

# Bundeseinheitliche Erhebung zur stoffgebundenen Suchtproblematik im Justizvollzug

Auswertung der Stichtagserhebung (31.03.2018) zur Konsumeinschätzung und Substitution

Länderübergreifende Arbeitsgruppe „Stoffgebundene Suchtproblematik“ (2019)<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Dieser Bericht wurde in Abstimmung mit der länderübergreifenden Arbeitsgruppe verfasst von: Katharina Stoll (Kriminologischer Dienst Berlin), Michael Bayer (Kriminologischer Dienst Sachsen-Anhalt), Ulrike Häßler (Kriminologischer Dienst Niedersachsen), Kai Abraham (Senatsverwaltung für Justiz, Verbraucherschutz und Antidiskriminierung Berlin).

## Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung .....	2
1 Hintergrund .....	3
2 Erhebungskonzept .....	3
3 Einschätzung der Suchtproblematik gemäß ICD-10 .....	4
3.1 Substanzabhängigkeit .....	5
3.2 Substanzmissbrauch .....	5
4 Umsetzung in den Bundesländern .....	6
5 Limitationen der Erhebung und Anmerkungen zur Datenqualität .....	7
6 Auswertung der Stichtagserhebung zur Suchtproblematik und Substitution .....	9
6.1 Datengrundlage .....	9
6.2 Ergebnisse zur stoffgebundenen Suchtproblematik .....	11
6.2.1 Suchtproblematik differenziert nach Geschlecht .....	11
6.2.2 Suchtproblematik differenziert nach Haftarten .....	12
6.2.3 Suchtproblematik differenziert nach Vollzugsformen .....	13
6.2.4 Hauptsubstanz differenziert nach Haftarten und Geschlecht .....	14
6.2.5 Suchtproblematik in Relation zum Gesamtbestand der 12 Länder .....	18
6.3 Ergebnisse zur Substitution .....	19
7 Zusammenfassende Einordnung der Ergebnisse .....	21
7.1 Suchtproblematik innerhalb und außerhalb des Vollzuges .....	21
7.1.1 Erwachsene .....	23
7.1.2 Jugendliche und Heranwachsende .....	23
7.2 Substitution innerhalb und außerhalb des Vollzuges .....	24
8 Fazit .....	25
9 Ausblick .....	26
10 Literatur .....	27
11 ANHANG .....	29

## Zusammenfassung

Mit der bundeseinheitlichen Erhebung zur stoffgebundenen Suchtproblematik im Justizvollzug ist es erstmals gelungen, den Anteil der Gefangenen und Verwahrten mit einer stoffgebundenen Suchtproblematik zu beziffern. Die standardisierte Erhebung orientiert sich an dem Klassifikationssystem „Internationale Klassifikation psychischer Störungen“ der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10) und gibt Auskünfte über die stoffgebundene Suchtproblematik in Form eines Substanzmissbrauches (schädlicher Gebrauch) oder einer Substanzabhängigkeit.

Zum 01.01.2016 konnten die Erhebungen entsprechend eines entwickelten Erhebungsmanuals in allen 16 Ländern implementiert werden. In die hier vorgestellten Auswertungen konnten Daten aus 12 Ländern für den Stichtag 31.03.2018 einbezogen werden. Auch wenn mit dem vorliegenden Datensatz bisher noch nicht die gesamte bundesdeutsche Situation im Justizvollzug abgebildet werden kann, so lassen sich dennoch Tendenzen aus den Ergebnissen ablesen, die für die Gesundheitsversorgung im (Straf-)Vollzug von hoher Relevanz sind. Insgesamt ist bei 44 % der 41.896 erfassten Inhaftierten für den Stichtag 31.03.2018 eine stoffgebundene Suchtproblematik (Abhängigkeit und Missbrauch) zum Zeitpunkt des Haftantritts festzustellen. Bei 27 % der Inhaftierten ist von einer Abhängigkeit und bei 17 % ausschließlich von einem schädlichen Gebrauch (Missbrauch) von psychotropen Substanzen (einschließlich Alkohol) auszugehen.

Im Rahmen der Untersuchung konnten Unterschiede im Ausmaß der Suchtproblematik sowie im Gebrauch der verschiedenen Substanzklassen zwischen Männern und Frauen sowie zwischen jüngeren und erwachsenen Inhaftierten festgestellt werden. Weibliche Gefangene weisen demnach seltener ein Suchtproblem auf als männliche Gefangene, konsumieren dabei jedoch häufiger als Männer Substanzen aus der Klasse der Opioide bzw. weisen häufiger einen multiplen Substanzgebrauch auf.

Zudem lassen sich Unterschiede zwischen den Haftarten aufzeigen: Im Bereich der Jugendstrafe finden sich die meisten Gefangenen mit einem Suchtproblem. Der geringste Anteil an Gefangenen mit einer Suchtproblematik ist im Bereich der Untersuchungshaft festzustellen.

Insgesamt zeigt sich bei inhaftierten Personen eine im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich höhere Belastung durch psychotrope Substanzen. Dieser Befund ist über die Geschlechter und unterschiedlichen Altersgruppen hinweg stabil.

Die Ergebnisse lassen einen unterschiedlichen Behandlungs- und Betreuungsbedarf erkennen. Nicht nur das Ausmaß, sondern insbesondere die konsumierten Substanzen erfordern eine Gesundheitsversorgung, die sich auf die Stabilisierung des Gesundheitszustandes sowie auf die Vermittlung von Kompetenzen und Strategien konzentrieren sollte, die es den Gefangenen ermöglicht, ein Leben ohne Straftaten zu führen, insbesondere wenn die Suchtproblematik die Straffälligkeit mitbegründet.

Für die Sicherstellung einer adäquaten Gesundheitsversorgung sowie eines bedarfsgerechten Behandlungs- und Betreuungssystems ist es erforderlich regelmäßig aktuelle Daten zum Ausmaß der stoffgebundenen Suchtproblematik zu erheben, um auf diesem Wege auch spezifischen Entwicklungen – beispielsweise Veränderungen im Bereich der Substanzpräferenzen – rechtzeitig begegnen zu können. Aufgrund der zu beobachtenden Varianz zwischen den Ländern in Bezug auf den Substanzkonsum der Gefangenen erscheint hierbei der Weg einer bundesweiten Erhebung nach weitestgehend vereinheitlichten Bedingungen am aussichtsreichsten.

## 1 Hintergrund

Vor dem Hintergrund, dass es keine verlässlichen Daten zur stoffgebundenen Suchtproblematik von Gefangenen in den Strafvollzugsanstalten der Bundesrepublik Deutschland gibt, wurde im Rahmen der 115. Tagung des Strafvollzugausschusses der Länder im Mai 2012 beschlossen, eine bundeseinheitliche Erhebung zum Thema „Suchtproblematik“ einzuführen. Eine länderübergreifende Arbeitsgruppe wurde durch den Strafvollzugausschuss der Länder mit der Vorbereitung dieser bundeseinheitlichen Erhebung beauftragt. Diese Arbeitsgruppe, die sich unter dem Vorsitz von Berlin aus Vertretern und Vertreterinnen aller Bundesländer zusammensetzt, erarbeitete ein Erhebungskonzept und begleitet die Implementierung der Erhebung in den Ländern. Ziel dieser bundeseinheitlichen Erhebung ist es, Erkenntnisse über die Größenordnung der Suchtproblematik von Inhaftierten und Verwahrten im Justizvollzug zu erhalten.

Zum 01.01.2016 wurde in allen deutschen Justizvollzugsanstalten die Erhebung von Daten zum Themenbereich „stoffgebundene Suchtproblematik“ nach einheitlichen Kriterien des internationalen Klassifikationssystems ICD-10 eingeführt (Beschluss des Strafvollzugausschusses, 119. Sitzung, Mai 2014).

## 2 Erhebungskonzept

Zum 01.01.2016 wurde in allen deutschen Justizvollzugsanstalten eine Datenerhebung zum Themenbereich „stoffgebundene Suchtproblematik“ gestartet. Um zentrale Eckdaten zur stoffgebundenen Suchtproblematik empirisch abbilden zu können, wurden zwei unabhängige Erhebungen installiert, die inhaltlich aufeinander aufbauen sollen. Somit wurde eine jährliche Stichtagserhebung mit dem Stichtag 31.03. sowie eine Jahresverlaufserhebung (01.01. bis 31.12.) eingeführt.

Im Rahmen der Stichtagserhebung wird die Anzahl der substanzmissbrauchenden und -abhängigen Personen unter Angabe der jeweiligen Hauptsubstanz erhoben<sup>2</sup>. Grundlage der Stichtagserhebung ist das Ergebnis einer Einschätzung zur individuellen Suchtproblematik zum Zeitpunkt der Aufnahme (Eingangstatus). Die Konsumeinschätzung zum Zeitpunkt der Aufnahme ist dabei entlang der Leitlinien des internationalen Klassifikationssystems „Internationale Klassifikation psychischer Störungen“ der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10) vorzunehmen.

Darüber hinaus wird die Anzahl der Gefangenen und Verwahrten<sup>3</sup> erfasst, die sich zum Stichtag in einer Substitutionsbehandlung befinden<sup>4</sup>.

Für den Bestand an Gefangenen zum Stichtag 31.03. werden die Daten zur Konsumeinschätzung jeweils ausgewertet und auf Landesebene aggregiert.

Im Rahmen der Jahresverlaufserhebung werden für das jeweilige Kalenderjahr die Anzahl der medizinisch begleiteten Entgiftungen, die Anzahl der Entlassungen in eine stationäre oder ambulante Suchtentwöhnungsbehandlung im Rahmen der Zurückstellung der Strafvollstreckung gemäß § 35 BtMG und im Rahmen der Aussetzung des Restes der Strafe gemäß § 57 StGB bzw. § 88 JGG (mit Therapieauflage) erfasst<sup>5</sup>.

Die Datenerhebungen werden in allen Justizvollzugsanstalten für den Vollzug der Freiheits- und Jugendstrafe, der Untersuchungshaft sowie den Einrichtungen, in denen Sicherungsverwahrung vollzogen wird, durchgeführt. Berücksichtigt werden alle Anstalten des geschlossenen und des offenen Vollzuges. Die Erhebung findet sowohl im Männervollzug als auch im Frauenvollzug statt<sup>6</sup>.

---

<sup>2</sup> Nichtstoffgebundene Suchterkrankungen bzw. sogenannte Verhaltenssüchte bleiben unberücksichtigt.

<sup>3</sup> Im Folgenden wird zur besseren Lesbarkeit nur von Gefangenen gesprochen, auch wenn sich darunter Sicherungsverwahrte befinden.

<sup>4</sup> Die Substitutionsbehandlung erfolgt entlang der Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitions-gestützten Behandlung Opioidabhängiger (Bundesärztekammer, 2017).

<sup>5</sup> Weiterführende Informationen zum Ablauf der Erhebung sowie Erfassungshinweise sind dem Erhebungsmanual mit Stand vom 31.10.2014 zu entnehmen.

<sup>6</sup> Einrichtungen des Maßregelvollzuges (Unterbringung aufgrund strafrichterlicher Entscheidung gemäß §§ 63, 64 StGB) sowie Jugendarrestanstalten bleiben unberücksichtigt.

Im vorliegenden Bericht werden ausschließlich Ergebnisse der Stichtagserhebung zur Einschätzung der Suchtproblematik gemäß ICD-10 für den Stichtag 31.03.2018 präsentiert. Im Folgenden werden die Kriterien des ICD-10 kurz erläutert.

### 3 Einschätzung der Suchtproblematik gemäß ICD-10

Gemäß ICD-10-Leitlinien soll die Identifikation der konsumierten Substanz(en) und die Frage, ob der Konsum als Abhängigkeit oder schädlicher Gebrauch zu bewerten ist, auf der Grundlage möglichst vieler Informationsquellen erfolgen. Hierzu zählen die eigenen Angaben des Gefangenen, Ergebnisse von Urin- oder Speichelkontrollen, charakteristische körperliche oder psychische Anzeichen sowie weitere Erkenntnisse, bspw. über die im Besitz des/der Gefangenen befindlichen Substanzen oder fremdanamnestic Angaben (bspw. Aussagen von Angehörigen). Berücksichtigt wird die Hauptsubstanz, d. h. diejenige Substanz oder Substanzklasse, die das gegenwärtige Suchtproblem bzw. Krankheitsbild verursacht oder im Wesentlichen dazu beigetragen hat. Nur wenn die Substanzaufnahme nicht auf eine Hauptsubstanz einzugrenzen ist, wahllos verläuft oder wenn Bestandteile verschiedener Substanzen untrennbar vermischt sind, soll ein „multipler Substanzgebrauch“ kodiert werden.

In Anlehnung an das Klassifikationssystem ICD-10 werden folgende psychotrope Substanzen als Hauptsubstanz berücksichtigt:

- |   |       |
|---|-------|
| - Alkohol   | [F10] |
| - Opioide   | [F11] |
| - Cannabinoide  | [F12] |
| - Sedativa oder Hypnotika   | [F13] |
| - Kokain  | [F14] |
| - andere Stimulanzien <sup>7</sup>                                      | [F15] |
| - Halluzinogene   | [F16] |
| - flüchtige Lösungsmittel   | [F18] |
| - multipler Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen | [F19] |

Abweichend vom ICD-10 wird die Substanz Tabak [F17] nicht als Hauptsubstanz berücksichtigt. Durch den Ausschluss dieser Substanz wird die Gesundheitsschädigung, die mit dem Konsum dieser Substanz einhergeht, nicht in Abrede gestellt – der Fokus der bundeseinheitlichen Erhebung liegt jedoch auf der Betrachtung der stoffgebundenen Suchtproblematik in Bezug auf den Konsum von psychotropen Substanzen, die unter das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) fallen, sowie Alkohol, da diese Substanzen regelmäßig mit einem unmittelbaren Behandlungs- bzw. Interventionsbedarf nach Aufnahme in den Justizvollzug einhergehen (bspw. Entgiftung, Substitution) und regelmäßig einen hohen Stellenwert in der fallbezogenen Vollzugs- und Eingliederungsplanung einnehmen. Eine Berücksichtigung der Substanzen Nikotin- (und auch Koffein) als Hauptsubstanz würde die Gesamtzahl der Gefangenen mit einer Suchtproblematik und die daraus ableitbaren therapeutischen Behandlungsbedarfe und entsprechend notwendiger Ressourcen verzerren.

---

<sup>7</sup> Koffein bleibt unberücksichtigt.

### 3.1 Substanzabhängigkeit

Entsprechend der Kriterien des ICD-10 liegt eine Substanzabhängigkeit vor, wenn während der letzten 12 Monate mindestens drei oder mehr der folgenden Kriterien gleichzeitig erfüllt waren (vgl. Dilling & Freyberger, 2013):

1. starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren,
2. verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums,
3. körperliche Entzugssymptome bei Beendigung oder Reduktion des Konsums,
4. Toleranzentwicklung – es sind zunehmend höhere Dosen erforderlich, bis die gewünschte Wirkung eintritt,
5. fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen
6. fortdauernder Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen.

### 3.2 Substanzmissbrauch

Das Konsummuster „schädlicher Gebrauch“ bzw. „Missbrauch“ ist dann erfüllt, wenn der Konsum psychotroper Substanzen zu einer Gesundheitsschädigung führt. Eine Gesundheitsschädigung liegt vor, wenn der Konsum mit einer tatsächlichen Schädigung der psychischen oder physischen Gesundheit des Konsumenten einhergeht (vgl. Dilling & Freyberger, 2013). Die Kriterien für schädlichen Gebrauch bzw. Missbrauch lauten:

- A. Deutlicher Nachweis, dass der Substanzgebrauch verantwortlich ist (oder wesentlich dazu beigetragen hat) für die körperlichen und psychischen Schäden, einschließlich der eingeschränkten Urteilsfähigkeit oder des gestörten Verhaltens, das zu Behinderung oder zu negativen Konsequenzen in den zwischenmenschlichen Beziehungen führen kann.
- B. Die Art der Schädigung sollte klar festgestellt und bezeichnet werden können.
- C. Das Gebrauchsmuster besteht mindestens seit einem Monat oder trat wiederholt in den letzten zwölf Monaten auf.
- D. Auf die Störung treffen die Kriterien einer anderen psychischen oder Verhaltensstörung bedingt durch dieselbe Substanz zum gleichen Zeitpunkt nicht zu (mit Ausnahme einer akuten Intoxikation).

Entlang der Hauptsubstanz wird somit erfasst, welches Konsummuster der/die Gefangene aufweist (Abhängigkeit oder Missbrauch). Komorbiditäten oder polyvalente Konsummuster werden hingegen nicht berücksichtigt.

## 4 Umsetzung in den Bundesländern

Auf Grundlage des von der Arbeitsgruppe erarbeiteten Erhebungskonzeptes und der im September 2014 abschließend beschlossenen Rahmenbedingungen (Erhebungsmニュアル mit Stand vom 31.12.2014) wurden die erforderlichen Erhebungen in den Ländern implementiert. Aufgrund der unterschiedlichen Versorgungsstrukturen und Zuständigkeiten in den Bundesländern sowie verschiedener personeller und technischer Ausstattungen, wurde die Art der Umsetzung der Erhebung den Ländern freigestellt. In Tabelle 1 sind die Zuständigkeiten und die Organisation der Erhebung in den einzelnen Ländern dargestellt.

