 Tätigkeit als stellvertretender Amtsarzt im Gesundheitsamt Wol-
fenbüttel