



Niedersachsen

**Drogenerfahrungen von Inhaftierten
im niedersächsischen Justizvollzug**

**Ergebnisse einer Zugangs- und
einer Stichtagsstudie**

**Kriminologischer Dienst
im Bildungsinstitut des nds. Justizvollzuges
Biermannstraße 14
29221 Celle**

Oktober 2006





In diesem Bericht werden Hintergrund, methodische Anlage und Ergebnisse von zwei Untersuchungen berichtet, die sich mit dem Drogenkonsum und Drogenproblemen von Inhaftierten im niedersächsischen Justizvollzug befassen.

Nachdem in **Kapitel 1** Anlass und Fragestellungen vorgestellt werden, folgt in **Kapitel 2** ein Literaturüberblick zum Thema. Dargestellt werden ausgewählte Studien zum Drogenkonsum in der Allgemeinbevölkerung und zur Verbreitung des Drogenkonsums und substanzbezogener Störungen bei Inhaftierten. Auch auf die möglichen Folgen des Drogenkonsums in Haft wird eingegangen.

In **Kapitel 3** werden die methodischen Grundlagen und Details der beiden Studien erörtert.

Im zentralen Ergebnisteil, dem **Kapitel 4**, stehen zunächst die Merkmale der Stichproben im Vordergrund, und es wird ausführlich die Validität der gewonnenen Daten diskutiert. Abschnitt 4.3 widmet sich dem Drogenkonsum Inhaftierter vor und während der Haft. Dabei werden auch der intravenöse Konsum sowie die Abhängigkeit von Drogen behandelt. Abschnitt 4.4 beschreibt die Maßnahmen, die bei Drogenkonsumenten vor und während der Haft unternommen wurden. Eine Sonderauswertung zum Thema Alkohol verdeutlicht in Abschnitt 4.5 den Stellenwert dieser Problematik.

In **Kapitel 5** werden schließlich die zentralen Ergebnisse noch einmal auf den Punkt gebracht und diskutiert.

Celle, 02.10.2006



Inhaltsverzeichnis

1. Anlass und Fragestellungen.....	3
2. Drogen, Drogenprobleme und Delinquenz: Theoretischer, empirischer und vollzugspraktischer Hintergrund	5
2.1 Konsum von Drogen in der Bevölkerung.....	5
2.2 Drogen und Straffälligkeit	6
2.2.1 Informationen aus Rechtspflege- und anderen offiziellen Statistiken....	7
2.2.2 Informationen aus empirischen Untersuchungen.....	9
2.3 Mögliche Folgen des Drogenkonsums im Justizvollzug	14
3. Methode	16
3.1 Zugangsuntersuchung.....	17
3.2 Stichtagserhebung	18
4. Ergebnisse	20
4.1 Stichproben.....	20
4.1.1 Merkmale der Untersuchungsgruppen (Zugang und Stichtag).....	20
4.1.2 Ausschöpfungsquoten, Gewichtungen und Vertrauensintervalle in der Stichtagserhebung	27
4.2 Validität der Ergebnisse	31
4.2.1 Vergleich von Teilnehmern und Nichtteilnehmern.....	32
4.2.2 Glaubwürdigkeit der Angaben der Teilnehmer	34
4.2.3 Gesamteinschätzung	35
4.3 Konsum und Abhängigkeit von Betäubungsmitteln	36
4.3.1 Vor der Inhaftierung	36
4.3.2 In Haft	48
4.4 Drogenbezogene Maßnahmen.....	56
4.4.1 Maßnahmen vor der Haft	56
4.4.2 Maßnahmen in Haft.....	60
4.4.3 Zeit für Interventionen	61
4.5 Sonderauswertung: Alkohol vor und in der Haft.....	63
4.5.1 Umgang mit Alkohol vor der Haft	64
4.5.2 Suchtmittelkonsum während der Haft	67
5. Zusammenfassung und Diskussion	69
5.1 Beantwortung der Ausgangsfragen.....	70
5.2 Alkohol	74
5.3 Diskussion.....	75
Literaturverzeichnis	79
Anhänge.....	81



1. Anlass und Fragestellungen

Den ersten Anstoß zur vorliegenden Studie über den Drogenkonsum Inhaftierter gab eine Anfrage des Justizministeriums an die Justizvollzugsanstalten im Jahr 2003. Berichtet werden sollten Strategien und Praktiken im Umgang mit Drogenproblemen. Das Ergebnis der Anfrage zeigte Unterschiede in der Handhabung auf. Es gab keine gemeinsamen Kriterien für die Anordnung von Urinkontrollen oder für die Sanktionierung von Drogenkonsum. Zwar konnte festgestellt werden, dass von 9000 von Gefangenen abgegebenen Urinproben ca. 30 % bezüglich Drogen positiv getestet worden waren, eine weitergehende Interpretation war jedoch mangels Hintergrundkenntnissen nicht möglich.

Um zu prüfen, ob die Erstellung eines Leitfadens zum Umgang mit Drogen konsumierenden Inhaftierten sinnvoll sein könnte, wurde in einem ersten Gespräch im Dezember 2003 zwischen dem Justizministerium und dem Kriminologischen Dienst ursprünglich folgendes vereinbart:

(1) Das Justizministerium stellt Erhebungen an

- zur Anzahl der Gefangenen, die an Drogenkonsum verstorben sind,
- zur Zahl der Anzeigen bei Drogenfunden,
- zur Frage, welche Stoffe in welchen Mengen sichergestellt wurden und
- zur Frage, welche Stoffe in den Urinproben identifiziert wurden (getrennt nach medizinischen oder vollzuglichen Anlässen der Urinkontrolle).

(2) Der Kriminologische Dienst (damals noch „Projektgruppe Forschung im Justizvollzug“) erarbeitet Vorschläge zu Fragen

- der Verhängung von Disziplinarmaßnahmen,
- der Entziehung von Service-Leistungen,
- des Widerrufs beziehungsweise der Nichtgewährung von Vollzugslockerungen und
- zu Auswirkungen des Drogenkonsums auf die Legalprognose.

Die Feststellungen und Vorschläge sollten Grundlage des durch das Justizministerium zu erstellenden Leitfadens sein.

Die Belastung der Inhaftierten und der Justizvollzugsanstalten mit Drogen und Drogenproblemen ist seit Jahren bekannt, ohne dass es genauere Erkenntnisse hinsichtlich der Art und des Ausmaßes konsumierter Suchtstoffe sowie der Größenordnung gibt, in der sich die tatsächlich Süchtigen und die Suchtgefährdeten bewegen. Für eine sinnvolle Strategie zum Umgang mit Drogenproblemen im Strafvollzug ist es wichtig, die Fakten zu kennen. In Zeiten knapper Haushaltsmittel und intensiver Bemühungen zur Konsolidierung der Landesfinanzen gilt es, die Mittel besonders sorgfältig dort einzusetzen, wo sie einen hohen Nutzen erreichen werden. Verlässliche



Informationen zum Ausmaß des Drogenproblems im Strafvollzug können hier nur empirische Untersuchungen erbringen.

Um solche Informationen für den niedersächsischen Justizvollzug zu erhalten, wurde der Kriminologische Dienst im Dezember 2003 beauftragt, eine entsprechende Untersuchung durchzuführen. Im Januar 2004 wurde das Konzept mit Herrn Staatssekretär Dr. Oehlerking erörtert und als Auftrag im Einheitlichen Niedersächsischen Vollzugskonzept formuliert (vgl. Projektgruppe Forschung im Justizvollzug, 2004).

Die Drogenerhebung soll folgende Fragen beantworten können:

1. Wie groß ist die Drogengefährdung der Gefangenen bei Aufnahme in die JVA?
2. Wie viele Gefangene sind akut drogenabhängig?
3. Wie viele der bei Strafantritt Drogengefährdeten konsumieren während der Haft; wie viele davon intravenös?
4. Wie viele Gefangene konsumieren zum ersten Mal in ihrem Leben während der Haft?
5. Gibt es Gefangenengruppen, die besonders gefährdet/belastet sind?
6. Wie viel Haftzeit stünde bei Drogenabhängigen für eine therapeutische Intervention zur Verfügung?