**Tabelle 1: Zuständigkeiten und Organisation der Erhebung in den Bundesländern**

	<b>Zuständigkeiten Konsumeinschätzung und Substitution</b>	<b>Art der Erhebung</b>
Baden-Württemberg	Medizinischer Dienst	Elektronisch (Fachverfahren „Informationssystem Vollzug“)
Bayern	Fachdienste (Medizinischer Dienst, Sozialdienst, Psychologischer Dienst)	Elektronisch (IT-Vollzug)
Berlin	Medizinischer Dienst	Elektronisch (BASIS-Web – Modul Ärztlicher Dienst)
Brandenburg	Sozialdienst, Medizinischer Dienst	Elektronisch, Checklisten (Excel)
Bremen	Medizinischer Dienst	Elektronisch, Checklisten
Hamburg	Medizinischer Dienst	Elektronisch, Checklisten, Excel-Listen, BASIS-Web
Hessen	Sozialdienst	Elektronisch (Fachverfahren SoPart), händisch geführte Listen
Mecklenburg-Vorpommern	Speziell geschultes Personal, Psychologischer Dienst	Elektronisch (BASIS-Web – Modul Ärztlicher Dienst), Excel-Listen
Niedersachsen	Medizinischer Dienst	Elektronisch (BASIS-Web – Modul Ärztlicher Dienst)
Nordrhein-Westfalen	Medizinischer Dienst	Elektronisch (BASIS-Web – Modul Ärztlicher Dienst)
Rheinland-Pfalz	Sozialdienst	Elektronisch, Checklisten
Saarland	Psychologischer Dienst, Sozialdienst, Suchtberatung	Checklisten, Elektronisch (Vollzugsakte EVA, OTW)
Sachsen	Medizinischer Dienst	Elektronisch (Basis-Web – Modul Ärztlicher Dienst)
Sachsen-Anhalt	Sozialdienst, Medizinischer Dienst	Excel-Checkliste
Schleswig-Holstein	Mitarbeitende der Aufnahmeabteilung	Elektronisch, Checkliste
Thüringen	Sozialer Dienst, Medizinischer Dienst	Elektronisch (Fachverfahren „Informationsverarbeitungssystem“ – IVS Soz, IVS-Med)

Wie aus Tabelle 1 ersichtlich, sind unterschiedliche Fachdienste mit der Konsumeinschätzung beauftragt worden. In sieben Ländern ist ausschließlich der Medizinische Dienst für die Suchtanamnese<sup>8</sup> und die für die bundeseinheitliche Erhebung zu erhebenden Daten zuständig. In weiteren vier Bundesländern ist ausschließlich der Sozialdienst beauftragt worden. In fünf Bundesländern wurden mehrere Fachdienste – in der Regel der Medizinische Dienst, der Sozialdienst<sup>9</sup> sowie der Psychologische Dienst – in die Datenerhebung einbezogen.

Auch die konkrete Ausgestaltung der Erhebung und Zusammenstellung der Daten variiert zwischen den Ländern.

Für die Interpretation und Einordnung der Ergebnisse sind diese unterschiedlichen Zuständigkeiten sowie die Art der Erhebung und Weiterverarbeitung der Daten zu berücksichtigen. Diese und weitere Limitationen werden im Folgenden erläutert.

## 5 Limitationen der Erhebung und Anmerkungen zur Datenqualität

Auch wenn für die Einschätzung der Suchtproblematik einheitlich das internationale Klassifikationssystem ICD-10 herangezogen wurde, so gehen verschiedene Versorgungsstrukturen und Zuständigkeiten zwangsläufig mit Einschränkungen bezüglich der Datenqualität einher. Folgende Aspekte haben Auswirkungen auf die Datenqualität:

### 1.) Für die Konsumeinschätzung zuständige Berufsgruppe

Die Länder unterscheiden sich hinsichtlich der Berufsgruppe, die für die Konsumeinschätzung zuständig ist (vgl. Tabelle 1). So wird in einigen Ländern das Ergebnis der Suchtanamnese aus der medizinischen Zugangsuntersuchung durch den Arzt/die Ärztin herangezogen, in anderen Ländern das Ergebnis der Suchtanamnese durch den Sozialdienst oder Psychologischen Dienst oder das Ergebnis der Suchtanamnese der sogenannten SuchtberaterInnen als Datengrundlage verwendet. Es handelt sich dabei stets um eine Fremdbeurteilung, d. h. je nach Zuständigkeit werden unterschiedliche Erkenntnisquellen berücksichtigt; diese variieren von der reinen Abfrage bis hin zur umfassenden Abklärung unter Berücksichtigung weiterer objektiver Kriterien (bspw. Urinkontrollen, Bluttest, körperliche Entzugserscheinungen etc.). In den Bundesländern, in denen zum Zeitpunkt der Einführung der bundeseinheitlichen Erhebung die Konsumeinschätzung noch nicht entlang der ICD-10 Kriterien vorgenommen wurde, wurden die für die Suchtanamnese zuständigen MitarbeiterInnen mit der Anwendung der Kriterien vertraut gemacht bzw. geschult.

### 2.) Art der Dokumentation und Verarbeitung der Daten

Die Bundesländer nutzen verschiedene Dokumentations- bzw. Erfassungssysteme für die Daten zur Suchtproblematik (vgl. Tabelle 1). Es gibt Länder, in denen erfolgt die Erfassung elektronisch in IT-Fachverfahren wie BASIS-Web, SoPart<sup>®</sup> oder vergleichbaren Anwendungen; in anderen Ländern bedient man sich hierfür selbst erstellter Excel-Arbeitsmappen. Vereinzelt wird die Konsumeinschätzung manuell auf einer Papier-Version (Suchtanamnesebogen, Checkliste) dokumentiert. In diesen Fällen ist eine Weiterverarbeitung und Übertragung in die zur Übermittlung der Daten vorgesehenen Excel-Tabellen erforderlich. Dementsprechend werden die Daten auch unterschiedlich weiterverarbeitet: Die Länder, die BASIS-Web als Grundlage für die Erhebung heranziehen, können ihre Daten (teil-)automatisiert auswerten lassen, z. B. durch die länderinterne IT-Stelle<sup>10</sup>. In Ländern ohne elektronische Erfassung erfolgt die Zusammenstellung der Daten und der Übertrag in die Tabellenvorlagen händisch.

---

<sup>8</sup> Als „Suchtanamnese“ wird hier eine durch einen Fachdienst durchgeführte Abklärung des Suchtmittelkonsums (Vorgeschichte, Art des Konsums, Regelmäßigkeit etc.) durch professionelles Erfragen verstanden. Wie in Tabelle 1 dargestellt handelt es sich nicht nur um medizinisches Fachpersonal, sondern es können auch andere Berufsgruppen mit der Konsumeinschätzung beauftragt werden.

<sup>9</sup> Für diesen Fachdienst – in der Regel SozialarbeiterInnen bzw. SozialpädagogInnen – werden in den Ländern zum Teil verschiedene Bezeichnungen verwendet (bspw. Sozialdienst, Sozialer Dienst). Aufgrund dessen, dass in der Mehrheit der Länder die Bezeichnung „Sozialdienst“ genutzt wird, wird in diesem Bericht diese Bezeichnung verwendet.

<sup>10</sup> Es muss darauf hingewiesen werden, dass die Länder, die das Fachverfahren BASIS-Web – speziell das Modul „Ärztlicher Dienst“ – für die Datenauswertung nutzen, kein einheitliches Auswertungstool verwenden. Aufgrund dessen, dass das Modul „Ärztlicher Dienst“ in den Ländern unterschiedlich genutzt wird und sich die Dokumentationspfade unterscheiden, wurden jeweils landesspezifische Auswertungslösungen in BASIS-Web programmiert. Ziel ist es, dies zukünftig zu vereinheitlichen.



### 3.) Grenzen des Klassifikationssystems ICD-10

Auch das Klassifikationssystem ICD-10 selbst bedingt gewisse Einschränkungen. Ausgewiesen werden ausschließlich übergeordnete Substanzklassen, d. h., dass die jeweils konsumierte Substanz (bzw. einzelne Wirkstoffe) der entsprechenden Substanzklasse zugeordnet werden muss (müssen). Damit einher geht, dass das Vorkommen neuer psychoaktiver Substanzen (NPS), wie bspw. *synthetischer Cannabinoide* nicht separat ausgewiesen werden kann. Diese Stoffe fließen in der vorliegenden Auswertung in die allgemeine Substanzklasse der *Cannabinoide* ein. Auch das Vorkommen der synthetisch hergestellten Substanz *Methamphetamin*, bekannt als „Crystal Meth“, kann nicht einzeln ausgewiesen werden. Diese Substanz wird in der Klasse der *anderen Stimulanzien* erfasst. Gleiches gilt für bestimmte Arzneistoffe, wie bspw. Tilidin, welches in die Substanzklasse der *Opioide* eingruppiert wird.

### 4.) Erfassung des Eingangsstatus / Auskunftsbereitschaft des Gefangenen

Es ist davon auszugehen, dass die Validität<sup>11</sup> der Daten, die im Rahmen des Aufnahmeverfahrens erhoben werden, dadurch eingeschränkt ist, dass die Gefangenen falsche Angaben zu ihrem Suchtmittelkonsum machen. Anzunehmen ist, dass gerade solche Personen, die Erfahrungen mit der Justiz haben, über ein gewisses Misstrauen gegenüber der Institution verfügen. Drogenkonsum in Haft kann disziplinarisch verfolgt werden, so dass drogenabhängige Gefangene befürchten könnten, dass ihnen Lockerungen oder andere Maßnahmen (z. B. der Einsatz in bestimmten Arbeitsbereichen) aufgrund der Suchtmittelabhängigkeit verwehrt werden (Häßler & Suhling, 2017). Dieser Effekt variiert sicherlich auch dann zwischen den Ländern, wenn z. B. eine Verlegung in den offenen Vollzug nur für Gefangene möglich ist, bei denen keine Suchtproblematik erkennbar ist. Es sind jedoch auch gegenteilige Effekte denkbar: Gefangene mit Suchtdruck bzw. Entzugserscheinungen könnten bei Befragungen zum Drogenkonsum auch Krankheitssymptome übertrieben darstellen, um spezielle Hilfsangebote und/oder medizinische Behandlungsmaßnahmen (z. B. Substitution, Medikamentenverschreibungen oder allgemeine Aufmerksamkeitszuwendung durch den medizinischen Dienst) zu erhalten<sup>12</sup>.

### 5.) Alt-Fälle – Neueinführung der ICD-Leitlinien für die Konsumeinschätzung

Zum Zeitpunkt der Einführung der bundeseinheitlichen Erhebung lag für Gefangene, die sich bereits länger im (Straf-)Vollzug befanden, nicht in jedem Falle eine Konsumeinschätzung gemäß den Kriterien des ICD-10 vor. Da sich die Stichtagserhebung jedoch auf den gesamten Bestand der Gefangenen am Stichtag beziehen sollte, musste für diese Fälle die vorhandene aktenkundige Einschätzung zur Suchtproblematik zu Haftbeginn verwendet werden, da diese die jeweilige Behandlungsgrundlage bildete. Diese Fälle werden im Folgenden als „Alt-Fälle“ bezeichnet. Die Anzahl der Alt-Fälle reduziert sich somit im Laufe der Zeit, da für alle Neuzugänge seit Einführung der bundeseinheitlichen Erhebung der Aufnahmezustand gemäß ICD-10 ermittelt wird. Somit dürfte es sich bei den sogenannten Alt-Fällen in der Regel nur noch um Gefangene handeln, deren Haftbeginn länger zurückliegt. Dies bedeutet, dass in dem hier verwendeten, aggregierten Datensatz sowohl Länder einbezogen werden, in denen es noch Alt-Fälle gibt, als auch Länder, in denen keine Alt-Fälle (mehr) vorkommen.

### 6.) Mit der Stichtagserhebung einhergehende Einschränkungen

Betrachtet wird der gesamte Bestand am Stichtag. Unabhängig von der Erhebungsart und Datenaufbereitung ist jeweils zu prüfen, ob für alle am Stichtag zum Bestand zählenden Gefangenen – inklusive vorübergehend abwesender Gefangener – eine Konsumeinschätzung vorliegt. Es kann grundsätzlich vorkommen, dass nicht für alle am Stichtag zum Bestand gehörenden Gefangenen eine Konsumeinschätzung vorgenommen werden konnte. Dies dürfte insbesondere Zugänge unmittelbar vor oder am Stichtag selbst betreffen. Diese Fälle fließen ggf. nicht in die Auswertung ein, da entweder das entsprechende Fachdienstgespräch (medizinische Zugangsuntersuchung, Aufnahme- bzw. Erstgespräch) noch nicht stattgefunden hat oder das Ergebnis der Konsumeinschätzung noch nicht dokumentiert wurde (wiederum abhängig davon, ob eine elektronische oder eine manuelle Dokumentation erfolgt). Dadurch bleiben derartige Fälle ggf. in der Datenabsammlung unberücksichtigt.

---

<sup>11</sup> Die Validität beschreibt den Grad der Genauigkeit mit dem die Daten erfasst werden. Kurz gesagt ist eine valide Datenerfassung eine solche, bei der wirklich das gemessen wird, was gemessen werden soll.

<sup>12</sup> In einer Studie zum Ausmaß der suchtmittelkonsumierenden Inhaftierten in Niedersachsen wurde 2006 im Rahmen der ärztlichen Zugangsuntersuchung neben der Abfrage des Konsums gleichzeitig gefragt, wie glaubwürdig die Angaben des Inhaftierten aus der Sicht des medizinischen Personals sind. Im Ergebnis wurden die Angaben der Inhaftierten als ziemlich glaubwürdig angesehen: 87 % der Angaben wurden als sehr glaubwürdig eingeschätzt, lediglich bei 1,7 % der Angaben wurde die Glaubwürdigkeit angezweifelt (Häßler & Suhling, 2017: 25). Der genaue Umfang von Verzerrungstendenzen beider Richtungen (Untertreibung vs. Übertreibung) lässt sich abschließend jedoch nicht bestimmen.

Nicht zuletzt muss auf die allgemeinen Einschränkungen, die mit einer Stichtagserhebung einhergehen, hingewiesen werden. In einer derartigen, einmal jährlich stattfindenden Erhebung sind kurzstrafige Gefangene regelmäßig unterrepräsentiert. Nicht auszuschließen ist dadurch, dass es sich bei dieser Klientel um eine mehr oder aber weniger stark belastete Gruppe handelt, so dass der „wahre“ Anteil von Gefangenen mit einer Suchtproblematik entsprechend höher oder niedriger ausfallen würde. Zudem handelt es sich um aggregierte Daten und nicht um eine personenbezogene Verlaufserhebung. Erfasst wird das Ausmaß der Problematik zum Zeitpunkt des Betreuungsbegins. Veränderungen und Entwicklungen während des Vollzuges können mit diesen Daten nicht dargestellt werden.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Datenqualität – insbesondere durch die unterschiedlichen Arten der Erfassung und Datenverarbeitung in den Ländern – beeinträchtigt wird. Hinzu kommt, dass sowohl das Instrumentarium selbst (ICD-10), als auch die Art der Erhebung (Stichtagserhebung) nur eine eingeschränkte Aussagekraft zulassen. Die Daten dienen somit vor allem dazu, einen ersten bundesländerübergreifenden Überblick über die Suchtproblematik der in den deutschen Justizvollzugsanstalten untergebrachten Gefangenen zu erhalten.

## **6 Auswertung der Stichtagserhebung zur Suchtproblematik und Substitution**

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Stichtagserhebung zur Suchtproblematik für den Bestand am Stichtag 31.03.2018 berichtet.

Auf Grundlage der erhobenen Daten sind erstmalig Aussagen zum Ausmaß einer solchen Problematik der in deutschen Justizvollzugsanstalten untergebrachten Gefangenen möglich. Anhand der Ergebnisse lässt sich – bezogen auf den Gesamtbestand am Stichtag 31.03.2018 – bestimmen, wie hoch der Anteil an Gefangenen war, für den zum Zeitpunkt des Haftantritts eine Suchtproblematik festgestellt wurde. Unterschieden wird hierbei nach den Konsummustern „Substanzabhängigkeit“ und „Substanzmissbrauch“ sowie nach der jeweils präferierten Hauptsubstanz.

### **6.1 Datengrundlage**

Da die erforderlichen Erhebungen noch nicht in allen 16 Ländern installiert werden konnten bzw. weiterhin Erfassungs- und Plausibilitätsprobleme bestehen, basieren die vorliegenden Ergebnisse zur Suchtmittelbelastung auf einem Datensatz aus 12 Bundesländern. In der folgenden Tabelle ist dargestellt, wie viele Datensätze jeweils in die Analysen eingeschlossen werden konnten und wie viel Prozent der am Stichtag in einer deutschen Justizvollzugsanstalt untergebrachten Gefangenen mit dem aggregierten Datensatz abgedeckt werden.

**Tabelle 2: Datengrundlage der bundeseinheitlichen Erhebung und Anteil an allen Gefangenen am Stichtag in Deutschland**

Art der Freiheitsentziehung	männliche Gefangene / Verwahrte			weibliche Gefangene / Verwahrte		
	Bestand am Stichtag 31.03.2018		Anteil %	Bestand am Stichtag 31.03.2018		Anteil %
	berücksichtigte 12 Länder	Deutschland insgesamt		berücksichtigte 12 Länder	Deutschland insgesamt	
Untersuchungshaft	8.823	13.508	65,3	448	776	57,7
Strafhaft (FS + JS)	30.524	47.154	64,7	1.747	2.934	59,5
davon geschlossener Vollzug	27.481	39.945	68,8	1.544	2.411	64,0
darunter Ersatzfreiheitsstrafe	2.445	3.621	67,5	225	340	66,2
davon offener Vollzug	3.043	7.209	42,2	203	523	38,8
darunter Ersatzfreiheitsstrafe	314	748	42,0	10	44	22,7
Sicherungsverwahrung	352	551	63,9	2	2	100,0
<b>GESAMT</b>	<b>39.699</b>	<b>61.213</b>	<b>64,9</b>	<b>2.197</b>	<b>3.712</b>	<b>59,2</b>

Quelle zum Bestand am Stichtag in Deutschland: Statistisches Bundesamt (2018)

Wie Tabelle 2 zu entnehmen ist, können mit dem aggregierten Datensatz ca. 65 % der männlichen Gefangenen und knapp 59 % der weiblichen Gefangenen am Stichtag 31.03.2018 abgebildet werden. Obwohl sowohl Angaben aus Stadtstaaten wie auch aus Flächenländern in dem Datensatz aufgenommen wurden, kann für den gesamtdeutschen Justizvollzug nicht von einem repräsentativen Datensatz ausgegangen werden.

Neben der Tatsache, dass nur Daten aus 12 von 16 Ländern berücksichtigt werden konnten, können des Weiteren systematische Verzerrungseffekte nicht ausgeschlossen werden. Hierzu zeigt sich bspw., dass Gefangene, die am 31.03.2018 im offenen Vollzug untergebracht waren, nur zu knapp 40 % erfasst werden konnten (bei ErsatzfreiheitsstrafertenInnen liegt der Anteil bei knapp 23 %). Dies ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass ausschließlich Daten für physisch anwesende Gefangene in den Ländern berücksichtigt und übermittelt wurden. Fällt der Stichtag auf ein Wochenende oder einen Feiertag, ist – aufgrund von Ausgang oder Urlaub – regelmäßig von einem erhöhten Anteil abwesender Gefangener auszugehen. Dies dürfte insbesondere auf Gefangene im offenen Vollzug zutreffen. Der Stichtag 31.03.2018 fiel auf ein verlängertes Wochenende (Ostersamstag), so dass davon auszugehen ist, dass ein Teil der vorübergehend abwesenden Gefangenen (z. B. des offenen Vollzuges) nicht berücksichtigt wurde.