2. Drogen, Drogenprobleme und Delinquenz: Theoretischer, empirischer und vollzugspraktischer Hintergrund

Das vorliegende Kapitel behandelt die Thematik zunächst auf der Grundlage der bereits vorliegenden Erkenntnisse. In Abschnitt 2.1 werden aktuelle Ergebnisse zum Ausmaß des Drogenkonsums in der Allgemeinbevölkerung berichtet, bevor in Abschnitt 2.2 auf die Zusammenhänge zwischen Drogen und Straffälligkeit bzw. auf die Verbreitung von Drogenkonsum und Drogenproblemen bei straffälligen Personen eingegangen wird. In Abschnitt 2.3 werden schließlich die Folgen von Drogenkonsum und Drogenmissbrauch für die Betroffenen und vor allem für den Justizvollzug dargestellt.

2.1 Konsum von Drogen in der Bevölkerung

Zahllose Einrichtungen und Initiativen außerhalb der Gefängnisse machen deutlich, dass der Umgang mit süchtigen Menschen ein erhebliches und vielschichtiges Problem ist.

Für Deutschland sind aktuelle Zahlen zum Drogenkonsum in der Bevölkerung durch die regelmäßig stattfindenden „Epidemiologischen Suchtsurveys“ verfügbar, die das Münchner Institut für Therapieforchung (IFT) durchführt. Die aktuellsten Zahlen stammen aus dem Jahr 2003 (vgl. Kraus & Augustin, 2005b; Kraus, Augustin & Röder, 2006). Diese Studie basiert auf einer Befragung von 17.487 aus den Verzeichnissen der Einwohnermeldeämter zufällig ausgewählten Personen zwischen 18 und 59 Jahren. Den Personen wurden die Fragebögen per Post zugesandt. 8.061 Fragebögen wurden zurückgesandt und waren verwertbar. Da 2.064 Fälle „stichprobenneutrale“ Ausfälle waren (Zielperson nicht erreichbar, Empfänger unbekannt oder unbekannt verzogen, Anschrift ungenügend etc.), betrug die Antwortrate 55 % (Kraus & Augustin, 2005a).

Kraus, Augustin und Orth (2005) berichten, dass insgesamt 25,2 % der 18- bis 59jährigen mindestens einmal im Leben eine illegale Droge konsumiert hatten. Männer hatten mit 31,3 % deutlich häufiger Konsumerfahrungen als Frauen (18,9 %). In den letzten 12 Monaten vor der Befragung hatten 7,4 % und in den letzten 30 Tagen 3,9 % illegal Drogen genommen. Marihuana ist die mit Abstand am weitesten verbreitete Substanz (vgl. Tabelle 1).

Multiple Drogenerfahrungen sind verbreitet. Jeder vierte Drogenerfahrene hat zwei oder mehr Drogen mindestens einmal probiert; jeder siebte drei oder mehr. Die Autoren diagnostizieren aufgrund von Vergleichsdaten aus früheren Erhebungswellen des Epidemiologischen Suchtsurveys einen Anstieg des Konsums illegaler Drogen seit 1980, der sich auch in der aktuellsten Erhebung weiter fortgesetzt hat. Der Anstieg gehe insbesondere auf eine Zunahme des Cannabiskonsums zurück; aber auch bei allen anderen Substanzen außer den Opiaten konnten signifikante Anstiege diagnos-



tiziert werden. Zu weiteren Zahlen, auch zum Konsum von Alkohol und Medikamenten, siehe die Beiträge in Kraus und Augustin (2005b).

Tabelle 1. Drogenkonsum in der Allgemeinbevölkerung.

Jemals... illegal konsumiert	Anteil in der Allgemeinbevölkerung
Marihuana / Haschisch	24,5 %
Opiate	1,4 %
Kokain	3,0 %
„Designerdrogen“ (v. a. Ecstasy)	2,4 %
Amphetamine	3,3 %
LSD	2,4 %

Quelle: Epidemiologischer Suchtsurvey 2003, zitiert aus dem Drogenbericht der Bundesregierung des Jahres 2004.

2.2 Drogen und Straffälligkeit

Recht enge Verbindungen bestehen zwischen dem Konsum von Drogen und Straffälligkeit. Das erklärt sich zum Teil schon aus der Tatsache, dass der Besitz von und Handel mit Betäubungsmitteln illegal ist. Darüber hinaus gibt es seit jeher eine Debatte darüber, wie Drogenmissbrauch und kriminelles Handeln zusammenhängen (vgl. hierzu zusammenfassend Bühninger, 2003; Egg, 2002; Kreuzer, 2005). Denkbar ist einerseits, dass Drogengebrauch kriminell macht – nicht nur, weil dazu Drogen gekauft werden müssen und dies illegal ist, sondern auch, weil Drogen nicht preiswert sind und das Geld dafür oft z.B. im Wege der so genannten „Beschaffungskriminalität“ aufgebracht wird. Demzufolge werden Personen mit niedrigem Einkommen eher als strafrechtlich auffällig erfasst, zumal Drogenabhängigkeit in wohlhabenderen Kreisen kein Gegenstand von Untersuchungen ist; sie wird nur in Einzelfällen bekannt, wenn es sich um Persönlichkeiten des öffentlichen Lebens handelt. Aber auch eine umgekehrte Kausalrichtung wird – wenn auch seltener – diskutiert: Kriminelles Verhalten könne ebenfalls zu Drogenmissbrauch führen, indem zum Beispiel bekanntschäftliche Verbindungen (etwa zu drogenabhängigen Mittätern) entstehen und so ein Kontakt zum Drogenmilieu hergestellt wird. Die heute am ehesten vertretene Auffassung zum Zusammenhang von Drogenkonsum und Kriminalität geht davon aus, dass beide Faktoren Ausdruck eines devianten Lebensstils, einer breiten Palette abweichender Verhaltensweisen sind. Diese Sichtweise ist auch deshalb einleuchtend, weil Drogenkonsum und delinquentem Verhalten in vielen Fällen die gleichen Bedingungsfaktoren zugrunde liegen (vgl. die Beiträge in Egg, 1999).