Dass der Anteil der weiblichen im Vergleich zu den männlichen Gefangenen noch etwas geringer ausfällt, ist darüber hinaus darauf zurückzuführen, dass sich in dem aggregierten Datensatz Daten aus Ländern befinden, die die weiblichen Gefangenen gemäß Vollstreckungsplan zur Vollstreckung der Untersuchungshaft, Freiheits- oder Jugendstrafe oder Sicherungsverwahrung in anderen Ländern unterbringen. Diese „aufnehmenden“ Länder konnten ihre Daten wiederum nicht in den hier verwendeten aggregierten Datensatz einbringen.

## 6.2 Ergebnisse zur stoffgebundenen Suchtproblematik

Im folgenden Kapitel wird zunächst ein Überblick über das Ausmaß der Suchtproblematik im Justizvollzug insgesamt gegeben. Anschließend werden Ergebnisse zum Ausmaß differenziert nach Haftart und Vollzugsform dargestellt. Abschließend wird näher auf die einzelnen Substanzen eingegangen, von denen die Gefangenen entweder abhängig sind, oder bei denen ein missbräuchlicher Konsum (schädlicher Gebrauch) vorliegt.

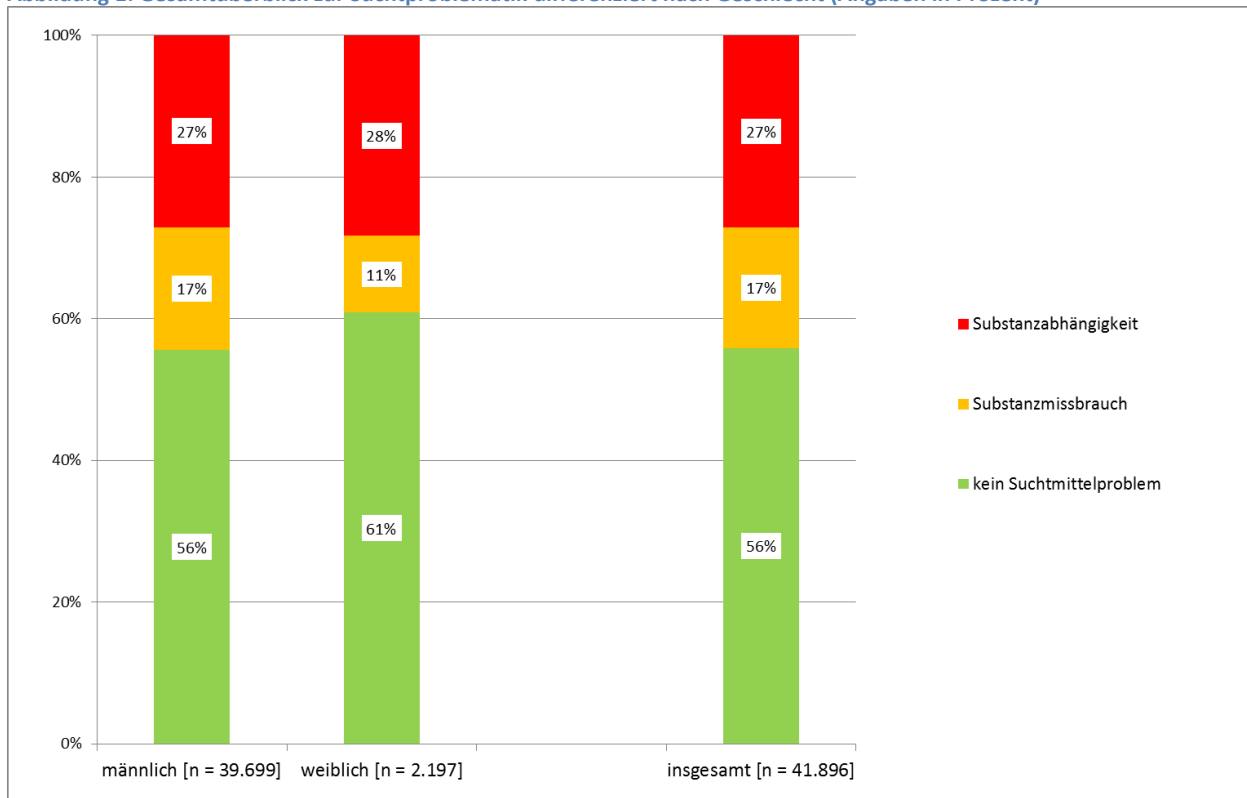
Ausgewiesen werden jeweils der prozentuale Anteil über alle in die Analyse einbezogenen Länder sowie der Wert des Landes mit dem geringsten (Minimum) und dem höchsten Anteil (Maximum). Dargestellt werden gerundete Werte (ganze Zahlen) ohne Nachkommastellen. Dies führt im Falle kleiner absoluter Fallzahlen dazu, dass Prozentwerte von Null resultieren (insbesondere bei kleinen Vollzugspopulationen wie weiblichen Gefangenen, Sicherungsverwahrten und Jugendstrafgefangenen sowie Untersuchungsgefangenen im Alter zwischen 14 bis unter 21 Jahren).

### 6.2.1 Suchtproblematik differenziert nach Geschlecht

Insgesamt lagen Konsumeinschätzungen für 41.896 Gefangene vor. Wie Abbildung 1 zu entnehmen ist, weisen 56 % aller männlichen Gefangenen und 61 % der weiblichen Gefangenen *keine* Suchtproblematik auf. Für 27 % der männlichen und 28 % der weiblichen Gefangenen ist eine Abhängigkeit im Sinne des ICD-10 zu konstatieren. Bei weiteren 17 % der männlichen und 11 % der weiblichen Gefangenen ist ein Substanzmissbrauch festzustellen (nähere Ausführungen zu den einzelnen Suchtmitteln siehe Kapitel 3). Insgesamt zeigt sich also bei 44 % der 41.896 Gefangenen eine Suchtproblematik (Abhängigkeit oder Missbrauch).

In Abbildung 1 ist die Suchtmittelbelastung getrennt für männliche und weibliche Gefangene dargestellt.

Abbildung 1: Gesamtüberblick zur Suchtproblematik differenziert nach Geschlecht (Angaben in Prozent)



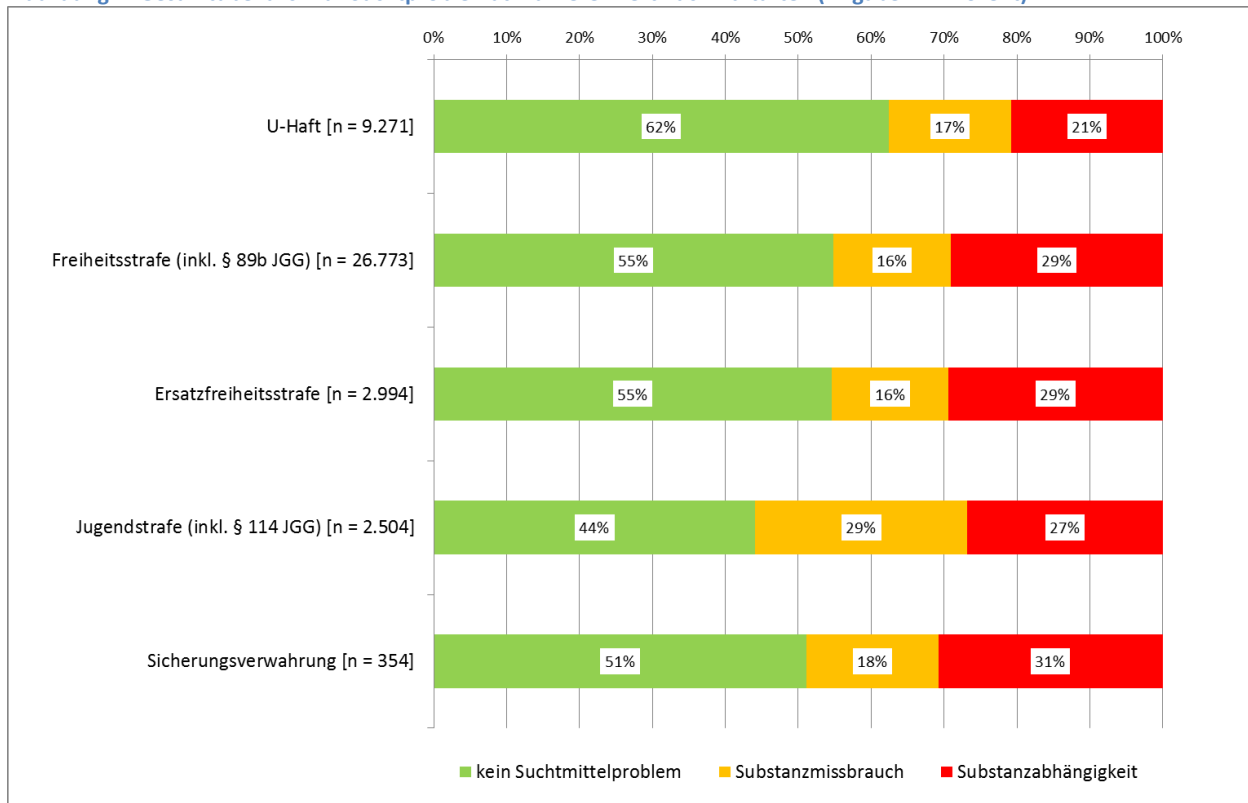
Die Betrachtung der Minimum- und Maximum-Werte (vgl. Anhang: Tabelle 7) zeigt, dass der Anteil Gefangener mit einer Suchtproblematik (Gesamtbelastung) in den Ländern sehr heterogen ausfällt. Während es Länder gibt, in denen insgesamt ein Viertel der männlichen Gefangenen eine Suchtproblematik aufweist, so finden sich andererseits Länder, in denen dies auf knapp zwei Drittel der männlichen Gefangenen zutrifft.

Bei den weiblichen Gefangenen variieren die Minimum und Maximum-Werte der Länder zwischen 11 % und 57 %, d. h. es gibt Länder, in denen jede zehnte inhaftierte Frau ein Suchtmittelproblem aufweist sowie Länder, in denen dies bei jeder zweiten inhaftierten Frau festzustellen ist. Weitere Minimum-Maximum-Werte können der Tabelle 7 im Anhang entnommen werden.

### 6.2.2 Suchtproblematik differenziert nach Haftarten

In der Erhebung wird außerdem eine Differenzierung nach Haftarten vorgenommen. Berücksichtigt wird hierbei die Haftart, die der Gefangene am jeweiligen Stichtag verbüßt. Unterschieden wird zwischen Untersuchungshaft, Freiheitsstrafe (einschließlich § 89b JGG), Ersatzfreiheitsstrafe, Jugendstrafe (einschließlich § 114 JGG) und Sicherungsverwahrung. Abbildung 2 kann die Suchtmittelbelastung in den einzelnen Haftarten entnommen werden.

Abbildung 2: Gesamtüberblick zur Suchtproblematik differenziert nach Haftarten (Angaben in Prozent)



Im Vergleich mit den übrigen Haftarten ist in der **Untersuchungshaft** der geringste Anteil an Gefangenen mit einer Suchtproblematik zu verzeichnen. Insgesamt 62 % der Untersuchungsgefangenen weisen weder eine Substanzabhängigkeit noch einen missbräuchlichen Substanzkonsum auf. Eine Abhängigkeit von mindestens einer Substanz wurde bei 21 %, ein Substanzmissbrauch bei 17 % der Gefangenen aus der U-Haft festgestellt.

Für die Haftarten **Ersatzfreiheitsstrafe**, **Freiheitsstrafe** als auch **Sicherungsverwahrung** zeigt sich eine recht ähnliche Verteilung. Von den Personen, die am Stichtag 31.03.2018 eine Ersatzfreiheitsstrafe oder eine Freiheitsstrafe verbüßten bzw. sich in Sicherungsverwahrung befanden, weist jeweils knapp die Hälfte kein Suchtmittelproblem auf (55 % bzw. 51 %). Bei jeweils einem Drittel der in der jeweiligen Haftart befindlichen Personen wurde eine Substanzabhängigkeit, bei weiteren 16 % bzw. 18 % ein missbräuchlicher Konsum von Substanzen festgestellt.

Der höchste Anteil an Gefangenen mit einer Suchtproblematik findet sich in der Haftart **Jugendstrafe**. Hier weisen rund 56 % der jugendlichen Gefangenen (inkl. Gefangene, die gemäß § 114 JGG ihre Freiheitsstrafe in einer Jugendstrafanstalt verbüßen) entweder eine Substanzabhängigkeit (27 %) oder einen Substanzmissbrauch (29 %) auf. Bei 44 % der Jugendlichen ist entsprechend *kein* Suchtproblem erkennbar.

Die Minimum-Maximum-Werte der Gesamtbelastung weisen jedoch auf deutliche Unterschiede zwischen den beteiligten Ländern hin (vgl. Anhang: Tabelle 8). Mit Spannweiten von 2 % bis 83 % (Jugendstrafe) bzw. 0 % bis 79 %

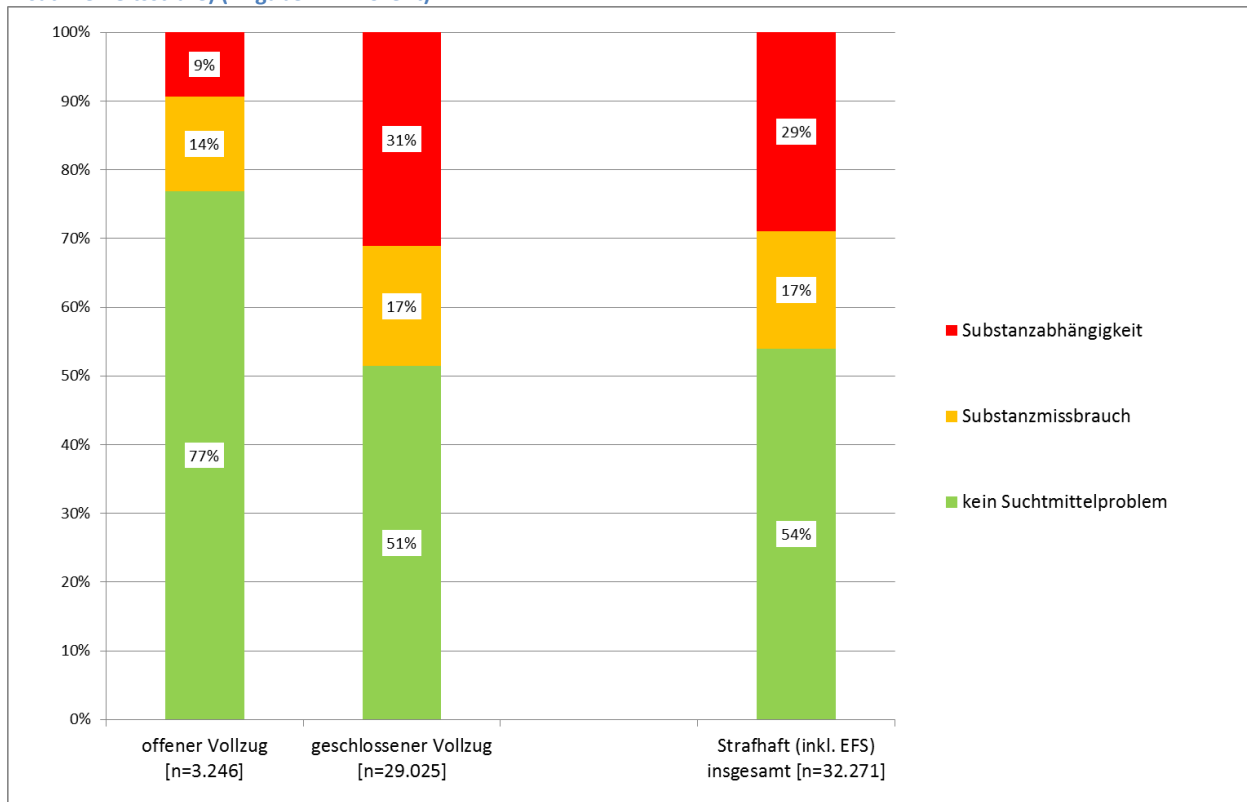
(Sicherungsverwahrung) sind hier deutliche Unterschiede zu verzeichnen, insbesondere bei Personen, die eine Jugendstrafe verbüßen, aber auch bei Personen, die sich in Sicherungsverwahrung befinden.

Weitere Minimum-Maximum-Werte können der Tabelle 8 im Anhang entnommen werden.

### 6.2.3 Suchtproblematik differenziert nach Vollzugsformen

Neben der Betrachtung der Haftarten können die Daten auch hinsichtlich der Vollzugsformen (offen vs. geschlossener Vollzug) ausgewertet werden, wobei nochmals auf die deutliche Unterrepräsentanz von Personen hingewiesen werden muss, die am Stichtag im offenen Vollzug untergebracht waren (vgl. Abgleich mit Gesamtbestand in Deutschland, Kapitel 6.1). Betrachtet werden in nachstehender Abbildung ausschließlich Gefangene, die am Stichtag eine Freiheits-, Jugend- oder eine Ersatzfreiheitsstrafe verbüßt haben.

**Abbildung 3: Gesamtüberblick zur Suchtproblematik differenziert nach Vollzugsformen (Strafhaft inklusive Ersatzfreiheitsstrafe) (Angaben in Prozent)**



Es wird deutlich, dass im offenen Vollzug am Stichtag wesentlich weniger Gefangene mit einer Suchtproblematik untergebracht waren als im geschlossenen Vollzug. Während im offenen Vollzug mehr als drei Viertel der Gefangenen keine Suchtproblematik aufzeigen, liegt der Anteil im geschlossenen Vollzug bei 51 %. Damit weist rund jeder Zweite im geschlossenen Vollzug ein Suchtmittelproblem auf (vgl. Abbildung 3).