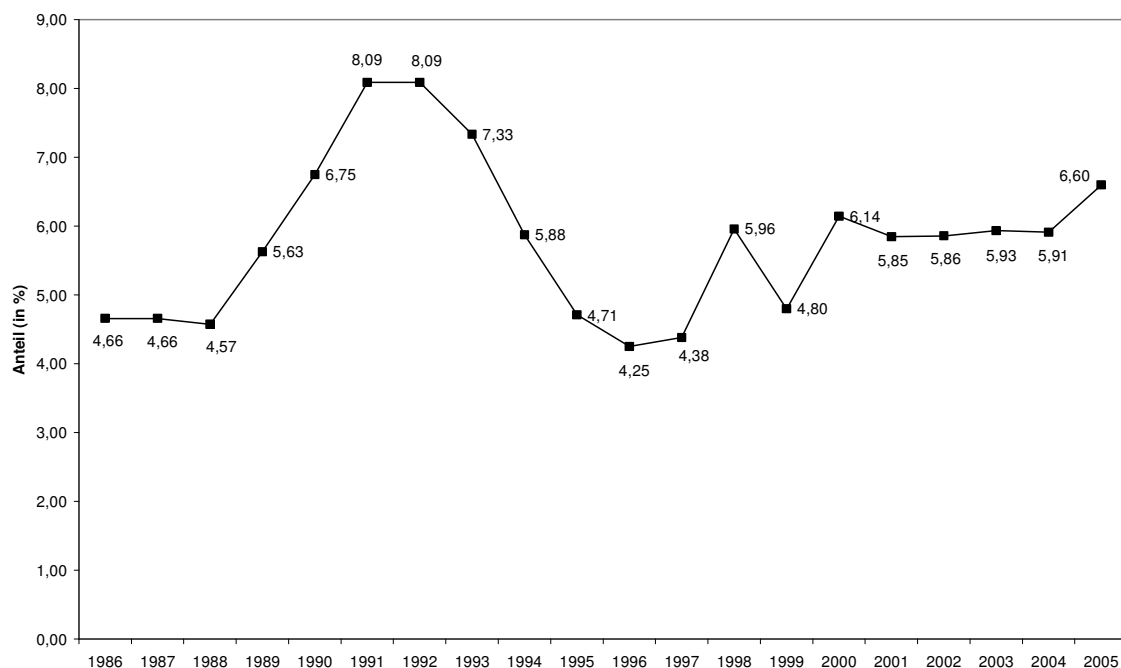


2.2.1 Informationen aus Rechtspflege- und anderen offiziellen Statistiken

Zur Ermittlung des Ausmaßes der Belastung von straffälligen Personen mit Drogenkonsum, -missbrauch und -abhängigkeit lassen sich zum einen offizielle Rechtspflegestatistiken betrachten. Die Rauschgiftkriminalität (Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz [BtmG] und Fälle direkter Beschaffungskriminalität) stieg zumindest zwischen 1994 und 2000 kontinuierlich, wobei das gesamte Kriminalitätsaufkommen in diesem Zeitraum eher abnahm (Bühringer, 2003). Dabei sind die Konsumentendelikte (allgemeine Verstöße nach § 29 BtmG) im Vergleich zu Handelsdelikten nach § 29 BtmG besonders stark angestiegen. Auch die Gesamtzahl der Straftaten von Konsumenten harter Drogen hat sich nach Bühringer zwischen 1992 und 2000 mehr als verdoppelt. 1999 seien 40 % der Ladendiebstähle von Konsumenten harter Drogen begangen worden.

Kreuzer (2002) vermutet, dass sich ein Zehntel aller Drogenabhängigen in Haft befindet. Dies seien dreimal so viele Personen wie sich in einer stationären Therapie befänden. Damit beherberge der Strafvollzug zwei Drittel aller stationären Aufenthalte Drogenabhängiger (neben Entziehungsanstalten und stationären Drogentherapien). Seinen Schätzungen zufolge dürfte die Hälfte aller Drogenkranken irgendwann einmal im Strafvollzug landen. Für das Jahr 2000 ging er bei insgesamt 75.000 Inhaftierten in Deutschland von 15.000 Drogenabhängigen unter ihnen aus (20 %). Bei ca. 80.000 im Jahr 2006 und gleich bleibenden Anteilen dürften dann derzeit 16.000 Drogenabhängige in Justizvollzugsanstalten sein.

Abbildung 1. Anteil der niedersächsischen Strafgefangenen am 31.3. jeden Jahres, die wegen eines Betäubungsmitteldelikts inhaftiert wurden.

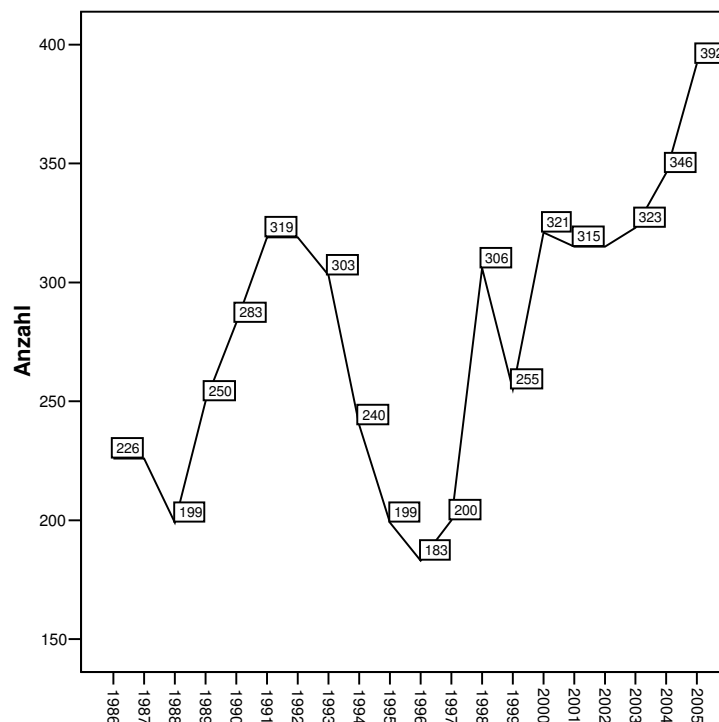




Nimmt man allein die Anzahl der Personen, die sich wegen Verstoßes gegen das Betäubungsmittelgesetz im Strafvollzug befinden, so ist deren Zahl in Deutschland insgesamt gestiegen (Stöver, 2002). In Niedersachsen schwankte der Anteil der Personen, die sich wegen eines Drogendelikt in Strafhaft befanden, im Zeitraum 1986 bis 2005 zwischen 4,7 % und 8,1 % (vgl. Abbildung 1). Einem ersten Anstieg bis 1992 folgte ein Rückgang bis 1996. Seitdem bewegen sich die Zahlen wieder nach oben.

Die Entwicklung der absoluten Zahlen der wegen eines BtM-Deliktens Einsitzenden verläuft ähnlich wie die Entwicklung der relativen Häufigkeiten, indes kommt in Abbildung 2 deutlicher zum Ausdruck, dass in Niedersachsen 2005 so viele Personen wegen eines BtM-Deliktens inhaftiert waren wie nie zuvor.

Abbildung 2. Absolute Zahl der niedersächsischen Strafgefangenen am 31.3. jedes Jahres, die wegen eines Betäubungsmitteldelikt inhaftiert wurden.



Dabei ist zwar zu bedenken, dass einige der Täter ausschließlich Händler und keine Konsumenten sind; andererseits werden viele Personen mit Drogenproblemen aufgrund von Delikten verurteilt, die der „Beschaffungskriminalität“ zuzurechnen sind und die nicht als Drogendelikt kodiert werden¹. Insgesamt ist nach Wirth (2002) davon auszugehen, dass immer mehr Personen mit Drogenproblemen in den Justizvollzug gelangen.

¹ In der Strafvollzugsstatistik wird für jeden Gefangenen nur ein Paragraph des Strafgesetzes kodiert, wobei die Regel gilt, dass Paragraphen des Nebenstrafrechts (wie das BtMG) nur dann kodiert werden, wenn keine Verurteilung nach dem StGB erfolgt war.



2.2.2 Informationen aus empirischen Untersuchungen

Genauere Informationen zum Ausmaß des Drogenproblems im Strafvollzug können nur empirische Untersuchungen erbringen. Diese sind allerdings bisher – vor allem in Deutschland – nicht nur selten, sie erbringen auch sehr unterschiedliche Ergebnisse, die sich nicht mit wenigen Zahlen zusammenfassen lassen. Quellen der Heterogenität der Ergebnisse sind:

1. *Definitionskriterien:* Viele Studien und Länder legen unterschiedliche Definitionen des Drogenproblems und -konsums zugrunde (vgl. z.B. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, 2002). Es macht einen Unterschied, ob nach Konsum, Missbrauch oder Abhängigkeit von Drogen gefragt wird. Auch der Zeitraum, der als relevant erachtet wird, beeinflusst die Ergebnisse: Die Frage, ob jemals während der Haft Drogen konsumiert wurden, erbringt vermutlich alarmierendere Ergebnisse als die Frage nach aktuellem Substanzgebrauch.
2. *Zeitpunkt im Vollzugsverlauf:* In diesem Zusammenhang ist auch wichtig, zu welchem Zeitpunkt im Vollzugsverlauf der Drogenkonsum eruiert wird. Untersuchungen während des Zugangs werden vermutlich mehr positive Drogentests ergeben als Untersuchungen während der Haftzeit.
3. *Art der Erhebung:* Anonyme Befragungen der Gefangenen werden andere Prävalenzzahlen ergeben als stichprobenartige Urinkontrollen; diese wiederum werden anders ausfallen als Beurteilungen durch Ärzte.

Insofern müssen die Ergebnisse von Studien immer relativ zum Erhebungskonzept betrachtet werden. Darüber hinaus ergeben sich Unterschiede bei den Ergebnissen einzelner Staaten schon allein deswegen, weil verschiedene politische und justizielle Strategien im Umgang mit Drogenkriminalität existieren. In den USA bspw. hat der sog. „War on Drugs“ dazu geführt, dass Drogenstraftäter – vor allem Konsumenten – einen wesentlichen Anteil am massiven Anstieg der Gefangenenzahlen ausmachen (vgl. z.B. Blumstein & Beck, 1999; Tonry, 1999).

Die Zahl der im internationalen Raum durchgeführten Studien ist mittlerweile kaum noch zu überschauen. Für Deutschland dürfte vor allem die Situation in der Europäischen Union interessant sein. Hier widmete die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) im Jahre 2002 einen Teil ihres Jahresberichtes dem Thema „Drogenkonsum im Strafvollzug“. Grundlage der Angaben waren „Ad-hoc-Studien, die auf lokaler Ebene mittels einer kleinen Stichprobenerhebung unter Haftinsassen durchgeführt wurden“ (EBDD, 2002, S. 54).

Recht sicher lässt sich danach sagen, dass im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung Drogenkonsumenten unter den Gefangenen überrepräsentiert sind (vgl. auch EBDD,



2005). Die Lebenszeitprävalenzen² für Gefangene mit Drogenkonsum variieren sehr stark je nach Gefangenenpopulation, Einrichtung und Land von 29 % bis 86 %. Die meisten Studien ermittelten jedenfalls einen Wert von über 50 %. In der EU schwanken die Lebenszeitprävalenzen einer Abhängigkeit oder eines regelmäßigen Drogenkonsums unter Gefangenen zwischen 8 % und 73 % (ebd.). Europaweit sei ein Anstieg der Drogenkonsumenten zu beobachten (Stöver, 2002).

Während der Haft ende der Drogenkonsum oft nicht (EBDD, 2002). Drogenkonsum werde von 16 % bis 54 % der Inhaftierten zugegeben, regelmäßiger Konsum von 5 % bis 36 %. Auch der – mitunter intravenöse – Beginn von Drogenkonsum in Haft wird berichtet: Zwischen 3 % und 26 % der inhaftierten Drogenkonsumenten hätten angegeben, den Konsum in Haft begonnen zu haben.

Exemplarisch für Studien in anderen Ländern soll auf eine kürzlich veröffentlichte Untersuchung in England und Wales eingegangen werden. In der Studie von Liriano und Ramsay (2003) wurden von einem externen Unternehmen 1.884 Personen interviewt, die erst vor kurzem in den Strafvollzug gelangt waren. Gefragt wurde unter anderem nach dem Konsum von Drogen in den letzten 12 Monaten vor der Inhaftierung. Bei einer Teilnahmequote von 90 % räumten 73 % der Stichprobe entsprechenden Drogenkonsum ein. 54 % nahmen irgendeine Droge täglich oder fast täglich; 31 % sogar mehr als einmal täglich. 23 % hatten Drogen auch intravenös in den vorangegangenen 12 Monaten eingenommen, wobei die Substanz fast immer Heroin war. Fast die Hälfte (47 %) hatten Heroin, Crack oder Kokain, also so genannte „harte“ Drogen in den 12 Monaten zuvor genommen (31 % Heroin, 31 % Crack, 32 % Kokain). 12 % hatten sogar mehr als eine Droge injiziert. 38 % der Stichprobe und 53 % der Nutzer in den letzten 12 Monaten gestanden sich ein Drogenproblem ein. Drogenkonsum vor der Inhaftierung war unter Jüngeren (bis 25 Jahre), Weißen, Personen mit Hafterfahrungen und Inhaftierten mit recht kurzen Strafzeiten verbreiteter.

In Ergänzung zur Befragung der Neuaufnahmen wurden 302 Personen, die vor der Haft Drogen konsumiert hatten, während ihrer Haft erneut befragt. In Haft konsumierten von diesen Personen 54 % mindestens einmal Cannabis, 27 % Heroin und 15 % Tranquillizer. Intravenöser Konsum von Drogen kam so gut wie gar nicht vor. Damit zeigte sich einerseits eine signifikante Reduktion des Drogenkonsums in Haft im Vergleich zur Zeit davor und andererseits bei den verwendeten Drogen nicht nur eine schon vorher bestehende Dominanz von Cannabis, sondern auch eine Verschiebung von Stimulanzien wie Crack, Kokain und Amphetaminen zu dämpfenden Substanzen. Als Gründe für die Reduktion des Konsums gaben die Inhaftierten an erster Stelle die mangelnde Verfügbarkeit an; es folgten mit einigem Abstand der Wunsch nach Reduktion des Konsums und Kostengründe.

Für Deutschland stehen Informationen zur Verbreitung von Drogenproblemen in Justizvollzugsanstalten zunächst einmal aus Studien zur Prävalenz psychischer Störungen unter Inhaftierten zur Verfügung. Jacobs und Reinhold (2004) untersuchten 2003

² Die Lebenszeitprävalenz bezeichnet die Anzahl der Personen, die jemals in ihrem Leben etwas getan hat / eine Krankheit gehabt hat, etwas Bestimmtes erlebt hat o.ä. Im vorliegenden Fall geht es um die Handlung, illegal eine Droge konsumiert zu haben.



40 männliche jugendliche und heranwachsende Inhaftierte in der JVA Rosdorf, Abteilung offener Jugendvollzug. Mit Hilfe standardisierter Interviewverfahren zur Diagnostik psychischer Störungen fanden sie heraus, dass die Lebenszeitprävalenz einer substanzbezogenen Störung bei den jungen Männern 62,5 % betrug; von aktuellen substanzbezogenen Störungen waren weitere 17,5 % betroffen. Am weitesten verbreitet waren Probleme im Zusammenhang mit Alkohol (52,5 %), gefolgt von Missbrauch bzw. Abhängigkeit von Cannabis (45,0 %). Auf 10 % traf vor der Inhaftierung die Diagnose Polytoxikomanie zu.

Konrad (2004) berichtet von einer Studie mit 100 Inhaftierten, die eine Ersatzfreiheitsstrafe verbüßten. Auch hier kam ein standardisiertes Interview zu psychischen Störungen zum Einsatz. Die im Vergleich zur Studie von Jacobs und Reinhold (2004) älteren Gefangenen betrieben zu 68 % Alkoholmissbrauch und waren zu 57 % von Alkohol abhängig; insgesamt hatten 77 % ein Alkoholproblem. Bei 18 Personen zeigte sich ein Missbrauch und / oder eine Abhängigkeit von einer oder mehrerer anderer psychotroper Substanzen.

Köhler (2004) untersuchte über einen Zeitraum von 15 Monaten 217 neu aufgenommene Inhaftierte der Jugendanstalt Schleswig. 227 weitere Aufgenommene konnten wegen mangelnder Sprachkenntnisse, geringer Motivation oder Verlegung / Entlassung nicht teilnehmen. Von 149 Personen waren DSM-IV-Diagnosen zu substanzinduzierten Störungen verfügbar. Die Ergebnisse sind in Tabelle 2 wiedergegeben.

Tabelle 2. Häufigkeit suchtmittelbezogener Störungen bei 149 Jugendstrafgefangenen in der JA Schleswig in % (aus Köhler, 2004).

Substanz	Missbrauch	Abhängigkeit
Alkohol	60,1	20,9
Sedativa	20,4	6,8
Cannabis	29,5	53,7
Stimulanzien	40,5	10,1
Opiate	11,5	22,3
Kokain	28,4	22,3
Halluzinogene	38,3	22,1
Polytoxikomanie	24,3	25,0

Kürzlich berichteten Huchzermeier, Bruß, Godt und Aldenhoff (2006) von einer Therapieindikationsstudie in der JVA Neumünster. Sie hatten 128 Gewaltstraftäter in dieser Anstalt des erwachsenen Männervollzuges eingehend diagnostisch untersucht. Von 95 Personen lagen substanzbezogene Störungsinformationen vor; in Tabelle 3 sind die Ergebnisse wiedergegeben.



Tabelle 3. Häufigkeit suchtmittelbezogener Störungen bei 95 Gewalttätern in der JVA Neumünster in % (aus Huchzermeier et al., 2006).