Weiterhin wird festgestellt, dass im offenen Vollzug eher Gefangene untergebracht wurden, die maximal einen missbräuchlichen Konsum (im Vergleich zum abhängigen Konsum) aufweisen. Suchtmittelabhängige Gefangene nehmen hierbei lediglich einen Anteil von etwa 9 % ein. Im geschlossenen Vollzug beträgt der Anteil der suchtmittelabhängigen Gefangenen hingegen 31 %. Damit beträgt der Anteil abhängiger Gefangener im offenen Vollzug lediglich ein Drittel von dem des geschlossenen Vollzuges.

Auch in Bezug auf diese Differenzierung lässt sich eine unterschiedliche Verteilung in den beteiligten 12 Bundesländern feststellen (vgl. Anhang: Tabelle 9). Mit einer Spannweite von 0 % bis 77 % sind deutliche Unterschiede zwischen den Ländern zu verzeichnen, hier insbesondere für den offenen Vollzug. Während es Länder gibt, in denen kein Gefangener im offenen Vollzug ein Suchtmittelproblem aufweist, gibt es auf der anderen Seite Länder, in denen bei mehr als drei Viertel der Gefangenen ein Suchtmittelproblem (Substanzabhängigkeit oder Substanzmissbrauch) zu beobachten ist. Für den geschlossenen Vollzug bewegt sich der Anteil von Gefangenen mit

einem Suchtmittelproblem zwischen 20 % und 64 %. Weitere Minimum-Maximum-Werte können der Tabelle 9 im Anhang entnommen werden.

Nach diesem allgemeinen Überblick über den Anteil der am Stichtag in den 12 Ländern untergebrachten Gefangenen mit einer Suchtproblematik werden im Folgenden die Ergebnisse zur Suchtproblematik differenziert nach Substanzen dargestellt.

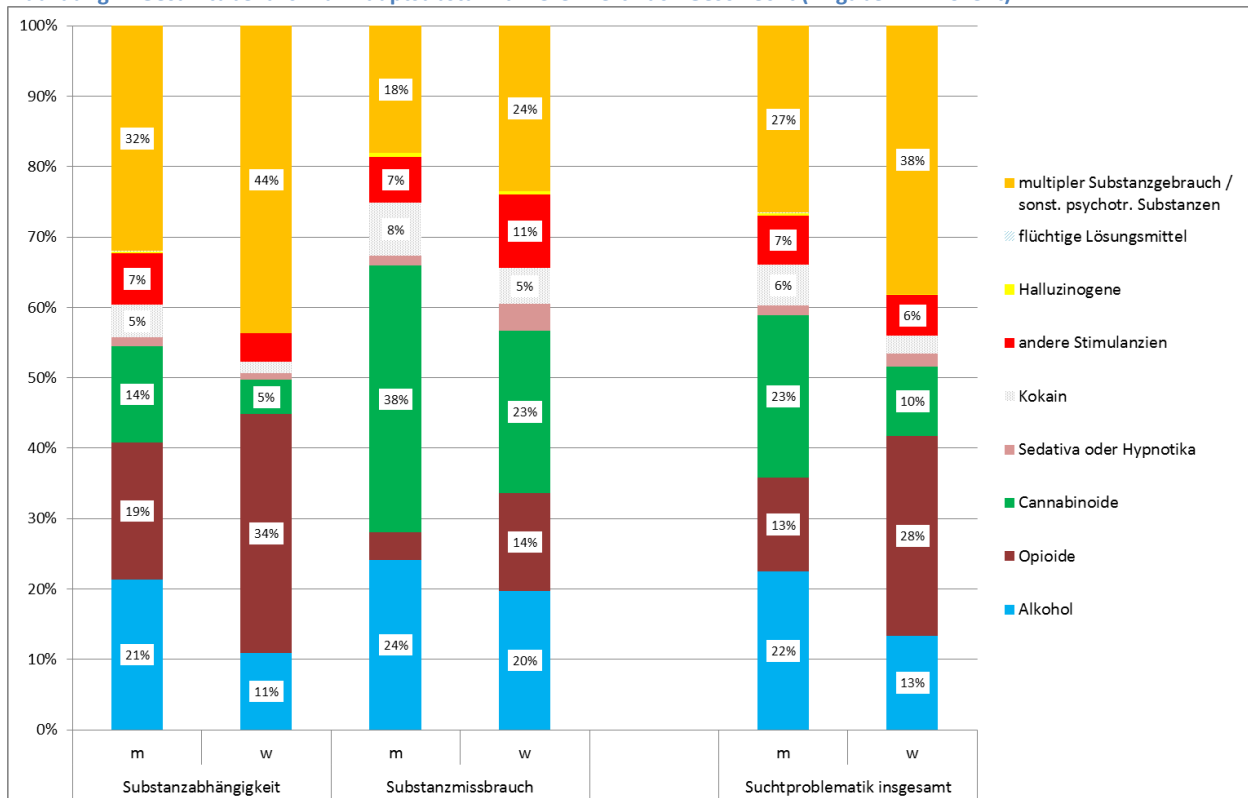
#### 6.2.4 Hauptsubstanz differenziert nach Haftarten und Geschlecht

Wie im Kapitel 3 dieses Berichts erläutert, erfolgt die Konsumeinschätzung mit Bezug zur jeweiligen Hauptsubstanz. Hierbei wird festgestellt, welche Substanz der/die Gefangene hauptsächlich konsumiert hat. Sofern die Zuordnung einer einzelnen Substanz als Hauptsubstanz nicht erfolgen kann, da zwei oder mehr Substanzen parallel konsumiert werden, ist dies unter der Kategorie „multipler Substanzgebrauch“ zu erfassen.

Sowohl bei den substanzabhängigen männlichen als auch bei den substanzabhängigen weiblichen Gefangenen überwiegt mit 32 % bzw. 44 % der *multiple Substanzgebrauch* (vgl. Abbildung 4). Im Folgenden dominieren bei den Männern als auch bei den Frauen *Alkohol* und *Opiode* als Hauptsubstanz, jedoch in unterschiedlicher Ausprägung. 21 % der als abhängig eingeschätzten Männer und 11 % der substanzabhängigen Frauen weisen eine *Alkoholabhängigkeit* auf. Für 34 % der Frauen und 19 % der Männer wurde eine Abhängigkeit von einer Substanz aus der Klasse der *Opiode* festgestellt.

Auch bei den als substanzmissbrauchend eingeschätzten Gefangenen zeigen sich Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Gefangenen hinsichtlich der konsumierten Hauptsubstanz. Während 38 % der männlichen Gefangenen *Cannabinoide* als Hauptsubstanz nutzten, liegt dieser Anteil bei den weiblichen Gefangenen bei etwa 23 %. *Alkohol* ist für ein Viertel der Männer und ein Fünftel der Frauen Hauptsubstanz im Bereich des missbräuchlichen Konsums. Mit 24 % zeigen etwas mehr Frauen als Männer (18 %) einen missbräuchlichen *multiplen Substanzgebrauch*. Auch für den Substanzmissbrauch gilt, dass mit 14 % mehr Frauen als Männer (4 %) eine Substanz aus der Substanzklasse der *Opiode* als Hauptsubstanz bevorzugen. Mit 11 % nutzten Frauen ebenfalls häufiger *andere Stimulanzien* als die männlichen Gefangenen (7 %).

Abbildung 4: Gesamtüberblick zur Hauptsubstanz differenziert nach Geschlecht (Angaben in Prozent)



Anmerkung: Werte unterhalb von 5 % werden zur besseren Lesbarkeit nicht ausgewiesen.

Insgesamt zeigen sich bei den männlichen Gefangenen mit einer Suchtproblematik neben einem *multiplen Substanzgebrauch* (27 %) bei jeweils knapp einem Fünftel die Substanzklassen *Cannabinoide* (23 %) und *Alkohol* (22 %) als relevant. Zwischen den beteiligten Ländern variieren diese Anteile bei den männlichen Gefangenen jedoch deutlich (vgl. Anhang: Tabelle 11). So sind für den *multiplen Substanzgebrauch* Anteile zwischen 0 % und 39 % festzustellen. Bezüglich der Substanzklasse der *Cannabinoide* variieren die Werte zwischen 14 % und 32 %, bei *Alkohol* zwischen 12 % und 41 %.

Bei den weiblichen Gefangenen mit einer Suchtproblematik dominieren als Hauptsubstanz insbesondere die *multiplen Substanzen* (38 %) sowie die *Opioide* (28 %). Zwischen den Ländern sind hierbei ebenfalls unterschiedliche Anteile festzustellen (vgl. Anhang: Tabelle 12): Im Bereich des *multiplen Substanzgebrauchs* ergeben sich Anteile zwischen 0 % und 63 %. Bezüglich der Hauptsubstanz *Opioide* variieren die Anteile in den Ländern zwischen 0 % und 50 %.

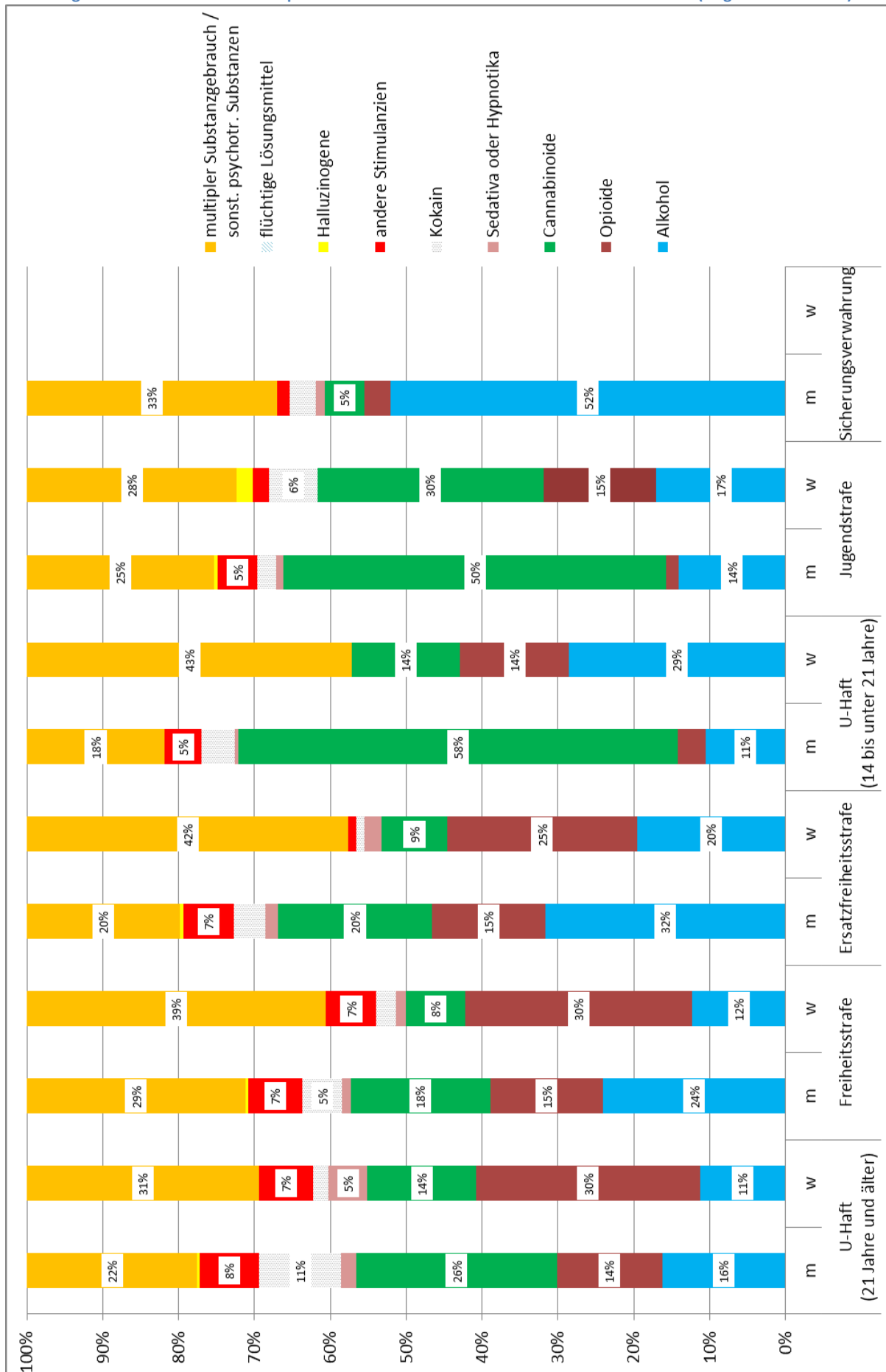
Die Substanzklassen *flüchtige Lösungsmittel* und *Halluzinogene* spielen als Hauptsubstanz sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen keine Rolle. Diesbezüglich gibt es auch keine Unterschiede zwischen den Ländern. Auch die Bedeutung der Substanzklasse der *Sedativa/Hypnotika* ist eher gering, wenngleich hier die Spannweite zwischen den Ländern bei den Frauen zwischen 0 % und 18 % variiert. Weitere Minimum-Maximum-Werte können Tabelle 11 (Männer) und Tabelle 12 (Frauen) im Anhang entnommen werden.

Betrachtet man die Hauptsubstanzen getrennt nach Haftarten und Geschlecht, so zeigt sich insbesondere bei den jungen Gefangenen ein deutlicher Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Gefangenen hinsichtlich der konsumierten Hauptsubstanz. Während bei den männlichen Untersuchungsgefangenen im Alter zwischen 14 und unter 21 Jahren, als auch bei den männlichen Jugendstrafgefangenen mit einem Suchtproblem jeder zweite *Cannabinoide* als Hauptsubstanz aufweist, fällt dieser Anteil bei den weiblichen Jugendstraf- bzw. U-Haft-Gefangenen mit 14 % bzw. 30 % deutlich geringer aus. Bei den weiblichen Untersuchungsgefangenen (n=7) überwiegt mit 43 % ein *multipler Substanzgebrauch*, gefolgt von einem Drittel mit der Hauptsubstanz *Alkohol*. Bei den weiblichen Jugendstrafgefangenen (n=47) entfallen darüber hinaus 15 % auf die Substanzklasse der *Opioide*, 17 % auf *Alkohol* sowie weitere 28 % auf einen *multiplen Substanzgebrauch*.

Es zeigt sich insgesamt, dass der Anteil der Gefangenen mit *multipltem Substanzgebrauch* bei weiblichen Gefangenen immer höher ausfällt als bei männlichen Gefangenen. Gleiches gilt für die Hauptsubstanz der *Opioide*, bei der der Anteil bei weiblichen Gefangenen ebenfalls stets höher ausfällt.



Abbildung 5: Gesamtüberblick zur Hauptsubstanz differenziert nach Haftarten und Geschlecht (Angaben in Prozent)



Anmerkung: Werte unterhalb von 5 % werden zur besseren Lesbarkeit nicht ausgewiesen.

Erwachsene weibliche **U-Gefangene (21 Jahre und älter)** weisen häufiger einen *multiplen Substanzgebrauch* auf als erwachsene männliche U-Gefangene (31 % der Frauen vs. 22 % der Männer). Während 14 % der männlichen U-Gefangenen Stoffe aus der Substanzklasse der *Opiode* als Hauptsubstanz konsumieren, fällt dieser Anteil mit 30 % bei den weiblichen U-Gefangenen rund doppelt so hoch aus. Die Geschlechterunterschiede bei der Hauptsubstanz *Alkohol* sind hingegen vergleichsweise gering (11 % der Frauen versus 16 % der Männer). Hinsichtlich der Substanzklasse der *Cannabinoide* zeigt sich hingegen ein deutlicher Unterschied: Während von 14 % der weiblichen U-Gefangenen Stoffe aus der Substanzklasse der *Cannabinoide* konsumiert werden, beträgt der Anteil bei männlichen U-Gefangenen 26 % (Abhängigkeit oder Missbrauch). *Kokain* spielt als Hauptsubstanz mit 11 % ebenfalls häufiger bei Männern als bei Frauen (2 %) eine Rolle.

Die größte Varianz, unabhängig vom Geschlecht, ist in der **U-Haft (21 Jahre und älter)** in Bezug auf den *multiplen Substanzgebrauch* festzustellen, denn hier variieren die Anteile in den Ländern zwischen 0 % und 52 %. Ähnlich große Unterschiede ergeben sich bei der Betrachtung der Substanzklasse der *Opiode* mit Werten zwischen 0 % und 45 %. In allen 12 Ländern finden sich Gefangene mit einem problematischen *Cannabinoidkonsum* (mindestens 12 %), problematischen *Alkoholkonsum* (mind. 7 %) oder problematischen *Kokainkonsum* (mindestens 2 %) im Justizvollzug.

Auch in der Haftart **Freiheitsstrafe** (ohne Ersatzfreiheitsstrafe) zeigen sich Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Während bei 24 % der Männer ein Suchtproblem (Abhängigkeit oder Missbrauch) in Bezug auf *Alkohol* festzustellen ist, fällt der Anteil bei den Frauen mit 12 % nur etwa halb so groß aus. In Bezug auf den problematischen Umgang mit *Opioiden* ist bei den Frauen ein doppelt so hoher Anteil als bei Männern zu erkennen (30 % vs. 15 % Anteil). Der Anteil von Gefangenen mit *Cannabinoiden* als Hauptsubstanz ist wiederum bei den Männern höher ausgeprägt als bei den Frauen (18 % vs. 8 %). In der Kategorie des *multiplen Substanzgebrauchs* ist der Anteil im Frauenvollzug zehn Prozentpunkte höher als im Männervollzug (39 % vs. 29 %).

In der Freiheitsstrafe variieren die Anteile zwischen den Ländern – unabhängig vom Geschlecht – insbesondere bei den Substanzklassen *Alkohol* (Minimum=8 %, Maximum=41 %), *Opiode* (Minimum=1 %, Maximum=47 %) und *multipler Substanzgebrauch* (Minimum=0 %, Maximum=39 %).

In der Haftart **Ersatzfreiheitsstrafe** wird sowohl bei 24 % der Männer als auch bei 20 % der Frauen *Alkohol* als Hauptsubstanz dokumentiert. Bei der Substanzklasse *Opiode* ist ein umgekehrtes Verhältnis zu beobachten: ein Viertel der Frauen in dieser Haftart weist *Opiode* als Hauptsubstanz auf, während dies auf 15 % der Männer, die am Stichtag eine Ersatzfreiheitsstrafe verbüßen, zutrifft. Die Substanzklasse der *Cannabinoide* wird für 9 % der Frauen und 18 % der Männer als Hauptsubstanz benannt. Ein weiterer großer Unterschied zeigt sich in der Kategorie des *multiplen Substanzgebrauchs*: Dieser wird bei 42 % der weiblichen Gefangenen und 29 % der männlichen Gefangenen festgestellt. Männliche Personen, die eine Ersatzfreiheitsstrafe verbüßen, weisen insbesondere ein Suchtproblem in Bezug auf *Alkohol*, weibliche insbesondere in Bezug auf *Opiode* auf, wobei hier auch Unterschiede unabhängig vom Geschlecht in den Ländern konstatiert werden können, denn das Minimum bei der Hauptsubstanz *Alkohol* beträgt 13 % und das Maximum 71 %. Erneut zeigen sich große Unterschiede zwischen den Ländern in den Substanzklassen *Opiode* (Minimum=3 %, Maximum=45 %) und *multipler Substanzgebrauch* (Minimum=0 %, Maximum=40 %).

Für Jugendliche bzw. Heranwachsende (14 bis unter 21 Jahre), die sich am Stichtag in **Untersuchungshaft (14 bis unter 21 Jahre)** befanden, zeigt sich zwar ein großer Unterschied zwischen weiblichen und männlichen U-Gefangenen, jedoch ist dieses Ergebnis aufgrund der kleinen Fallzahl bei den weiblichen Gefangenen (n=7) mit Vorsicht zu interpretieren.



Während sich für die Haftart **Jugendstrafe** nur geringe Geschlechtsunterschiede bezüglich des Konsums von *Alkohol* finden lassen, treten in Bezug auf den Gebrauch von *Opioiden* deutlichere Unterschiede hervor, die sich in analoger Form auch bei anderen Haftarten gezeigt haben. Weibliche Jugendstrafgefangene weisen demnach häufiger einen schädlichen Gebrauch oder eine Abhängigkeit in Bezug auf *Opiode* auf (15 % der weiblichen Jugendstrafgefangenen versus 2 % der männlichen Jugendstrafgefangenen). Bei der Betrachtung der Hauptsubstanz *Cannabinoide* zeigt sich, dass diese häufiger bei männlichen Jugendstrafgefangenen als bei weiblichen dokumentiert ist (50 % versus 30 %). Deutliche Unterschiede - unabhängig vom Geschlecht - zeigen sich zwischen den Ländern, denn die Spannweite bei *multiplen Substanzgebrauch* liegt zwischen 0 % und 100 %. Große Unterschiede ergeben sich ebenfalls für die Gruppe der *Cannabinoide* (Minimum=0 %, Maximum=66 %).

Insgesamt weisen Frauen über fast alle Haftarten hinweg seltener ein Suchtproblem in Bezug auf *Alkohol* oder *Cannabinoide* auf. Dafür konsumieren sie häufiger *Opioid*e als Hauptsubstanz (Abhängigkeit oder missbräuchlicher Konsum). Dies gilt auch für den *multiplen Substanzgebrauch*, der bei Frauen wesentlich häufiger auftritt und zwar über alle Haftarten hinweg. Die Spannweiten innerhalb der Haftarten zwischen den Ländern sind besonders in diesen drei Substanzklassen sowie im Bereich des *multiplen Substanzkonsums* hoch (vgl. Anhang: Tabelle 13, Tabelle 14, Tabelle 15).

### 6.2.5 Suchtproblematik in Relation zum Gesamtbestand der 12 Länder

Nachdem im vorherigen Kapitel die Belastung nach Substanzen zwischen den Haftarten und Geschlechtern differenziert wurde, gibt Tabelle 3 einen zusammenfassenden Überblick bezogen auf alle Gefangenen aus dem Bestand der einbezogenen 12 Länder. Während im Kapitel 6.2.4 (Abbildung 4) eine Differenzierung der Substanzen für diejenigen Gefangenen erfolgte, bei denen ein missbräuchlicher oder abhängiger Konsum vorliegt (N=18.500), bezieht sich die nachfolgende Zusammenfassung auf eine Bezugsgröße von 41.896 Gefangenen. Dies entspricht dem Gesamtbestand aller beteiligten 12 Länder am Stichtag 31.03.2018 und beinhaltet demnach auch solche Gefangene, bei denen kein Suchtmittelproblem festgestellt wurde. Durch die Änderung der Bezugsgröße reduziert sich prozentual der Anteil von Gefangenen, bei welchen eine Belastung in der jeweiligen Substanzklasse vorliegt. Durch diese Art der Betrachtung kann besser verdeutlicht werden, wie stark der Justizvollzug der beteiligten 12 Länder insgesamt durch bestimmte Substanzen belastet ist.

**Tabelle 3: Gesamtüberblick nach Substanzen (Bezugsgröße: alle Gefangenen am Stichtag 31.03.2018)**

Gesamtüberblick nach Substanzen (Bezugsgröße: Gesamtbestand 12 Länder)									
Hauptsubstanz	Substanz-abhängigkeit			Substanz-missbrauch			Gesamtbelastung (Abhängigkeit + Missbrauch)		
	n	%	min/max	n	%	min/max	n	%	min/max
Alkohol	2.365	6%	2 – 16 %	1.713	4%	1 – 8 %	4.078	10%	4 – 19 %
Opioid	2.299	5%	0 – 11 %	297	1%	0 – 1 %	2.596	6%	1 – 12 %
Cannabinoide	1.496	4%	2 – 9 %	2.667	6%	1 – 8 %	4.163	10%	6 – 16 %
Sedativa oder Hypnotika	140	0%	0 – 1 %	106	0%	0 – 1 %	246	1%	0 – 1 %
Kokain	510	1%	0 – 3 %	534	1%	0 – 2 %	1.044	2%	0 – 5 %
andere Stimulanzien	812	2%	0 – 13 %	474	1%	0 – 3 %	1.286	3%	0 – 14 %
Halluzinogene	31	0%	0 – 0 %	35	0%	0 – 0 %	66	0%	0 – 0 %
flüchtige Lösungsmittel	1	0%	0 – 0 %	2	0%	0 – 0 %	3	0%	0 – 0 %
multipler Substanzgebrauch / sonst. psychotr. Substanzen	3.714	9%	0 – 18 %	1.304	3%	0 – 7 %	5.018	12%	0 – 20 %
<b>Gesamtbestand 12 Länder</b>	<b>41.896</b>	<b>27%</b>		<b>41.896</b>	<b>17%</b>		<b>41.896</b>	<b>44%</b>	<b>25 – 64 %</b>

Die Stichtagsauswertung zeigt, dass bei insgesamt 44 % der Gefangenen von einer Suchtproblematik auszugehen ist. Diese Gesamtbelastung variiert zwischen den Ländern zwischen 25 % (Minimum) und 64 % (Maximum). Bei männlichen Gefangenen liegt der Anteil belasteter bei 44 %, bei weiblichen bei 39 % (vgl. Tabelle 7). Bei insgesamt 27 % der Inhaftierten wurde eine Suchtmittelabhängigkeit und bei 17 % der 41.896 Inhaftierten ein Missbrauch von Suchtmitteln festgestellt.

Zusammenfassend ist in dieser bundeseinheitlichen Erhebung festzustellen, dass am häufigsten die Substanzklasse *multipler Substanzgebrauch* vorkommt. Von den 41.896 erfassten Gefangenen weisen 12 % eine Problematik mit Stoffen dieser Substanzklasse auf (Abhängigkeit oder Missbrauch). Auf Platz zwei der am häufigsten konsumierten Hauptsubstanzen wird die Gruppe der *Cannabinoide* angeführt. Etwa 10 % aller erfassten Gefangenen erfüllten zum Zeitpunkt der Aufnahme in den Vollzug die Kriterien für eine Suchtproblematik in Bezug auf diese Substanzklasse. Gleich häufig, mit ebenfalls 10 %, ist eine Belastung durch *Alkohol* zu verzeichnen. Für *Alkohol* und *Cannabinoide* ist festzustellen, dass es kein Land gibt, in dem die untergebrachten Gefangenen nicht durch diese Substanzen belastet sind (Minimum jeweils 2 %, vgl. Tabelle 3). Eine Abhängigkeit, in selteneren Fällen auch ein missbräuchlicher Konsum von *Opioiden*, wird bei 6 % aller 41.896 Gefangenen zum Zeitpunkt des Haftantritts festgestellt. Die Hauptsubstanz

*Kokain* wird von 2 % der erfassten Gefangenen konsumiert. Ein problematisches Konsumverhalten in Bezug auf andere Substanzklassen wird in der bundeseinheitlichen Erhebung im Justizvollzug nur vergleichsweise selten festgestellt. Bei der Stoffgruppe der *anderen Stimulanzien* zeigen sich nicht unerhebliche Differenzen zwischen den Ländern (Minimum = 0 %; Maximum = 14 %). Bei den im Justizvollzug untergebrachten Personen sind insgesamt in nur sehr geringem Umfang die Substanzen *Halluzinogene*, *flüchtige Lösungsmittel* und *Sedativa/Hypnotika* zu verzeichnen.

Bei Gefangenen sind am häufigsten die Substanzklassen *multipler Substanzgebrauch*, *Alkohol* und *Cannabinoide* als Hauptsubstanzen zu verzeichnen. Große Unterschiede zwischen den Ländern finden sich bezüglich der Substanzklasse *andere Stimulanzien*. Dies könnte darauf hindeuten, dass es Bundesländer gibt, die möglicherweise stärker als andere Bundesländer durch z. B. Crystal Meth belastet sind<sup>13</sup>. Anzunehmen ist, dass die unterschiedliche Verteilung in Bezug auf *Alkohol*<sup>14</sup> und *Opioid*e regional bedingt ist (z. B. Stadtstaat vs. Flächenland). Die regionalen Unterschiede können aber hier nicht abschließend geprüft werden.

### 6.3 Ergebnisse zur Substitution

Im Rahmen der bundeseinheitlichen Erhebung wird die Anzahl der am Stichtag substituierten Gefangenen erfasst. Um konkretere Aussagen über den Anteil substituierter Gefangener tätigen zu können, wurde eine Substitutionsquote berechnet. Als Bezugsgröße wurde hierzu die Anzahl aller Gefangenen herangezogen, bei denen eine Abhängigkeit von Suchtmitteln aus der Substanzklasse der *Opioid*e oder eine Abhängigkeit mit *multiplen Substanzgebrauch* festgestellt wurde. Dieses Vorgehen führt tendenziell zu einer Unterschätzung der tatsächlichen Substitutionsquote, da in der Kategorie *multipler Substanzgebrauch* auch Personen einbezogen werden, die möglicherweise keine Substanz entsprechend der Substitutionsrichtlinien konsumieren (z. B. Abhängigkeit von *Alkohol*, *Stimulanzien* und *Cannabinoide*n, vgl. Bundesärztekammer, 2017). An dieser Stelle wäre es jedoch ungenau, die Kategorie des *multiplen Substanzgebrauchs* nicht in die Berechnung der Quote einzubeziehen, da sich hierunter ebenfalls Gefangene befinden können, welche opioidabhängig sind. Eine Bezifferung der Größenordnung ist allerdings nicht möglich.

Neben der Feststellung einer *Opioidabhängigkeit* (gemäß ICD) sind des Weiteren mögliche Kontraindikationen sowie die jeweils individuelle Situation des Patienten für die Indikationsstellung einer Substitutionsbehandlung maßgeblich. In den Richtlinien der Bundesärztekammer sind die Voraussetzungen für die Einleitung und Fortführung einer substituionsgestützten Behandlung wie folgt formuliert:

*„Für die Entscheidung, ob eine Substitutionsbehandlung indiziert ist, ist der Nutzen einer Substitutionsbehandlung gegenüber den Gefahren eines unkontrollierten Drogenkonsums abzuwägen. In begründeten Fällen kann eine Substitutionsbehandlung auch bei derzeit nicht konsumierenden opioidabhängigen Patienten – z. B. Inhaftierte mit hohem Rückfall- und Mortalitätsrisiko – eingeleitet werden. Bei schweren Verläufen kann eine Behandlung mit Diamorphin indiziert sein. Hierfür gelten die besonderen Voraussetzungen nach § 5a Absatz 1 bis 4 BtMVV.“*

*Für die individuelle Indikationsstellung und Einleitung einer substituionsgestützten Behandlung sind die Besonderheiten des Patienten zu berücksichtigen. Besondere Sorgfalt bei der Indikationsstellung ist bei Jugendlichen und Heranwachsenden sowie bei erst kürzer abhängigen Patienten geboten und in der Behandlungsdokumentation zu begründen. Eine psychosoziale Betreuung sollte bei dieser Zielgruppe regelhaft mit einbezogen werden.“*

Aufgrund dieser Voraussetzungen und der Tatsache, dass es weitere Gründe geben kann, dass ein *opioidabhängiger* Gefangener nicht substituiert wird (z. B. möchte die/der Gefangene nicht in Haft substituiert werden, die Substitutionsbehandlung wurde erfolgreich beendet, die/der Gefangene ist abstinent etc.), kann eine Soll-Größe von 100 % substituierter Gefangener nicht angenommen werden. Über die Gründe, warum eine Substitutionsbehandlung ggf. nicht erfolgt, können mit den vorliegenden Daten jedoch keine Aussagen getätigt werden.

---

<sup>13</sup> Die ICD-10 ermöglicht keine Differenzierung innerhalb bestimmter Substanzklassen, so dass hier nur die grobe Kategorie der *anderen Stimulanzien* beschrieben werden kann (siehe Kapitel 5: Limitationen).

<sup>14</sup> Vgl. Deutsches Krebsforschungszentrum (2017: 3).

Des Weiteren gilt es methodische Einschränkungen zu beachten. Die hier vorgenommene Berechnung der Substitutionsquote wird auf Basis zweier unabhängiger, aggregierter Datensätze vorgenommen. Eine fallbezogene Dokumentation, ob bei *Opioidabhängigkeit* eine Substitution erfolgt, findet im Rahmen der bundeseinheitlichen Erhebung nicht statt. So kann zwar davon ausgegangen werden, dass sich der Anteil der Substituierten auf die entsprechende Zielgruppe bezieht (vgl. Tabelle 4); überprüft werden kann dies jedoch nicht. Zudem werden die der Quote zugrundeliegenden Angaben in einigen Ländern durch unterschiedliche Fachdienste ermittelt (vgl. Kapitel 4). Beispielsweise kann eine Konsumeinschätzung des Sozialdienstes vorliegen, welche zur Berechnung der Substitutionsquote den Angaben des medizinischen Dienstes zur Substitutionsbehandlung gegenübergestellt wird.

Am Stichtag 31.03.2018 befanden sich in den 12 Bundesländern insgesamt 6.013 Gefangene (5.530 männliche und 483 weibliche) im Justizvollzug, die bei Haftantritt die Kriterien der Substanzabhängigkeit erfüllten und als Hauptsubstanz entweder *Opioid* oder *multiple Substanzen* konsumierten. Zu diesem Zeitpunkt wurden 1.440 Inhaftierte (1.181 männliche und 259 weibliche) substituiert. Dies entspricht einer Substitutionsquote von insgesamt 23,9 % (vgl. Tabelle 4).

**Tabelle 4: Substitutionsquote nach Geschlechtern**

Substitutionsquote – Bezugsgröße: Abhängigkeit von Opioiden + multiple Substanzen						
	insgesamt	Hauptsubstanz		Substitution		
		Opioid	multipler Substanzgebrauch / Konsum sonst. psychotroper Substanzen	Substituierte (Anzahl)	Substitutionsquote (Substituierte/insgesamt)	Substitutionsquote Min – Max
insgesamt	6.013	2.299	3.714	1.440	23,9 %	7 – 96 %
männlich	5.530	2.088	3.442	1.181	21,4 %	7 – 95 %
weiblich	483	211	272	259	53,6 %	0 – 200 %

Von den männlichen Gefangenen, die aufgrund ihrer Abhängigkeitserkrankung theoretisch für eine Substitutionsbehandlung in Frage kommen könnten, wurden am Stichtag 31.08.2018 21,4 % substituiert. Von den weiblichen Gefangenen, bei denen eine *Opioidabhängigkeit* oder eine Abhängigkeit mit *multiplen Substanzgebrauch* festgestellt wurde, wurden am Stichtag 53,6 % substituiert.

Wie an den großen Spannweiten – sowohl bei männlichen als auch bei den weiblichen Gefangenen – zu erkennen, zeigen sich hier Unterschiede zwischen den Ländern. Bezüglich der Minimum-Werte ist anzumerken, dass geringe Substitutionsquoten insbesondere im Jugendvollzug (Untersuchungs- und Strafhft) zu verzeichnen sind. Wie bereits ausgeführt, ist gemäß der Richtlinie der Bundesärztekammer bei jungen Menschen besondere Sorgfalt bei der Indikationsstellung zur Substitutionsbehandlung geboten (vgl. Bundesärztekammer, 2017: 7), sodass sich die geringen Quoten auch durch diese Vorgabe erklären lassen. Des Weiteren sind extreme Maximum-Werte über 100 % (wie bei den weiblichen Gefangenen) zu verzeichnen, die durch zum Teil sehr kleine Fallzahlen in der Bezugsgröße zu erklären sind. Frauen stellen insgesamt bereits eine kleine Vollzugsgruppe dar (ca. 6 % aller Gefangenen in Deutschland, vgl. Statistisches Bundesamt, 2018, eigene Berechnungen) und zuletzt bewegten sich die absoluten Zahlen in den Ländern am Stichtag zwischen 5 und 758 inhaftierte Frauen (vgl. Statistisches Bundesamt, 2018: 12). Gerade bei dieser Vollzugsgruppe und durch weitere Untergruppenbetrachtungen (vor allem in bestimmten Ländern) ergeben sich sehr kleine Fallzahlen. So gab es Länder, in denen sich bspw. am Stichtag eine Frau im Vollzug befand, bei der eine Substanzabhängigkeit in Bezug auf *Opioid* oder *multiplen Substanzgebrauch* festgestellt wurde (Bezugsgröße für die Berechnung), jedoch für zwei Frauen dokumentiert war, dass sie sich am Stichtag in einer Substitutionsbehandlung befanden.