Substanz	Missbrauch³	Abhängigkeit
Alkohol	48,4	32,6
Sedativa	13,7	5,3
Cannabis	41,1	16,8
Stimulanzien	26,3	8,4
Opiate	9,5	14,7
Kokain	28,4	15,8
Halluzinogene	32,7	3,2
Polytoxikomanie	12,6	17,9

Alle vier Studien weisen also extrem hohe Anteile der Gefangenen als suchtmittelgefährdet aus. Dabei ist zu berücksichtigen, dass jeweils eine spezielle Klientel untersucht wurde und sich die Ergebnisse selbst bei zufälliger Auswahl – wie bei Konrad – nicht auf die Population der Gefangenen generalisieren lassen.

Studien über Drogenkonsum von Inhaftierten in deutschen Haftanstalten – jenseits von klinisch diagnostizierbaren Störungen – gehen von mindestens einem Drittel Drogenabhängiger mit steigendem Anteil von Konsumenten harter Drogen aus (vgl. Kepler, Nolte, Stöver, Infektionskrankheiten im Strafvollzug, Sucht 1996, 98 ff. zitiert nach Kern, 1997). Bei einer Aktenanalyse inhaftierter Frauen im Berliner Strafvollzug fand Dünkel in 64 % der Fälle eine Drogenabhängigkeit (einschließlich Alkohol) vermerkt (Dünkel, 1993). Im Rahmen einer Untersuchung von Kern (1997) wurden ausgewählte Personen der JVA Bruchsal zum Umfang des Drogenkonsums befragt. Danach waren 1996 durchschnittlich ca. 60 % der Insassen Drogenkonsumenten von denen 15 % angegeben hatten, harte Drogen konsumiert zu haben.

Die für Deutschland relevanten repräsentativen Studien haben vor allem die Kriminologischen Dienste der Länder Baden-Württemberg (Dolde, 1995) und Nordrhein-Westfalen (Wirth, 2002) durchgeführt. Dolde (1995) berichtet über eine drei Monate lange Auswertungsphase der Neuzugänge durch die baden-württembergischen Anstaltsärzte. Sie hielten von 3.600 Inhaftierten 30 % für BTM-gefährdet, also für beratungs- oder therapiebedürftig. Dabei waren nach Auffassung der Ärzte 15 % zu beraten und weitere 15 % zu therapieren.

Wirth (2002) führte 1997 zwei Studien zum Thema „Drogen im Justizvollzug“ durch. In einer ersten wurden drei Monate lang alle Neuzugänge in ausgewählten Anstalten des Landes Nordrhein-Westfalen untersucht (N = 1.858). Später wurden dann im Rahmen einer Stichtagsstudie drogenbezogene Daten von zufällig ausgewählten

³ Die Unterscheidung zwischen Missbrauch und Abhängigkeit richtete sich in den Studien von Jacobs und Reinhold (2004) sowie in der Studie von Huchzermeier et al. (2006) nach dem DSM-IV (Sass, Wittchen & Zaudig, 1996).



Strafgefangenen (N = 930) erhoben. Als „drogengefährdet“ wurde jemand dann angesehen, wenn aus den anamnestischen Daten, den diagnostischen Befunden und den einschlägigen Aktenvermerken Hinweise auf BtM-Konsum oder -abhängigkeit ersichtlich waren.

Wirth fand, dass 49,3 % in der Zugangs- und 47,5 % in der Stichtagserhebung über Konsumerfahrungen mit Drogen verfügten und demnach als drogengefährdet gelten mussten. Bei einem Drittel der Neuzugänge wurden Hinweise auf eine akute Drogenabhängigkeit gefunden (vgl. ähnliche Ergebnisse von Tielking, Becker & Stöver, 2002). Heroin und andere Opiate spielten dabei die wichtigste Rolle: 31 % der gerade Inhaftierten konsumierten Heroin oder andere Opioide mehrmals pro Woche oder täglich. Etwa genauso viele hatten intravenös Drogen zu sich genommen. Bei ca. 40 % aller drogenerfahrenen Neuzugänge waren Spuren aktuellen Spritzengebrauchs feststellbar. 20,1 % der Neuzugänge waren als polytoxikoman konsumierende Personen einzustufen. Alkohol und Medikamente eingeschlossen, wiesen 17,3 % eine Suchtproblematik auf.

Keine Unterschiede gab es zwischen Personen in Untersuchungshaft und Freiheitsstrafe / Jugendstrafe in Bezug auf Abhängigkeit; bis 21 Jahre alte Inhaftierte waren allerdings zu drei Vierteln Konsumenten und zu 47,7 % abhängig und damit in beiden Gruppen überrepräsentiert. Ausländische Inhaftierte waren weniger gefährdet. Frauen waren in Bezug auf den Konsum von Drogen den Männern ähnlich, sie waren allerdings deutlich häufiger abhängig. Auch Vorinhaftierungen machten hinsichtlich der Wahrscheinlichkeit von Konsum und Abhängigkeit einen Unterschied: Je stärker die Belastung mit Vorinhaftierungen, desto ausgeprägter waren auch Konsum und Abhängigkeit von Drogen. Letztere fand sich seltener bei längerstrafigen (Gewalt-) Tätern und ebenso seltener bei Tätern mit kurzen Strafen.

Die Strafgefangenen der Stichtagsstudie von Wirth waren im Mittel seit 19 Monaten inhaftiert. Bei 14,1 % von ihnen (und 28 % derjenigen, die schon vor der Inhaftierung Erfahrungen mit Drogen gemacht hatten) ergaben sich Anzeichen für Drogengebrauch in der Haft, 10,8 % waren akut drogenabhängig, und ein Drittel der Drogennutzer (also insgesamt 3,5 % der Strafgefangenen) konsumierte intravenös. Damit konnte wie auch in vielen internationalen Studien festgestellt werden, dass die Inhaftierung das Ausmaß des Drogenkonsums maßgeblich reduziert (vgl. z.B. Wortley, 2002).

Dass die Wahrscheinlichkeit, auch in der Haft Drogen zu konsumieren, wesentlich mit der Intensität des Substanzmittelgebrauchs vor der Inhaftierung zu tun hat, ist ebenfalls international bestätigt: Heranwachsende, junge Erwachsene, Frauen, vor der Haft intravenös und polytoxikoman konsumierende Personen sowie solche, die schon einmal in einem Methadon-Programm waren oder erfolglos an Drogentherapien teilgenommen hatten, wiesen in beiden Teilstudien Wirths (2002) eine höhere Drogengefährdung auf. Nur 1,4 % der Gefangenen, die vor der Haft keine Drogen konsumierten, taten dies jetzt, und bei keinem von diesen führte der Drogengebrauch zu einer Abhängigkeit.



Für den niedersächsischen Strafvollzug hat Göttinger 1994 in der JVA Hannover Daten zusammengestellt. Von 1.057 Neuzugängen waren 26 % Konsumenten illegaler Drogen. Diese Zahl erscheint vor dem Hintergrund der anderen vorliegenden Studien als sehr niedrig.

Die bisher berichteten Studien lassen die Schlussfolgerung zu, dass der Umgang mit Drogenabhängigen zu einem der vorrangigen Probleme der aktuellen Vollzugsgestaltung geworden ist.

2.3 Mögliche Folgen des Drogenkonsums im Justizvollzug

„In den meisten Knästen ist es wie auf einer guten Scene. Es ist alles zu haben, wenn du bezahlen kannst. Entsprechend gibt es wie draußen Diebstahl, Erpressung, Prostitution und Dealen. Mit deiner Verhaftung wirst Du von einer Drogenscene in die andere gezerrt.“ (Ratgeber für Gefangene 1989, Verlag Schwarze Seele Berlin, 19.1.5 S.30)

Dies scheint eine zutreffende Beschreibung für Probleme zu sein, die der Konsum nicht erlaubter Substanzen in Haft nach sich zieht. Ein Süchtiger in Haft ist für Mitgefangene einerseits eine starke Belastung: Die Unruhe, Nervosität, Gereiztheit und schlechte Stimmung eines Mitbewohners, der sein Suchtmittel nicht erhalten hat, ist auch für einen ausgeglichenen Menschen schwer zu ertragen. Andererseits ist ein Süchtiger auch willkommenes Werkzeug, da er auf Entzug alles verspricht und fast alles tut, um seinen Suchtstoff zu erhalten. Aber auch für Nichtsüchtige, die sich mit dem Suchtmittel ein paar Stunden „Urlaub aus dem Knast“ gönnen wollen, können derartige Geschäfte ungute Folgen haben.