## 7 Zusammenfassende Einordnung der Ergebnisse

Der in der bundeseinheitlichen Erhebung ermittelte Anteil suchtmittelbelasteter Gefangener – insgesamt 44 % – deckt sich in etwa mit den Ergebnissen, die in kleineren Untersuchungen im Justizkontext zu verschiedenen Zeiten und in verschiedenen Bundesländern durchgeführt wurden. In diesen wurde berichtet, dass circa 50 % bis 60 % der Gefangenen vor Haftantritt Suchtmittel konsumiert haben (u. a. Wirth, 2002; Häßler & Suhling, 2017). Kleine Untersuchungen sind jedoch nicht repräsentativ für einen bundesweiten Kontext. Dafür eignen sich nur Studien, die auf Repräsentativität ausgelegt sind und dies durch ein fundiertes Stichprobendesign<sup>15</sup> erreicht haben. Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse zur Suchtproblematik von im Justizvollzug unterbrachten Personen daher Ergebnissen aus zwei repräsentativen Studien zur Suchtmittelbelastung der Allgemeinbevölkerung gegenübergestellt.

Der Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung erweist sich aufgrund mehrerer Aspekte als schwierig. Repräsentative Bevölkerungsbefragung wie das „Epidemiologische Suchtsurvey“ des IFT München (Gomes de Matos et al., 2016) oder die „Drogenaffinitätsstudie“ der BZgA (Orth, 2016) liefern dafür zwar gute Hinweise, unterliegen aber zugleich auch den allgemeinen Einschränkungen solcher Befragungen für den Suchtbereich<sup>16</sup>: Als für diese Studie besonders relevant gilt die Einschränkung, dass durch repräsentative Bevölkerungsumfragen insbesondere z. B. obdachlose Menschen (da keine Postanschrift) oder Zuwanderer und Migranten (da bspw. die Deutschkenntnisse nicht ausreichen) nicht gut erreicht werden können und unterrepräsentiert sind. Zudem beziehen sich die Studien auf die Substanz Cannabis, während sich die bundeseinheitliche Erhebung der allgemeineren Kategorie der *Cannabinoide* bedient, die u. a. auch synthetische Cannabinoide (Szenename: „Spice“) beinhaltet. Dies gilt gleichermaßen für die in der bundeseinheitlichen Erhebung verwendete Substanzklasse der *Opioide*, die als eine übergeordnete Kategorie auch Opiate enthält. Die letztgenannte Subkategorie wird jedoch in den hier einbezogenen Studien zur Allgemeinbevölkerung verwendet, wodurch z. B. synthetische Opiode wie Fenthanylderivate nicht einbezogen werden. Dennoch soll hier ein solcher Vergleich gewagt werden, um die Befunde zur Suchtproblematik bei Gefangenen (vorsichtig) einordnen zu können<sup>17</sup>.

### 7.1 Suchtproblematik innerhalb und außerhalb des Vollzuges

In der Allgemeinbevölkerung wird seit Jahren ein steigender Trend in Bezug auf einen multiplen bzw. polytoxikomanen Konsum festgestellt (Stöver, 2012; Brecht et al., 2008). Auch in der bundeseinheitlichen Erhebung ist zu erkennen, dass die Kategorie des *multiplen Substanzgebrauchs* am häufigsten zu verzeichnen ist: Von den 41.896 erfassten Gefangenen weisen 12 % eine Belastung in dieser Substanzklasse auf (Abhängigkeit oder Missbrauch, vgl. Tabelle 3).

Jeder dritte Jugendliche hat in seinem Leben schon einmal Cannabis konsumiert (Orth, 2016). Cannabis ist die Substanz, die unter Jugendlichen (neben Alkohol) am weitesten verbreitet ist (Drogenbeauftragte, 2018). Es zeigte sich, dass insbesondere Jugendliche mit geringer Bildung bzw. in Arbeitslosigkeit oder mit Migrationshintergrund im Vergleich zu anderen Jugendlichen häufiger einen Konsum von Cannabis in den letzten 12 Monaten berichteten (Orth, 2016). Es gibt auch aus anderen Untersuchungen Hinweise darauf, dass ein spezielles synthetisches Cannabinoid (Szenename: „Spice“) im Jugend- und Erwachsenenvollzug eine wesentlich bedeutendere Rolle spielt als in der Allgemeinbevölkerung (EMCDDA, 2018a). Dazu liegen aber noch keine abgesicherten Ergebnisse vor. Dadurch, dass in der bundeseinheitlichen Erhebung nur die Substanzklasse *Cannabinoide* ohne weitere Ausdifferenzierung der einzelnen Substanzen erfasst wird, lässt sich anhand der vorliegenden Daten hierzu keine Aussage treffen. Jedoch zeigt sich mit Hilfe der ermittelten Daten, dass die im Justizvollzug untergebrachten Personen neben dem *multiplen Substanzgebrauch* häufig *Cannabinoide* konsumierten (Substanzabhängigkeit oder -

<sup>15</sup> Eine Stichprobe gilt als repräsentativ, wenn deren Ziehung auf einer Zufallsauswahl basiert. Um die Güte einer Untersuchung beurteilen zu können, sind detaillierte Informationen über die Grundgesamtheit, den Ziehungsprozess, Ausfälle und die eingesetzten Instrumente erforderlich (vgl. Schnell, Hill & Esser, 1995: 287)

Die Stichprobe des Epidemiologischen Suchtsurveys (Gomes de Matos et al., 2016: 272) wurde auf Basis eines zweistufigen zufälligen Auswahlverfahrens gezogen.

In der Drogenaffinitätsstudie (Orth, 2016: 16f.) kam die Dual-Frame-Methode, d. h. die Ziehung aus zwei Auswahlrahmen, die die Population abdecken, zum Einsatz.

<sup>16</sup> Einen Einblick in diese Schwierigkeiten gibt Uhl (2009).

<sup>17</sup> Generell problematisch bei einem Vergleich von verschiedenen Studien sind unterschiedliche Erfassungsmodalitäten, Erfassungszeitpunkte bzw. der Mangel an standardisierten Erfassungen.

missbrauch): bei etwa 10 % aller erfassten Gefangenen wurde als Hauptsubstanz eine Suchtmittel aus der Gruppe der *Cannabinoide* dokumentiert (vgl. Tabelle 3). Dabei ist bei den meisten Gefangenen ein schädlicher Gebrauch von Substanzen dieser Substanzklasse festzustellen. Im Jugendstrafvollzug wurde im Vergleich zum Erwachsenenstrafvollzug wesentlich häufiger ein missbräuchlicher *Cannabinoidkonsum* festgestellt.

Das Epidemiologische Suchtsurvey (2015) weist für 19,0 % der Befragten in der Allgemeinbevölkerung einen „klinisch relevanten Konsum“ von Alkohol aus (vgl. Gomes de Matos et al., 2016: 277). Unter „klinisch relevantem Konsum“ wird in Bezug auf Alkohol ein Cut-Off-Wert von acht von maximal 40 zu erreichenden Punkten im Screening-Verfahren zur Entdeckung alkoholbezogener Störungen (AUDIT-Screening nach Babor et al., 2010) verstanden. Für illegale Drogen wurde der Cut-off-Wert zwei von maximal fünf zu erreichenden Punkten in der Severity of Dependence Scale (SDS) (nach Gossop et al., 1995) gewählt (vgl. Gomes de Matos et al., 2016: 273). Aus der bundeseinheitlichen Erhebung geht hervor, dass etwa 6 % der Gefangenen ein Suchtproblem in Bezug auf *Alkohol* aufweisen (vgl. Tabelle 3). Mit einer Differenz von 13 Prozentpunkten fällt dieser Anteil somit insgesamt geringer aus als in der Allgemeinbevölkerung, auch wenn diese Zahlen aufgrund der unterschiedlichen Erfassungsmethoden nur mit Vorsicht zu vergleichen sind. Der problematische Konsum von *Alkohol* könnte demnach entweder für Gefangene eine weniger bedeutende Rolle spielen als für Personen in der Allgemeinbevölkerung oder könnte hinter den Problemen, die andere Substanzen verursachen können, zurücktreten. Dies könnte auch dadurch erklärbar sein, dass in der bundeseinheitlichen Erhebung nur die Hauptsubstanz erfasst wird und problematische Alkoholkonsumenten sich ebenfalls in der Kategorie des *multiplen Substanzkonsums* verbergen können.

Vor 2015 orientierte sich das Epidemiologische Suchtsurvey an den Kriterien des DSM-IV und weist so eine bessere Vergleichbarkeit mit den hier verwendeten ICD-10 Kriterien auf. Dort findet sich ein Anteil von 3,7 % der 18- bis 59-Jährigen, die von Alkohol abhängig sind (nach DSM-IV-Kriterien, vgl. Kraus et al., 2014: 8). Im Vergleich dazu kann für rund 6 % der im Justizvollzug untergebrachten Personen eine Alkoholabhängigkeit festgestellt werden (vgl. Tabelle 3). Je nachdem welche Kriterien zum Vergleich herangezogen werden, sind Gefangene entweder weniger durch problematischen Alkoholkonsum belastet (vgl. Gomes de Matos et al., 2016: 277) oder in Bezug auf eine Alkoholabhängigkeit höher belastet als Personen in der Allgemeinbevölkerung (vgl. Kraus et al., 2014: 8).

Aus dem Epidemiologischen Suchtsurvey (2015) geht des Weiteren hervor, dass 0,3 % der Erwachsenen in der Allgemeinbevölkerung in den letzten 12 Monaten Opiate konsumiert haben (vgl. Gomes de Matos et al., 2016: 275). Dem gegenüber wird bei 6 % der Gefangenen eine Abhängigkeit oder in selteneren Fällen auch ein schädlicher Gebrauch von *Opioiden* festgestellt (vgl. Tabelle 3). Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung weisen Gefangene somit häufiger ein Suchtproblem in Bezug auf *Opioide* auf.

Für die Allgemeinbevölkerung zeigt das Epidemiologische Suchtsurvey (2015), dass die 12-Monats-Prävalenz der befragten Erwachsenen für Kokain bei 0,6 % liegt (vgl. Gomes de Matos et al., 2016: 275). Bei den erfassten Gefangenen wird ein Suchtproblem (Abhängigkeit oder Missbrauch) in Bezug auf *Kokain* bei 2 % festgestellt (vgl. Tabelle 3). Weitere Vergleiche in Bezug auf einen „klinisch relevanten Konsum“ des Epidemiologischen Suchtsurveys (2015) sind Tabelle 5 zu entnehmen.

In Bezug auf **Geschlechterunterschiede** zeigt sich in der Allgemeinbevölkerung, dass (erwachsene) Frauen, außer in den Substanzklassen Amphetamine/Methamphetamine und Medikamente, geringer belastet sind als Männer (Gomes de Matos et al., 2016: 277; für Jugendliche: Orth, 2016: 60). Auch inhaftierte Frauen weisen im Vergleich zu inhaftierten Männern insgesamt etwas seltener eine Suchtproblematik auf. Im Vergleich zu den männlichen Gefangenen kamen bei weiblichen Gefangenen jedoch folgende Substanzklassen häufiger als Hauptsubstanz vor:

- *Sedativa/Hypnotika* (1 % der Männer vs. 2 % der Frauen),
- *Opioide* (13 % der Männer vs. 28 % der Frauen),
- *multiplen Substanzgebrauchs* (27 % der Männer vs. 38 % der Frauen).

Insofern spiegelt diese Erhebung in Bezug auf die Geschlechterunterschiede die Verhältnisse außerhalb des Vollzuges wider<sup>18</sup>.

---

<sup>18</sup> Auch aus der deutsche Suchthilfestatistik (Dauber et al., 2018) geht hervor, dass Männer wesentlich höhere Anteile bei allen Hauptdiagnosen aufweisen als Frauen. Eine Ausnahme bilden Hauptdiagnosen in Bezug auf Sedativa/Hypnotika (und Essstörung) (Dauber et al., 2018: 15).

### 7.1.1 Erwachsene

Das Epidemiologischen Suchtsurvey (2015) erfasst u. a. den „klinisch relevanten“ Substanzkonsum der Bevölkerung zwischen dem 18. und 64. Lebensjahr (Definition s. o.). Unterschieden wird zwischen Alkoholkonsum und „mindestens einer illegalen Droge“, hier Cannabis, Kokain und/oder Amphetamine. Um die Befunde für die Gruppe „Erwachsene“ (hier: ab 21 Jahre) vergleichen zu können, wurden im Folgenden alle Haftarten außer die „Untersuchungshaft unter 21 Jahre“ und „Jugendstrafvollzug“ betrachtet. Um die Angaben vergleichen zu können, wurden wie im Epidemiologischen Suchtsurvey nur die Fälle ausgewählt, bei denen eine Abhängigkeit von Kokain, Cannabis oder anderen Stimulanzien festgestellt wurde.

**Tabelle 5: Vergleich der Substanzabhängigkeit erwachsener Gefangener mit der Allgemeinbevölkerung („klinisch relevanter Konsum“) (Angaben in Prozent)**

	Bundeseinheitliche Erhebung zur Suchtproblematik im Justizvollzug			Epidemiologisches Suchtsurvey <sup>19</sup>		
	insgesamt (n=38.131)	männlich (n=36.062)	weiblich (n=2.069)	insgesamt (n=9.204)	männlich	weiblich
Mindestens eine illegale Droge (Cannabis, Kokain und Amphetamine)	6,2	6,4	2,8	1,4	1,7	1,1
Cannabis	3,0	3,1	1,2	1,2	1,4	1,0
Kokain	1,3	1,3	0,4	0,2	0,2	0,1
Alkohol	5,9	6,1	3,0	19,0	28,3	9,6

In der Allgemeinbevölkerung gab es für 19 % der Erwachsenen Hinweise auf einen „klinisch relevanten“ Alkoholkonsum. Für die Gefangenen wurde bei rund 6 % eine *Alkoholabhängigkeit* festgestellt. Für einen „klinisch relevanten“ Konsum mindestens einer (anderen) Droge gab es bei 1,4 % der erwachsenen Allgemeinbevölkerung Hinweise (Gomes de Matos et al., 2016). Für die Gefangenen wurde ermittelt, dass 6,2 % zum Zeitpunkt des Haftantritts die Kriterien der Abhängigkeit von *Cannabinoiden*, *Kokain* oder *anderen Stimulanzien* erfüllten. Auch die Abhängigkeit von *Cannabinoiden* wird wesentlich häufiger in der bundeseinheitlichen Erhebung berichtet als im Epidemiologischen Suchtsurvey (3 % der Gefangenen versus 1,2 % in der Allgemeinbevölkerung). Dies gilt ebenfalls für eine Abhängigkeit in Bezug auf *Kokain*. Zusammenfassend zeigt sich für die erwachsenen Inhaftierten eine anteilig deutlich höhere Belastung durch illegale Drogen als in der Allgemeinbevölkerung.

### 7.1.2 Jugendliche und Heranwachsende

Die Drogenaffinitätsstudie (Orth, 2016) ist eine repräsentative Befragung von 12- bis 17-jährigen und 18- bis 25-jährigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Für die folgende Gegenüberstellung wird ausschließlich die letztgenannte Gruppe der jungen Erwachsenen berücksichtigt. Um die Befunde dieser Altersgruppe mit den Ergebnissen der bundeseinheitlichen Erhebungen vergleichen zu können, werden im Folgenden ausschließlich die Haftarten „Untersuchungshaft unter 21 Jahren“ und „Jugendstrafvollzug“ betrachtet.

Dieser Vergleich ist mit Vorsicht zu interpretieren, weil die Alterskategorien nicht exakt deckungsgleich mit der bundeseinheitlichen Erhebung sind. Die bundeseinheitliche Erhebung bildet den kompletten Jugendstrafvollzug ab, wo Personen im Alter zwischen 14 und 21 Jahren bzw. Personen, die das 24. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, untergebracht werden. Eine länderübergreifende Betrachtung des Jugendstrafvollzuges in 14 Bundesländern konnte jedoch aufzeigen, dass die Mehrheit der inhaftierten Jugendstrafgefangenen im Vollzug zwischen 18 und 25 Jahren alt ist. Nur etwa 10 % der der Gefangenen sind jünger als 18 Jahre (Pauli et al., 2019), sodass eine Gegenüberstellung vertretbar erscheint.

In der Drogenaffinitätsstudie wird „regelmäßiger Konsum“ definiert als ein mindestens wöchentlicher Konsum in den letzten 12 Monaten. Aufgrund dieser nicht näher spezifizierten Definition werden daher ausschließlich die Befunde zum Substanzmissbrauch (ICD-10 „Schädlicher Gebrauch“) aus der bundeseinheitlichen Erhebung gegenübergestellt.

<sup>19</sup> Gomes de Matos et al., 2016: 277.



**Tabelle 6: Vergleich des Suchtmittelmissbrauchs Jugendstrafgefangener mit der Allgemeinbevölkerung (18- bis 25-Jährige, Konsum in den letzten 12 Monaten) (Angaben in Prozent)**

	Bundeseinheitliche Erhebung zur Suchtproblematik im Justizvollzug (Jugendstrafvollzug und U-Haft unter 21 Jahren)			Drogenaffinitätsstudie <sup>20</sup>		
	insgesamt (n=3.765)	männlich (n=3.637)	weiblich (n=128)	insgesamt (n=7.004)	männlich	weiblich
Mindestens eine illegale Droge <sup>21</sup>	6,7	6,6	10,2	0,5	0,8	0,3
Cannabis	15,0	15,3	7,8	3,8	4,8	2,7
Alkohol	3,8	3,8	3,9	33,6	46,6	19,9

Aus der Drogenaffinitätsstudie geht hervor, dass 33,6 % der jungen Erwachsenen über 18 Jahren regelmäßig Alkohol konsumieren. In der bundeseinheitlichen Erhebung ergibt sich für 3,8 % der 3.765 einbezogenen Jugendstrafgefangenen einen Hinweis auf *Alkoholmissbrauch*. Anzeichen für einen regelmäßigen Konsum (mind. 10-mal in den letzten 12 Monaten) in Bezug auf (andere) Drogen außer Alkohol oder Cannabis finden sich bei 0,5 % der volljährigen jungen Erwachsenen in der Allgemeinbevölkerung. In der bundeseinheitlichen Erhebung wird für 6,7 % der inhaftierten Jugendstrafgefangenen ein missbräuchlicher Konsum von anderen Drogen außer *Cannabis* oder *Alkohol* angegeben. Cannabis wurde von 3,8 % der jungen Erwachsenen in der Allgemeinbevölkerung regelmäßig konsumiert. Bei den inhaftierten Jugendstrafgefangenen erfüllten 15 % die Kriterien des Substanzmissbrauches für *Cannabinoide*. Insgesamt wiederholt sich der Trend, der sich bereits bei den älteren Erwachsenen abzeichnete: Im Justizvollzug untergebrachte Personen weisen eine höhere Suchtproblematik im Bereich der psychotropen Substanzen auf als vergleichbare Gruppen in der Allgemeinbevölkerung. Bezüglich des Konsums von *Alkohol* zeigt sich hingegen, dass Gefangene seltener einen problematischen Konsum von *Alkohol* aufweisen als die Allgemeinbevölkerung.