Wegen des Beschaffungsrisikos und -aufwands müssen für Alkohol und Drogen im Gefängnis höhere Preise gezahlt werden als draußen, Bargeld steht den Gefangenen allerdings nicht zur Verfügung. Im Vergleich zu draußen leben Inhaftierte in einer „Mangelgesellschaft“ und nach dem Motto ‚Not macht erfinderisch‘ sind der Vielfalt von Zahlungsmitteln, die anstelle von Geld eingesetzt werden können, keine Grenzen gesetzt. Zum Beispiel können die beim Einkauf erworbenen Waren gleich abgenommen werden oder es können „kleine Gefälligkeiten“ unterschiedlichster Art erledigt werden wie das Putzen des Hafttraumes für den „Gläubiger“ oder das Einbringen und Verstecken unerlaubter Dinge. Es kann sich auch um Aktivitäten handeln, die strafrechtliche Folgen für den Süchtigen haben, z. B. selbst mit Drogen dealen oder stellvertretend für den „Lieferanten“ Forderungen bei Mitgefangenen eintreiben. Auf jeden Fall entstehen Abhängigkeiten und wenn es um höhere Summen geht, können auch Angehörige in die Geschäfte verwickelt werden. In einem Gefängnis kann der Schuldner seinen Gläubigern nicht entgehen. Auch wenn er sich Bediensteten offenbart hat, die sich seines Problems annehmen, kann er nicht sicher davon ausgehen, dass sein Problem gelöst sein wird. Drogen im Justizvollzug bergen also für Konsumenten, vor allem für die Süchtigen unter ihnen, die Gefahr der Abhängigkeit und Unterdrückung. Gleichzeitig schaffen Drogen auf der Seite der Händler Macht- und Statusgewinne und die Möglichkeit, die Subkultur einer Anstalt maßgeblich zu prä-



gen. Drogen im Justizvollzug können in diesem Sinne dem Ziel, das Leben der Insassen vor der Inhaftierung zu unterbrechen und in andere, kriminalitäts- und gewaltfreie Bahnen zu lenken, zuwider laufen.

Im Gefängnis findet – vermutlich wie draußen auch – der Konsum illegaler Drogen bei Bediensteten weniger Akzeptanz als der Konsum von Alkohol, der in der Regel auch selbst praktiziert wird. Andererseits ist die Wirkung der beiden Suchtmittel erfahrungsgemäß eine sehr unterschiedliche: Drogenkonsum (nicht Drogenhandel) sorgt eher für ein ruhiges, friedliches Miteinander – das erleichtert die Arbeit der Bediensteten –, während es unter Alkoholeinfluss häufiger zu aggressiven Auseinandersetzungen kommt. Auf Besitz und Konsum von Alkohol folgt für den Gefangenen ein internes Disziplinarverfahren, auf Drogenbesitz und -konsum ein Ermittlungsverfahren. Der „Preis“ im Fall einer Entdeckung ist also für Alkohol geringer, dafür wird er häufiger entdeckt: Drogen passen unter eine Briefmarke, sie sind klein, geruchlos und lassen sich in unterschiedlichsten Verpackungsformen verstecken. Die Suche nach einem Drogenversteck in einer Schlosserei oder in einem anderen geruchsinintensiven Betrieb gibt jeder Drogenspürhund nach wenigen Minuten auf. Hingegen bleiben Gärprozesse von „Aufgesetztem“ nicht unbemerkt und Versuche, Schnapsflaschen aus Lockerungen durch Besucher in die Anstalt einzubringen, bergen ein hohes Risiko zu scheitern, weil die Gegenstände gefunden werden.

Daneben sind die mit Rauschmitteln verbundenen Gesundheitsprobleme nicht zu vernachlässigen, vor allem durch gestreckte und intravenös applizierte Drogen sowie durch geteiltes Spritzenmaterial (Stöver, 2002). Im Rahmen eines Pilotprojekts zur Infektionsprophylaxe im offenen Vollzug der JVA Vierlande haben beispielsweise Heinemann und Püschel (1998) bei Haftantritt der Gefangenen Prävalenzen für Hepatitis A, B und C von 58 % bis 45 % gefunden. HIV positiv waren 2 %. Damit wird deutlich, dass durch diese Personen ein hohes Ansteckungspotential in die Anstalten gelangt.

Es ist selten vorgekommen, aber auch für die Zukunft nicht auszuschließen, dass Bedienstete sich durch finanzielle Anreize zu Drogengeschäften verleiten lassen, obwohl mit entsprechenden Geschäften ein hohes Risiko eingegangen wird. Derartige Verstrickungen in die Subkultur der Inhaftierten kann den sozialen Prozessen in einer Anstalt und neben der eigenen Lebensplanung auch der Zukunft einiger Inhaftierter Schaden zufügen, zumal davon ausgegangen werden muss, dass die Aufrechterhaltung des Drogenkonsums die Resozialisierungschancen von Drogenabhängigen erheblich reduziert.



3. Methode

In diesem Kapitel werden die methodische Anlage und die Vorgehensweise bei der eigenen Untersuchung dargestellt.

Die Untersuchung ist so angelegt, dass sie verlässliche Aussagen über das Ausmaß der Drogengefährdung vor und während der Haft treffen kann. Dafür ist u. a. eine hinreichend hohe Teilnahmequote erforderlich. Demzufolge mussten die Gefangenen davon ausgehen können, dass das Ergebnis ihrer Befragung nicht anderen Anstaltsbediensteten zugänglich werden konnte. Durch die Anonymisierung der Daten schied schon aus diesem Grund eine Verlaufsuntersuchung (Untersuchung derselben Person zu Beginn und während der Haft) aus. Ebenso wurde nach eingehender Diskussion auf die Abgabe von Urinproben zugunsten einer möglichst hohen Teilnahmequote verzichtet. Mit der 1997 durchgeführten Untersuchung in Gefängnissen Nordrhein-Westfalens wurde dieses Ziel für die dortigen Gegebenheiten erreicht (vgl. Wirth, 2002). Die überzeugende Methodik und die Möglichkeit eines Vergleichs legten nahe, sich an dieser Untersuchung zu orientieren. Dementsprechend wurden auch in der vorliegenden Studie für den Zeitraum von 3 Monaten eine Untersuchung aller Neuzugänge sowie eine Stichtagserhebung in der Strafhaft durchgeführt.

Zur Vorbereitung der Studien hat die Leiterin des Kriminologischen Dienstes im September 2004 die im niedersächsischen Vollzug tätigen Ärzte über die beabsichtigten Drogenerhebungen informiert und um Unterstützung und Mitarbeit gebeten. Zur Überprüfung der Praktikabilität des Ablaufs der Erhebung in den Justizvollzugsanstalten wurde eine Arbeitsgruppe (vgl. Tabelle 4) gebildet, die auch die von Wirth u. a. entwickelten Erhebungsbögen überarbeitet und aktualisiert hat.

Tabelle 4. Mitglieder der Arbeitsgruppe

<p><u>Ärzte:</u> Dr. Hermann Jaksch (JVA Vechta) Dr. Marc Lehmann (Ja Hameln) Martina Lütkehölter (JVA Uelzen) Dr. Marko Vahjen (JVA Celle)</p> <p><u>AG Sucht:</u> Jürgen Bruns (JVA Hannover) Oliver Weßels (JVA Meppen, jetzt JVA für Frauen)</p>	<p><u>Justizministerium:</u> Dr. Georg Göttinger Dr. Burkhard Hasenpusch</p> <p><u>Kriminologischer Dienst:</u> Katharina Bennefeld-Kersten Rolf Koch Dr. Stefan Suhling</p> <p><u>Suchtberater:</u> Gangolf Schaper (JVA für Frauen)</p>
--	---



3.1 Zugangsuntersuchung

Nach Abklärung der erforderlichen Schritte – einschließlich möglicher Probleme des Datenschutzes – wurden alle für die Untersuchung vorgesehenen Anstalten (vgl. dazu Abschnitt 4.1.1) im Januar und Februar 2005 durch Mitarbeiter des Kriminologischen Dienstes persönlich informiert. Unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Quote an Erstaufnahmen der beteiligten Vollzugsanstalten war in der Zugangsuntersuchung mit einer Erfassung von ca. 1.400 Inhaftierten zu rechnen. Das konkrete Vorgehen wurde vor Ort mit den Anstaltsleitungen und Leitungen der Vollzugsgeschäftsstellen, sowie mit dem ärztlichen Dienst erörtert und abgesprochen.

Es wurden ein Erhebungsinstrument entwickelt und eine Handreichung verfasst. Letztere beschrieb den genauen Ablauf der Untersuchung und erleichterte den Bearbeitern das Ausfüllen, indem zu verschiedenen Fragen Begriffe erläutert und mögliche Streitpunkte geklärt wurden. Nachdem im Februar und März 2005 die Praktikabilität des Vorgehens im Rahmen von Pretests in den Justizvollzugsanstalten Salinemoor und Bückeburg getestet worden war, begann die Zugangsuntersuchung am 1.4.2005 in den ausgewählten zehn Justizvollzugsanstalten (s. dazu Abschnitt 4.1.1).

Über einen Zeitraum von 3 Monaten wurden demographische und kriminologische Merkmale aller neu Inhaftierten (nur der tatsächlichen Erstaufnahmen) in allen Haftarten (mit Ausnahme der Abschiebehäft) und beiderlei Geschlechts erfasst. Wegen eines akuten personellen Engpasses wurde mit der JVA Hannover vereinbart, dass dort nur jeder vierte Gefangene untersucht werden sollte. Angaben allgemeiner Art und zur aktuellen Inhaftierung wurden von den Vollzugsgeschäftsstellen erhoben und an den ärztlichen Dienst weitergeleitet. Dieser setzte die Erhebung mit Angaben zum Drogenkonsum vor der Haft, Angaben zu durchgeführten Entzugs- und Therapiebehandlungen und Fragen sowie Einschätzungen zu Drogenkonsum und -abhängigkeit vor der aktuellen Haft fort. Die anonymisierten Daten wurden zur Auswertung an den Kriminologischen Dienst weitergeleitet.

Während der Studie, im Mai und im Juni 2005, wurden die sieben Justizvollzugsanstalten mit den meisten Neuzugängen erneut aufgesucht. Es wurden eventuelle Probleme abgefragt und erste Rückmeldungen gegeben. Bis auf die JVA Hannover war die Untersuchung problemlos durchgeführt worden. Dort hatte sich insofern ein Problem ergeben, als während der laufenden Untersuchung alle weiblichen Gefangenen in die Abteilung Langenhagen verlegt – und nicht mehr erfasst – worden waren. Insgesamt war die Unterstützung der Mitarbeiter der beteiligten Anstalten trotz erheblichen zusätzlichen Arbeitsaufwandes sehr gut und engagiert. Die Zugangsuntersuchung wurde in den Anstalten am 30.6.2005 abgeschlossen.

Mit der Zugangsuntersuchung konnten Erkenntnisse über den Drogenkonsum vor der Inhaftierung sowie über die Suchtproblematik zum Zeitpunkt des Haftantritts gewonnen werden.

Im Oktober 2005 hat die Leiterin des Kriminologischen Dienstes die ersten Ergebnisse der Zugangsuntersuchung den im niedersächsischen Vollzug tätigen Ärzten im



Rahmen ihrer Jahrestagung vorgestellt und die beabsichtigte Vorgehensweise zur Stichtagsuntersuchung erörtert.

3.2 Stichtagserhebung

Während die Zugangsuntersuchung den Drogenkonsum vor der Inhaftierung erfasste, können mit Hilfe der Querschnittsuntersuchung auch Aussagen zum Ausmaß des Drogenkonsums und der Drogenabhängigkeit während des Vollzuges gemacht werden. Darüber hinaus sind Angaben zur Behandlung im Laufe der Haftzeit erfasst worden. Wie die Erhebungsbögen für die Zugangsuntersuchung waren auch die Erhebungsbögen für die Querschnittsuntersuchung von der Arbeitsgruppe überarbeitet und aktualisiert worden (vgl. Anhänge A und B).

Auf die Erhebung von Daten bei Untersuchungsgefangenen konnte in der Stichtagsstudie verzichtet werden, weil dort aufgrund der relativ kurzen Haftdauer dieser Personen ein überdurchschnittlich hoher Anteil von Neuzugängen erfasst worden wäre, der möglicherweise schon in die Zugangsuntersuchung eingegangen ist. „Stichtag“ hieß in diesem Fall, dass zu einem bestimmten Zeitpunkt, nämlich am 15.2.2006, die Vollzugsgeschäftsstellen nach einem abgesprochenen Verfahren die Strafgefangenen ausgewählt haben, die in die Stichprobe gelangen sollten.

Insgesamt sollten in den teilnehmenden Anstalten (vgl. Abschnitt 4.1.1) 677 Strafgefangene durch die Vollzugsgeschäftsstellen zufällig ausgewählt werden. Die Zahl von 677 Inhaftierten ergab sich auf der Grundlage von statistischen Berechnungen, die in Anhang C ausführlich dargelegt sind. Nachdem in den Erhebungsbögen von den Mitarbeitern der Vollzugsgeschäftsstellen Angaben zur Person und zur aktuellen Inhaftierung gemacht worden waren, wurden die Namen dem ärztlichen Dienst gemeldet, der die Gefangenen, sofern sie zur Mitarbeit bereit waren, befragte und untersuchte. Der ärztliche Dienst erfasste Angaben zum Drogenkonsum vor und während der Inhaftierung und gab selbst Hinweise auf drogenbezogene Behandlungsmaßnahmen. Die Untersuchungen sollten am 8.3.2006 abgeschlossen sein. Der Termin wurde von fast allen Anstalten eingehalten, nur eine Anstalt hat den Untersuchungszeitraum wegen eines personellen Engpasses bis Mitte Mai ausgedehnt. Die anonymisierten Daten wurden dem Kriminologischen Dienst zur Auswertung übersandt.

Während die Zugangsuntersuchung für den ärztlichen Dienst „nur“ Mehrarbeit im Rahmen der ohnehin durchzuführenden Untersuchung neu aufgenommener Gefangener bedeutete, erforderte die Querschnittsuntersuchung darüber hinaus einen hohen Einsatz des ärztlichen Dienstes zeitgleich in allen beteiligten Anstalten. Von daher verdient die grundsätzliche Bereitschaft und das Engagement des ärztlichen Dienstes Anerkennung. Auch die Vollzugsgeschäftsstellen haben wichtige Hinweise für den Ablauf der Untersuchung vor Ort gegeben, die Mehrarbeit „klaglos“ akzeptiert und durch aufmerksame Mitarbeit zum reibungslosen Ablauf beigetragen. Der Aufwand einer derartigen Untersuchung wird leicht unterschätzt, denn die intensive Befragung von Neuzugängen beispielsweise greift durch die sich dadurch ergebenden zeitlichen Verzögerungen ins „Räderwerk“ der Anstalt und führt zu Behinderungen im



Ablauf aller Bereiche, die an der Aufnahme eines Neuzugangs zu beteiligen sind. So war es sicher hilfreich, dass sich die Anstaltsleiterin oder der Anstaltsleiter in den meisten Einrichtungen persönlich über den Ablauf der Drogenerhebung informiert und damit deutliche Signale gesetzt hatten.



4. Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der beiden Untersuchungen dargestellt. Zunächst wird in Abschnitt 4.1 ausführlich auf die Stichproben der beiden Teiluntersuchungen eingegangen. Es werden die Merkmale der Inhaftierten beschrieben, so wie sie aus den Daten der Vollzugsgeschäftsstellen erkennbar waren. Darauf folgt in Abschnitt 4.1.2 eine gesonderte Betrachtung der Stichtagsdaten. Da eine bestimmte Form der Stichprobenziehung erfolgt war, lässt sich bestimmen, inwiefern die Stichprobe verschiedene Gruppen von Inhaftierten repräsentiert.