## 7.2 Substitution innerhalb und außerhalb des Vollzuges

Wie unter Kapitel 6.3 beschrieben, ergeben sich aus der bundeseinheitlichen Erhebung Hinweise auf eine Substitutionsquote von (mindestens) 23,9 %. Wie bereits erläutert, ist eher von einer Unterschätzung auszugehen, da sich in der Bezugsgröße eine nicht bezifferbare Anzahl von Personen befindet, die Substanzen konsumiert, bei denen eine Substitutionsbehandlung nicht indiziert ist. Die Ausklammerung der Kategorie „*Multipler Substanzgebrauch*“ war aufgrund des zu verzeichnenden Anteils bei Substanzabhängigkeit jedoch auch nicht vertretbar. Gleichzeitig muss nochmals darauf hingewiesen werden, dass, obwohl eine Substitutionsbehandlung für die Mehrheit der Patienten die Therapie der Wahl darstellt, aus den genannten Gründen (individuellen Situation des Opioidabhängigen, erforderliche medizinische Indikation, keine Zwangsbehandlung etc.) eine Soll-Größe von 100%-Substitution nicht angestrebt werden kann.

Aufgrund der vorgenommenen Berechnung (Berücksichtigung der Kategorie „*Multipler Substanzgebrauch*“) können die hier ermittelten Quoten auch nicht direkt der Substitutionsquote der Allgemeinbevölkerung in Deutschland<sup>22</sup> gegenübergestellt werden, da sich die Substitutionsquote der Allgemeinbevölkerung ausschließlich auf die Gruppe „*Hochrisiko-Opioidkonsumenten*“ bezieht (Substitutionsquote von circa 51 % der Hochrisiko-Opioidkonsumenten, vgl. EMCDDA, 2018b: 66).

Um die Ziele der substitutionsgestützten Behandlung erreichen zu können, ist die Kontinuität einer solchen Behandlung von besonderer Wichtigkeit für Gefangene (vgl. Bundesärztekammer, 2017: 8). Eine (erneute) Vergabe bei Haftentlassung kann neben weiteren nachgewiesenen Vorteilen, wie z.B. seltener Rückfall in kriminelles Verhalten und Aufrechterhaltung der körperlichen und psychosozialen Gesundheit (vgl. Häföler & Maiwald, 2018)<sup>23</sup>, auch das Mortalitätsrisiko durch Überdosis senken (vgl. Bundesärztekammer, 2017: 7; Heinemann et al., 2002).

<sup>20</sup> Orth, 2016: 89, 85, 78.

<sup>21</sup> Um die Angaben vergleichen zu können, wurden wie in der Drogenaffinitätsstudie („regelmäßiger Konsum“) nur die Fälle ausgewählt, die illegalen Drogen außer Cannabinoiden vor Haftantritt missbräuchlich konsumiert haben.

<sup>22</sup> Diese Quote beinhaltet auch die Zahlen des Justizvollzuges.

<sup>23</sup> Weitere Ausführungen dazu z. B. bei Häföler & Maiwald (2018).

## 8 Fazit

Die hier vorgestellten Ergebnisse geben Auskunft über den Anteil derjenigen Gefangenen, die mit einem Suchtmittelproblem in den Vollzug kommen und am 31.03.2018 in einer Justizvollzugsanstalt der betrachteten Länder untergebracht waren. Diese Zahlen geben zum einen Hinweise für die Steuerung suchtspezifischer Angebote und zum anderen ist es durch die genauere Differenzierung nach Vollzugsformen, Haftarten und Geschlechtern möglich einen spezifischen Behandlungs- und Betreuungsbedarf zu benennen. Aber auch zur Erfüllung des gesetzlichen Auftrags des Strafvollzuges, der Befähigung des Gefangenen „künftig ein Leben in sozialer Verantwortung ohne Straftaten zu führen“ (§ 2 StVollzG), werden hier wichtige Hinweise geliefert.

So ist durch verschiedene Studien – sowohl für den Bereich des Jugend- aber auch für den Erwachsenenstrafvollzug – nachgewiesen, dass der Konsum vor der Haft ein bedeutender Risikofaktor für einen Konsum *in* Haft sein kann (näheres dazu bei Klatt & Baier, 2017 [für den Jugendstrafvollzug] und Häbeler & Suhling, 2017 [für den Erwachsenenstrafvollzug]). Dies stellt neben einem erhöhten Sicherheitsrisiko auch ein erhöhtes Gesundheitsrisiko für die im Vollzug konsumierenden Gefangenen dar (Stöver, 2012; EMCDDA, 2017: 132ff.).

So gilt es durch spezifische medizinische und therapeutische Behandlungsmaßnahmen, den Gesundheitszustand des/der Gefangenen zu stabilisieren und zu verbessern und das Überleben sicherzustellen. Gleichzeitig sollen durch begleitende Maßnahmen die Auswirkungen ggf. vorhandener körperlicher und/oder psychischer Begleiterkrankungen minimiert werden, um die gesundheitsbezogene Lebensqualität zu verbessern und eine gesellschaftliche Teilhabe – sowohl im sozialen Bereich sowie im Arbeitsleben – wieder herbeizuführen und zu fördern.

Ebenfalls sollen durch suchtbezogene Behandlungsangebote die Gefangenen dazu befähigt werden, zukünftig ein Leben in sozialer Verantwortung ohne Straftaten zu führen. Das Vorliegen einer Suchtproblematik stellt insgesamt einen bedeutenden Risikofaktor für die Rückfälligkeit nach Haftentlassung dar (Andrews & Bonta, 2010). Dies wurde auch in deutschen Studien z. B. für weibliche Gefangene festgestellt: Ein unbearbeitetes Suchtmittelproblem erwies sich nach Haftentlassung als wichtiger Rückfallfaktor (Prätor & Suhling, 2016). Auch für Jugendliche gilt, dass sich das Fortbestehen von Alkohol- oder Drogenproblemen ungünstig auf die Legalbewährung nach Haftentlassung auswirkt (Lauterbach, 2009). Die Wahrscheinlichkeit für Suchtmittelabhängige, Straftaten zu begehen, ist deutlich höher als für Personen, die kein Suchtmittelproblem haben (u. a. bei Bennett & Holloway, 2009; Gjeruldsen et al., 2004; Keene, 2005). Dies zeigt einmal mehr, dass suchtbezogene Betreuungs- und Behandlungsmaßnahmen von zentraler Bedeutung im Justizvollzug sind. Diese Untersuchung könnte somit eine Grundlage zur Planung von Personal- und Behandlungsbedarfen im Suchtbereich darstellen.

## 9 Ausblick

Den Ländern ist es erfolgreich gelungen, den Auftrag des Strafvollzuges umzusetzen und eine Erhebung zu zentralen Daten zur Suchtproblematik von Gefangenen und Verwahrten, die nach einheitlichen Kriterien erfasst werden (Konsumeinschätzung nach ICD-10-Kriterien), zu implementieren und zu pilotieren. Die Abklärung der Suchtproblematik als wesentlicher Bestandteil der individuellen Vollzugplanung wurde durch dieses bundesweite Vorhaben weiter ausdifferenziert, in dem Mitarbeitende des Vollzuges mit der Anwendung der ICD-Kriterien vertraut gemacht bzw. geschult wurden.

Auch wenn in die vorliegenden Auswertungen nicht aus allen 16 Ländern Daten einfließen konnten, so konnte mit diesem Bericht eine breite Ergebnisdarstellung präsentiert werden. Anhand erster exemplarischer Auswertungen konnte so gezeigt werden, von welcher zentraler Bedeutung die Erhebung derartiger Daten für die Ressourcenplanung, die Qualitätssicherung und -steigerung der medizinischen und therapeutischen Betreuungs- und Behandlungsarbeit sowie für die Sensibilisierung der Mitarbeitenden ist. Aus diesem Grund sollte die nun endende Pilotierung der Erhebung in eine dauerhafte jährliche Erhebung überführt werden, auch um zukünftig Entwicklungen und Veränderungen aufzeigen zu können. Hierzu ist es erforderlich, die länderübergreifende Zusammenarbeit fortzusetzen, da ein Projekt dieser Größenordnung nur durch die kontinuierliche Arbeit der länderübergreifenden Arbeitsgruppe und den regelmäßigen Austausch über inhaltliche und methodische Fragen funktionieren kann.

Der Justizvollzug ist nun in der Lage (stichtagsbezogen) umfangreiche Befunde zur Suchtproblematik von Gefangenen bereitzustellen. So kann jedes Land einzeln, aber insbesondere der gesamte deutsche Justizvollzug auf Daten zurückgreifen, die nach einheitlichen Vorgaben erhoben wurden. Durch diesen Datenbestand ist ebenfalls eine Beteiligung an der wissenschaftlichen und politischen Diskussion auf fundierter empirischer Grundlage gewährleistet.

Der Schwerpunkt der zukünftigen länderübergreifenden Zusammenarbeit wird weiterhin auf der Sicherung und stetigen Verbesserung der Datenqualität liegen. Hierzu sind weitere Standardisierungen der Erhebungsabläufe und Auswertungen notwendig. Auch die Erhebungskonzeption (Stichtagserhebung, Eingangsstatus „alte Einschätzungen“) muss regelmäßig überprüft und ggf. an aktuelle Entwicklungen und strukturellen Veränderungen angepasst werden. Eine wesentliche Aufgabe wird es sein, die für Januar 2022<sup>24</sup> angekündigten Änderungen des Internationalen Klassifikationssystems ICD-10 auf ICD-11 in die Erhebungskonzeption einzuarbeiten und die Abläufe der Erhebung in den Ländern entsprechend anzupassen.

Insbesondere muss auch die Prozessqualität weiterhin in den Blick genommen werden. Hierzu ist es erforderlich die Abläufe der Erhebung sowie die Auswertung weiter zu standardisieren und zu vereinheitlichen. Hierzu zählt beispielsweise, dass in allen Ländern die Dokumentation und die Auswertung der Daten zur Suchtproblematik elektronisch erfolgen kann und im besten Fall ein abgestimmtes und einheitliches IT-Auswertungstool genutzt werden kann.

Oberstes Ziel sollte es insbesondere sein in zukünftigen Auswertungen alle 16 Länder berücksichtigen zu können, um dem Fachpublikum sowie weiteren Adressaten umfangreiche Auswertungen zu diesem zentralen Thema für den gesamten deutschen Justizvollzug bereitstellen zu können.

---

<sup>24</sup> <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/95908/ICD-11-WHO-stellt-neuen-Diagnoseschlüssel-vor> [zuletzt aufgerufen am 29.05.2019].

## 10 Literatur

- Andrews, D.A. & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct*. 5<sup>th</sup> edition. London: Taylor & Francis.
- Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K. & Rossow, I. (2010). *Alcohol: No ordinary commodity. Research and public policy* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Bennett, T. & Holloway, K. (2009). The causal connection between drug misuse and crime. *Brit. J. Criminol.*, 49, 5, 13–531.
- Brecht, M.-L., Huang, D., Evans, E. & Hser, Y.-I. (2008). Polydrug use and implications for longitudinal research: Ten-year trajectories for heroin, cocaine, and methamphetamine users. *Drug and Alcohol Dependence*, 96, 193–201.
- Bundesärztekammer (2017). Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitions-gestützten Behandlung Opioidabhängiger. [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/RL/Substitution.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/RL/Substitution.pdf) (letzter Zugriff: 26.04.2019).
- Dauber, H., Specht, S., Künzel, J. & Braun, B. (2018). Suchthilfe in Deutschland 2017. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik. [https://www.suchthilfestatistik.de/fileadmin/user\\_upload\\_dshs/Publikationen/Jahresberichte/DSHS\\_Jahresbericht\\_2017.pdf](https://www.suchthilfestatistik.de/fileadmin/user_upload_dshs/Publikationen/Jahresberichte/DSHS_Jahresbericht_2017.pdf) (letzter Zugriff am 19.06.2019).
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2018): ICD-10-GM Version 2019, Kapitel V, Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99), Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19). Stand: 21.09.2018 <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2019/block-f10-f19.htm> (letzter Zugriff: 26.04.2019).
- Deutsches Krebsforschungszentrum (2017). Alkoholatlas Deutschland 2017- auf einen Blick. [https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/sonstVeroeffentlichungen/Alkoholatlas-Deutschland-2017\\_Auf-einen-Blick.pdf](https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/sonstVeroeffentlichungen/Alkoholatlas-Deutschland-2017_Auf-einen-Blick.pdf) (letzter Zugriff: 26.04.2019).
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2018). Drogen- und Suchtbericht. [https://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/Drogen\\_und\\_Suchtbericht/pdf/DSB-2018.pdf](https://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/Drogen_und_Suchtbericht/pdf/DSB-2018.pdf) (letzter Zugriff: 26.04.2019).
- Dilling, H. & Freyberger, H.J. (Hrsg.) (2013). Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen: nach dem Pocket Guide von J.E. Cooper. 7., überarbeitete Auflage entsprechend ICD-10-GM, Hogrefe AG.
- EMCDDA (2017). Health and social responses to drug problems. A European guide. [http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/6343/TI\\_PUBPDF\\_TD0117699ENN\\_PDFWEB\\_2017100915\\_3649.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/6343/TI_PUBPDF_TD0117699ENN_PDFWEB_2017100915_3649.pdf) (letzter Zugriff: 26.04.2019).
- EMCDDA (2018a). New psychoactive substances in prison. Results from an EMCDDA trendspotter study. <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/8869/nps-in-prison.pdf> (letzter Zugriff: 26.04.2019).
- EMCDDA (2018b). Europäischer Drogenbericht 2018: Trends und Entwicklungen. Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg. [http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/8585/20181816\\_TDAT18001DEN\\_PDF.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/8585/20181816_TDAT18001DEN_PDF.pdf) (letzter Zugriff: 07.05.2019).
- Gjeruldsen, S. R., Myrvang, B. & Opjordsmoen, S. (2004). Criminality in drug addicts: A follow-up Study over 25 years. *European Addiction Research*, 10, 49–55.
- Gomes de Matos, E., Atzendorf, J., Kraus, L. & Piontek, D. (2016). Substanzkonsum in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2015. *Sucht*, 62, 5, 271–281.

- Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W. & Strang, J. (1995). The Severity of Dependence Scale (SDS): Psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction*, 90, 607–614.
- Häßler, U. & Maiwald, T. (2018). Drogenabhängige Gefangene. In B. Maelicke & S. Suhling (Hrsg.), *Das Gefängnis auf dem Prüfstand. Zustand und Zukunft des Strafvollzugs*. Wiesbaden: Springer.
- Häßler, U. & Suhling, S. (2017). Wer nimmt denn im Gefängnis Drogen? Prävalenzen und individuelle Prädiktoren des Suchtmittelkonsums im Justizvollzug. *Bewährungshilfe*, 1, 17–33.
- Heinemann, A., Kappos-Baxmann, I. & Püschel, K. (2002). Haftentlassung als Risikozeitraum für die Mortalität drogenabhängiger Strafgefangener. *Suchttherapie*, 3, 162-167.
- Jehle, J.-M., Albrecht, H. J., Hohmann-Fricke, S. & Tetal, C. (2014). Legalbewährung nach strafrechtlichen Sanktionen. Eine bundesweite Rückfalluntersuchung. [http://www.bmjv.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Legalbewaehrung\\_strafrechtliche\\_Sanktionen\\_Kurzbrochuere.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=7](http://www.bmjv.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Legalbewaehrung_strafrechtliche_Sanktionen_Kurzbrochuere.pdf?__blob=publicationFile&v=7) (letzter Zugriff: 26.04.2019).
- Keene, J. (2005). A case-linkage study of the relationship between drug misuse, crime, and psychosocial problems in a total criminal justice population. *Addiction Research & Theory*, 13, 5, 489–502.
- Klatt, T. & Baier, D. (2017). Prävalenzen und Prädiktoren von Drogenkonsum im Jugendstrafvollzug. *Bewährungshilfe*, 64(1), 5–16.
- Kraus, L., Pabst, A., Gomes de Matos, E. & Piontek, D. (2014). Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey Tabellenband: Trends der Prävalenz des Alkoholkonsums, episodischen Rausch-trinkens und alkoholbezogener Störungen nach Geschlecht und Alter 1995-2012. [https://www.esa-survey.de/fileadmin/user\\_upload/Literatur/Berichte/ESA\\_2012\\_Trends\\_Alkohol.pdf](https://www.esa-survey.de/fileadmin/user_upload/Literatur/Berichte/ESA_2012_Trends_Alkohol.pdf) (letzter Zugriff: 09.07.2019).
- Lauterbach, O. (2009). Jugendstrafvollzug- Soziale Integration und Delinquenz nach Entlassung aus dem Jugendstrafvollzug. *Zeitschrift für Jugendkriminalrecht und Jugendhilfe*, 1, 44-49.
- Prätor, S. & Suhling, S. (2016). Legalbewährung von Frauen – Befunde einer Untersuchung im niedersächsischen Frauenvollzug. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 3, 215-236.
- Schnell, R., Hill, P., Esser, E. (1995): *Methoden der empirischen Sozialforschung*. 5. Auflage. Oldenbourg Wissenschaftsverlag.
- Statistisches Bundesamt (2018). Bestand der Gefangenen und Verwahrten in den deutschen Justizvollzugsanstalten. [https://www.destatis.de/DE/Themen/Staat/Justiz-Rechtspflege/Publikationen/Downloads-Strafverfolgung-Strafvollzug/bestand-gefangene-verwahrte-pdf-5243201.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=6](https://www.destatis.de/DE/Themen/Staat/Justiz-Rechtspflege/Publikationen/Downloads-Strafverfolgung-Strafvollzug/bestand-gefangene-verwahrte-pdf-5243201.pdf?__blob=publicationFile&v=6) (letzter Zugriff: 26.04.2019).
- Stöver, H. (2012). Drogenabhängigkeit in Haft- Epidemiologie, Prävention und Behandlung in Totalen Institutionen. *Suchttherapie*, 13, 74–80.
- Orth, B. (2016). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. [https://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/2\\_Themen/1\\_Drogenpolitik/2\\_Initiativen/DAS\\_2015\\_Basis-Bericht\\_fin.pdf](https://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/2_Themen/1_Drogenpolitik/2_Initiativen/DAS_2015_Basis-Bericht_fin.pdf) (letzter Zugriff: 26.04.2019).
- Pauli, R., Stoll, K., Prätor, S., Lobitz, R., & Wirth, W. (2019). Schulische und berufliche Bildung im Jugendstrafvollzug. Ergebnisse einer länderübergreifenden Evaluation. *Forum Strafvollzug*, 1, 8-15.
- Uhl, A. (2009). Absurditäten in der Suchtforschung. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*. 32, 3, 19–39.
- Wirth, W. (2002). Das Drogenproblem im Justizvollzug. Zahlen und Fakten. *Bewährungshilfe*, 49, 1, 104–122.

## 11 ANHANG

Tabelle 7: Suchtproblematik differenziert nach Geschlecht

Gesamtüberblick													
Geschlecht	einbezogene Datensätze	kein Suchtmittelproblem			Substanz-abhängigkeit			Substanz-missbrauch			Gesamtbelastung (Abhängigkeit + Missbrauch)		
		N	n	%	min/max	n	%	min/max	n	%	min/max	n	%
männlich	39.699	22.059	56%	35 – 75 %	10.746	27%	13 – 50 %	6.894	17%	6 – 24 %	17.640	44%	25 – 65 %
weiblich	2.197	1.337	61%	43 – 89 %	622	28%	11 – 51 %	238	11%	0 – 24 %	860	39%	11 – 57 %
<b>Gesamt</b>	<b>41.896</b>	<b>23.396</b>	<b>56%</b>		<b>11.368</b>	<b>27%</b>		<b>7.132</b>	<b>17%</b>		<b>18.500</b>	<b>44%</b>	

Tabelle 8: Suchtproblematik differenziert nach Haftart

Gesamtüberblick nach Haftarten													
Haftart	einbezogene Datensätze	kein Suchtmittelproblem			Substanz-abhängigkeit			Substanz-missbrauch			Gesamtbelastung (Abhängigkeit + Missbrauch)		
		N	n	%	min/max	n	%	min/max	n	%	min/max	n	%
U-Haft	9.271	5.790	62%	28 – 76 %	1.926	21%	9 – 52 %	1.555	17%	2 – 26 %	3.481	38%	24 – 72 %
Freiheitsstrafe (inkl. § 89b JGG)	26.773	14.685	55%	38 – 90 %	7.782	29%	6 – 49 %	4.306	16%	4 – 21 %	12.088	45%	10 – 62 %
Ersatzfreiheitsstrafe	2.994	1.635	55%	34 – 73 %	880	29%	16 – 52 %	479	16%	0 – 26 %	1.359	45%	27 – 66 %
Jugendstrafe (inkl. § 114 JGG)	2.504	1.105	44%	17 – 98 %	671	27%	0 – 65 %	728	29%	0 – 49 %	1.399	56%	2 – 83 %
Sicherungsverwahrung	354	181	51%	21 – 100 %	109	31%	0 – 60 %	64	18%	0 – 48 %	173	49%	0 – 79 %
<b>Gesamt</b>	<b>41.896</b>	<b>23.396</b>	<b>56%</b>		<b>11.368</b>	<b>27%</b>		<b>7.132</b>	<b>17%</b>		<b>18.500</b>	<b>44%</b>	

Tabelle 9: Suchtproblematik differenziert nach Vollzugsform

Gesamtüberblick nach Vollzugsform (Strafhaft inkl. EFS)													
Vollzugsform (nur Strafhaft)	einbezogene Datensätze	kein Suchtmittelproblem			Substanz-abhängigkeit			Substanz-missbrauch			Gesamtbelastung (Abhängigkeit + Missbrauch)		
		N	n	%	min/max	n	%	min/max	n	%	min/max	n	%
offen	3.246	2.496	77%	23 – 100 %	302	9%	0 – 60 %	448	14%	0 – 64 %	750	23%	0 – 77 %
geschlossen	29.025	14.929	51%	36 – 80 %	9.031	31%	13 – 50 %	5.065	17%	7 – 24 %	14.096	49%	20 – 64 %
<b>Gesamt</b>	<b>32.271</b>	<b>17.425</b>	<b>54%</b>		<b>9.333</b>	<b>29%</b>		<b>5.513</b>	<b>17%</b>		<b>14.846</b>	<b>46%</b>	

**Tabelle 10: Suchtproblematik differenziert nach Substanzen (gesamt)**

Gesamtüberblick nach Substanzen									
Hauptsubstanz	Substanz-abhängigkeit			Substanz-missbrauch			Gesamtbelastung (Abhängigkeit + Missbrauch)		
	n	%	min/max	n	%	min/max	n	%	min/max
Alkohol	2.365	21%	13 – 39 %	1.713	24%	10 – 51 %	4.078	22%	12 – 41 %
Opiode	2.299	20%	2 – 64 %	297	4%	0 – 8 %	2.596	14%	1 – 43 %
Cannabinoide	1.496	13%	7 – 22 %	2.667	37%	17 – 63 %	4.163	23%	14 – 31 %
Sedativa oder Hypnotika	140	1%	0 – 4 %	106	1%	0 – 6 %	246	1%	0 – 5 %
Kokain	510	4%	0 – 10 %	534	7%	1 – 21 %	1.044	6%	1 – 11 %
andere Stimulanzien	812	7%	0 – 31 %	474	7%	1 – 21 %	1.286	7%	1 – 28 %
Halluzinogene	31	0%	0 – 1 %	35	0%	0 – 1 %	66	0%	0 – 1 %
flüchtige Lösungsmittel	1	0%	0 – 0 %	2	0%	0 – 0 %	3	0%	0 – 0 %
multipler Substanzgebrauch / sonst. psychotr. Substanzen	3.714	33%	0 – 44 %	1.304	18%	0 – 31 %	5.018	27%	0 – 39 %
<b>Gesamt</b>	<b>11.368</b>	<b>100%</b>		<b>7.132</b>	<b>100%</b>		<b>18.500</b>	<b>100%</b>	

**Tabelle 11: Suchtproblematik differenziert nach Substanzen (männlich)**

Gesamtüberblick nach Substanzen (männlich)									
Hauptsubstanz	Substanz-abhängigkeit			Substanz-missbrauch			Gesamtbelastung (Abhängigkeit + Missbrauch)		
	n	%	min/max	n	%	min/max	n	%	min/max
Alkohol	2.297	21%	13 – 39 %	1.666	24%	10 – 51 %	3.963	22%	12 – 41 %
Opiode	2.088	19%	2 – 64 %	264	4%	0 – 8 %	2.352	13%	1 – 43 %
Cannabinoide	1.466	14%	8 – 22 %	2.612	38%	17 – 66 %	4.078	23%	14 – 32 %
Sedativa oder Hypnotika	134	1%	0 – 4 %	97	1%	0 – 6 %	231	1%	0 – 5 %
Kokain	500	5%	0 – 10 %	522	8%	1 – 21 %	1.022	6%	1 – 11 %
andere Stimulanzien	787	7%	0 – 31 %	449	7%	1 – 21 %	1.236	7%	1 – 28 %
Halluzinogene	31	0%	0 – 1 %	34	0%	0 – 1 %	65	0%	0 – 1 %
flüchtige Lösungsmittel	1	0%	0 – 0 %	2	0%	0 – 0 %	3	0%	0 – 0 %
multipler Substanzgebrauch / sonst. psychotr. Substanzen	3.442	32%	0 – 44 %	1.248	18%	0 – 30 %	4.690	27%	0 – 39 %
<b>Gesamt</b>	<b>10.746</b>	<b>100%</b>		<b>6.894</b>	<b>100%</b>		<b>17.640</b>	<b>100%</b>	

**Tabelle 12: Suchtproblematik differenziert nach Substanzen (weiblich)**

Gesamtüberblick nach Substanzen (weiblich)									
Hauptsubstanz	Substanz-abhängigkeit			Substanz-missbrauch			Gesamtbelastung (Abhängigkeit + Missbrauch)		
	n	%	min/max	n	%	min/max	n	%	min/max
Alkohol	68	11%	0 – 100 %	47	20%	7 – 100 %	115	13%	0 – 100 %
Opiode	211	34%	0 – 67 %	33	14%	0 – 32 %	244	28%	0 – 50 %
Cannabinoide	30	5%	0 – 50 %	55	23%	0 – 49 %	85	10%	0 – 50 %
Sedativa oder Hypnotika	6	1%	0 – 2 %	9	4%	0 – 40 %	15	2%	0 – 18 %
Kokain	10	2%	0 – 22 %	12	5%	0 – 20 %	22	3%	0 – 17 %
andere Stimulanzien	25	4%	0 – 11 %	25	11%	0 – 33 %	50	6%	0 – 17 %
Halluzinogene	0	0%	0 – 0 %	1	0%	0 – 3 %	1	0%	0 – 1 %
flüchtige Lösungsmittel	0	0%	0 – 0 %	0	0%	0 – 0 %	0	0%	0 – 0 %
multipler Substanzgebrauch / sonst. psychotr. Substanzen	272	44%	0 – 69 %	56	24%	0 – 71 %	328	38%	0 – 63 %
<b>Gesamt</b>	<b>622</b>	<b>100%</b>		<b>238</b>	<b>100%</b>		<b>860</b>	<b>100%</b>	

**Tabelle 13: Suchtproblematik - Substanzen & Haftarten (gesamt)**

Gesamtüberblick nach Substanzen und Haftarten (Substanzmissbrauch & Substanzabhängigkeit)																			
Hauptsubstanz	einbezogene Datensätze	U-Haft (21 Jahre und älter)			Freiheitsstrafe			Ersatzfreiheitsstrafe			U-Haft (14 bis unter 21 Jahre)			Jugendstrafe			Sicherungsverwahrung		
		n	%	min/max	n	%	min/max	n	%	min/max	n	%	min/max	n	%	min/max	n	%	min/max
Alkohol	4.078	493	16%	7 – 29 %	2.833	23%	8 – 41 %	419	31%	13 – 71 %	45	11%	5 – 20 %	198	14%	0 – 24 %	90	52%	0 – 100 %
Opiode	2.596	441	14%	0 – 45 %	1.891	16%	1 – 47 %	212	16%	3 – 45 %	16	4%	0 – 14 %	30	2%	0 – 10 %	6	3%	0 – 7 %
Cannabinoide	4.163	799	26%	12 – 31 %	2.157	18%	13 – 30 %	266	20%	10 – 24 %	237	57%	33 – 77 %	695	50%	0 – 66 %	9	5%	0 – 60 %
Sedativa oder Hypnotika	246	66	2%	0 – 7 %	139	1%	0 – 5 %	23	2%	0 – 2 %	2	0%	0 – 3 %	14	1%	0 – 50 %	2	1%	0 – 7 %
Kokain	1.044	320	10%	2 – 22 %	611	5%	1 – 11 %	53	4%	0 – 14 %	18	4%	0 – 13 %	36	3%	0 – 7 %	6	3%	0 – 14 %
andere Stimulanzien	1.286	241	8%	0 – 41 %	866	7%	1 – 30 %	85	6%	0 – 26 %	20	5%	0 – 42 %	71	5%	0 – 25 %	3	2%	0 – 7 %
Halluzinogene	66	10	0%	0 – 2 %	41	0%	0 – 1 %	7	1%	0 – 3 %	0	0%	0 – 0 %	8	1%	0 – 4 %	0	0%	0 – 0 %
flüchtige Lösungsmittel	3	0	0%	0 – 0 %	3	0%	0 – 0 %	0	0%	0 – 0 %	0	0%	0 – 0 %	0	0%	0 – 0 %	0	0%	0 – 0 %
multipler Substanzgebrauch / sonst. psychotr. Substanzen	5.018	696	23%	0 – 52 %	3.547	29%	0 – 39 %	294	22%	0 – 43 %	77	19%	0 – 40 %	347	25%	0 – 100 %	57	33%	0 – 67 %
<b>Gesamt</b>	<b>18.500</b>	<b>3.066</b>	<b>100%</b>		<b>12.088</b>	<b>100%</b>		<b>1.359</b>	<b>100%</b>		<b>415</b>	<b>100%</b>		<b>1.399</b>	<b>100%</b>		<b>173</b>	<b>100%</b>	

**Tabelle 14: Suchtproblematik - Substanzen & Haftarten (männlich)**

Gesamtüberblick nach Substanzen und Haftarten (Substanzmissbrauch & Substanzabhängigkeit – männlich)																			
Hauptsubstanz	einbezogene Datensätze	U-Haft (21 Jahre und älter)			Freiheitsstrafe			Ersatzfreiheitsstrafe			U-Haft (14 bis unter 21 Jahre)			Jugendstrafe			Sicherungsverwahrung		
		n	%	min/max	n	%	min/max	n	%	min/max	n	%	min/max	n	%	min/max	n	%	min/max
Alkohol	3.963	482	16%	7 – 30 %	2.757	24%	6 – 41 %	401	32%	13 – 73 %	43	11%	5 – 20 %	190	14%	0 – 24 %	90	52%	0 – 100 %
Opiode	2.352	412	14%	0 – 45 %	1.707	15%	1 – 50 %	189	15%	3 – 45 %	15	4%	0 – 14 %	23	2%	0 – 9 %	6	3%	0 – 7 %
Cannabinoide	4.078	785	26%	13 – 31 %	2.109	18%	13 – 32 %	258	20%	10 – 26 %	236	58%	33 – 79 %	681	50%	0 – 66 %	9	5%	0 – 60 %
Sedativa oder Hypnotika	231	61	2%	0 – 7 %	131	1%	0 – 4 %	21	2%	0 – 3 %	2	0%	0 – 3 %	14	1%	0 – 100 %	2	1%	0 – 7 %
Kokain	1.022	318	11%	2 – 23 %	595	5%	1 – 10 %	52	4%	0 – 14 %	18	4%	0 – 14 %	33	2%	0 – 7 %	6	3%	0 – 14 %
andere Stimulanzien	1.236	234	8%	0 – 42 %	825	7%	1 – 30 %	84	7%	0 – 26 %	20	5%	0 – 42 %	70	5%	0 – 25 %	3	2%	0 – 7 %
Halluzinogene	65	10	0%	0 – 2 %	41	0%	0 – 1 %	7	1%	0 – 3 %	0	0%	0 – 0 %	7	1%	0 – 4 %	0	0%	0 – 0 %
flüchtige Lösungsmittel	3	0	0%	0 – 0 %	3	0%	0 – 0 %	0	0%	0 – 0 %	0	0%	0 – 0 %	0	0%	0 – 0 %	0	0%	0 – 0 %
multipler Substanzgebrauch / sonst. psychotr. Substanzen	4.690	666	22%	0 – 52 %	3.304	29%	0 – 39 %	255	20%	0 – 43 %	74	18%	0 – 40 %	334	25%	0 – 100 %	57	33%	0 – 67 %
<b>Gesamt</b>	<b>17.640</b>	<b>2.968</b>	<b>100%</b>		<b>11.472</b>	<b>100%</b>		<b>1.267</b>	<b>100%</b>		<b>408</b>	<b>100%</b>		<b>1.352</b>	<b>100%</b>		<b>173</b>	<b>100%</b>	



**Tabelle 15: Suchtproblematik - Substanzen & Haftarten (weiblich)**

Gesamtüberblick nach Substanzen und Haftarten (Substanzmissbrauch & Substanzabhängigkeit – weiblich)																			
Hauptsubstanz	einbezogene Datensätze	U-Haft (21 Jahre und älter)			Freiheitsstrafe			Ersatzfreiheitsstrafe			U-Haft (14 bis unter 21 Jahre)			Jugendstrafe			Sicherungsverwahrung		
		N	n	%	min/max	n	%	min/max	n	%	min/max	n	%	min/max	n	%	min/max	n	%
Alkohol	115	11	11%	0 – 33 %	76	12%	5 – 100 %	18	20%	0 – 31 %	2	29%	0 – 50 %	8	17%	0 – 33 %	0	–	–
Opioide	244	29	30%	0 – 60 %	184	30%	0 – 46 %	23	25%	0 – 48 %	1	14%	0 – 33 %	7	15%	0 – 50 %	0	–	–
Cannabinoide	85	14	14%	0 – 100 %	48	8%	0 – 20 %	8	9%	0 – 38 %	1	14%	0 – 33 %	14	30%	17 – 100 %	0	–	–
Sedativa oder Hypnotika	15	5	5%	0 – 17 %	8	1%	0 – 25 %	2	2%	0 – 14 %	0	0%	0 – 0 %	0	0%	0 – 0 %	0	–	–
Kokain	22	2	2%	0 – 10 %	16	3%	0 – 25 %	1	1%	0 – 7 %	0	0%	0 – 0 %	3	6%	0 – 17 %	0	–	–
andere Stimulanzien	50	7	7%	0 – 50 %	41	7%	0 – 14 %	1	1%	0 – 4 %	0	0%	0 – 0 %	1	2%	0 – 20 %	0	–	–
Halluzinogene	1	0	0%	0 – 0 %	0	0%	0 – 0 %	0	0%	0 – 0 %	0	0%	0 – 0 %	1	2%	0 – 14 %	0	–	–
flüchtige Lösungsmittel	0	0	0%	0 – 0 %	0	0%	0 – 0 %	0	0%	0 – 0 %	0	0%	0 – 0 %	0	0%	0 – 0 %	0	–	–
multipler Substanzgebrauch / sonst. psychotr. Substanzen	328	30	31%	0 – 70 %	243	39%	0 – 62 %	39	42%	22 – 100 %	3	43%	0 – 100 %	13	28%	0 – 60 %	0	–	–
<b>Gesamt</b>	<b>860</b>	<b>98</b>	<b>100%</b>		<b>616</b>	<b>100%</b>		<b>92</b>	<b>100%</b>		<b>7</b>	<b>100%</b>		<b>47</b>	<b>100%</b>		<b>0</b>	<b>–</b>	