In Abschnitt 4.2 werden dann Überlegungen und Kalkulationen zur Validität, also der Gültigkeit der Ergebnisdaten angestellt. Jede Untersuchung zu einem so heiklen Thema wie dem Konsum von Drogen muss sich fragen, ob seine Resultate den „wahren“ Verhältnissen entsprechen, und in diesem Unterkapitel werden verschiedene Herangehensweisen an dieses Problem vorgestellt.

Unterkapitel 4.3 stellt das Herzstück der vorliegenden Studie dar. Hier werden sowohl die Ergebnisse zum Drogenkonsum vor der Haft als auch solche zum Konsum in der Strafhafte beschrieben. Auch auf intravenösen Gebrauch und Abhängigkeit von Substanzen wird eingegangen, und es wird jeweils aufgezeigt, welche Personengruppen besonders gefährdet und belastet sind bzw. in welchen Haftarten Konsum und Abhängigkeit besonders verbreitet sind.

Abschnitt 4.4 widmet sich Maßnahmen im Zusammenhang mit Drogengebrauch und vor allem -abhängigkeit. Es wird dargestellt, in welchem Umfang die Befragten schon vor der Inhaftierung über Erfahrungen mit Behandlungsmaßnahmen verfügten und es wird geschildert, wie viele Personen in Haft in Bezug auf Drogen medizinisch behandelt wurden.

Eine Sonderauswertung zum Thema des Alkoholkonsums, -missbrauchs und der Abhängigkeit von Alkohol rundet das Kapitel in Abschnitt 4.5 ab.

4.1 Stichproben

4.1.1 Merkmale der Untersuchungsgruppen (Zugang und Stichtag)

Insgesamt liegen aus der Zugangsuntersuchung Daten von 1042 Personen vor. Sie stammen aus den in Tabelle 5 dargestellten Anstalten. Die Zahl der Datensätze liegt damit in etwa im Rahmen der Erwartungen. Abweichungen haben sich ergeben, weil die JVA Hannover während des Untersuchungszeitraums im Frühjahr 2005 ihre Abteilung für Frauen in die Abteilung Langenhagen verlegte und dort keine Untersuchungen durchführte.



Tabelle 5. Befragte in den Justizvollzugsanstalten (Zugangsuntersuchung)

Anstalt	Anzahl	Prozent
JA Hameln	73	7,0
JA Göttingen-Leineberg	26	2,5
JVA Vechta	64	6,1
JVA für Frauen in Vechta	81	7,8
JVA Braunschweig	240	23,0
JVA Oldenburg	239	22,9
JVA Lingen-Damaschke	167	16,0
JVA Uelzen	5	0,5
JVA Meppen	5	0,5
JVA Hannover	142	13,6
Gesamt	1042	100,0

Für die Stichtagserhebung wurden 677 Inhaftierte für die Erhebung ausgewählt. 679 Bögen wurden dem Kriminologischen Dienst zugeleitet. Da 11 Bögen aus verschiedenen Gründen nicht verwertbar waren, wurden für die Erhebung 668 Fälle berücksichtigt (Verteilung auf die Anstalten s. Tabelle 6).

Tabelle 6. Befragte in den Justizvollzugsanstalten (Stichtagserhebung)

Anstalt	Anzahl	Prozent
JA Hameln	88	13,2
JVA Rosdorf, Abt. Göttingen-Leineberg	18	2,7
JVA Vechta	52	7,8
JVA für Frauen in Vechta	68	10,2
JVA Lingen-Damaschke	85	12,7
JVA Uelzen	43	6,4
JVA Hannover	103	15,4
JVA Sehnde	68	10,2
JVA Lingen	82	12,3
JVA Wolfenbüttel	61	9,1
Gesamt	668	100,0

Persönliche und vollzugliche Daten (zum Beispiel zur strafrechtlichen Vorgeschichte oder zur aktuellen Straftat) wurden von allen Inhaftierten erhoben. In die drogenbezogenen medizinischen Erhebungen wurden lediglich diejenigen Inhaftierten einbezogen, die diesen zustimmten. Es wurde eine gute Teilnahmequote erreicht, sie lag mit sieben von zehn angesprochenen Gefangenen in beiden Untersuchungen ungefähr gleich hoch (Tabelle 7).



Tabelle 7. Teilnehmerquoten

Untersuchung	Datensätze	Teilnehmer	Quote in %
Zugangsuntersuchung	1 042	746	71,6
Stichtagserhebung	668	468	70,1

Die folgenden Vergleichszahlen beziehen sich, wenn nicht anders angegeben, auf die teilnehmenden Gefangenen. Wo möglich, wird auch die aktuellste entsprechende Zahl aus den Einzeldatensätzen der Strafvollzugsstatistik des Landes Niedersachsen (vom 31.03.2005) zum Vergleich berichtet. Diese Zahlen eignen sich nur für einen Vergleich mit den Daten der Stichtagsstudie, da sie sich nur auf Strafgefangene und Sicherungsverwahrte bezieht. Jeweils ungefähr 80 % der Befragten befanden sich im geschlossenen Vollzug (vgl. Tabelle 8). Ein Großteil der männlichen Gefangenen aus dem offenen Vollzug wurde in der JVA Lingen-Damaschke befragt (68,3 % bzw. 68,8 %).

Tabelle 8. Befragte nach Vollzugsform in %

Vollzugsform	Zugang	Stichtag	StVollz- Statistik
offener Vollzug	17,3	20,0	22,7 %
geschlossener Vollzug	82,2	80,0	77,3 %
keine Angabe	0,5		

Lediglich ungefähr ein Viertel der Befragten stellte sich selbst zum Strafantritt (vgl. Tabelle 9). Bei der Zugangsuntersuchung befanden sich knapp 43,9 % der Selbststeller im offenen Vollzug, bei der Stichtagserhebung waren es 55,0 %.

Tabelle 9. Befragte nach Art des Zugangs in %

Art des Zugangs	Zugang	Stichtag
festgenommen	75,2	73,2
Selbststeller	22,5	26,8
keine Angabe	2,3	3,4

Zugänge in den Vollzugsanstalten finden zu einem großen Teil in den Untersuchungshaftanstalten statt. Die meisten Datensätze kamen deshalb bei der Zugangsuntersuchung aus den Justizvollzugsanstalten Braunschweig und Oldenburg. Ungefähr die Hälfte der Zugänge sind Untersuchungsgefangene (s. Tabelle 10). Vermutlich ist ein hoher Anteil an Ersatzfreiheitsstrafen darauf zurückzuführen, dass diese Personen nicht unter die Haftart „Freiheitsstrafe“ subsumiert wurden. In der Stichtagserhebung wurde diese Unklarheit durch die Aufnahme einer eigenen Kategorie für Ersatzfreiheitsstrafen behoben.



Frauen sind in beiden Erhebungen prozentual häufiger vertreten als die Strafvollzugsstatistik nahe legt (vgl. Tabelle 11). Ihr stichtagsbezogener Anteil an den Gefangenen beträgt in diesen Studien meist knapp 5 %. Die hier und für die folgenden Punkte gewählten Vergleichszahlen zur Strafvollzugsstatistik beziehen sich auf die niedersächsische Statistik vom 31.03.2005. Wichtig ist dieser Vergleich lediglich in Bezug auf die Stichtagserhebung.

Tabelle 10. Befragte nach Haftart in %

Vollzugsart	Zugang	Stichtag
Untersuchungshaft	39,8	–
Jugendstrafe	8,6	20,4
Freiheitsstrafe	35,6	71,8
Ersatzfreiheitsstrafe	–	4,3
sonstige	14,4	–
keine Angabe	1,6	3,5

Der hohe Anteil bei der Zugangsuntersuchung hängt sicherlich damit zusammen, dass Frauen im Durchschnitt deutlich kürzere Haftstrafen zu verbüßen haben als Männer, also ein höherer Durchlauf vorliegt. In der Stichtagsstudie waren aus statistischen Gründen mehr Frauen ausgewählt worden (vgl. dazu Abschnitt 4.1.2 und Anhang C).

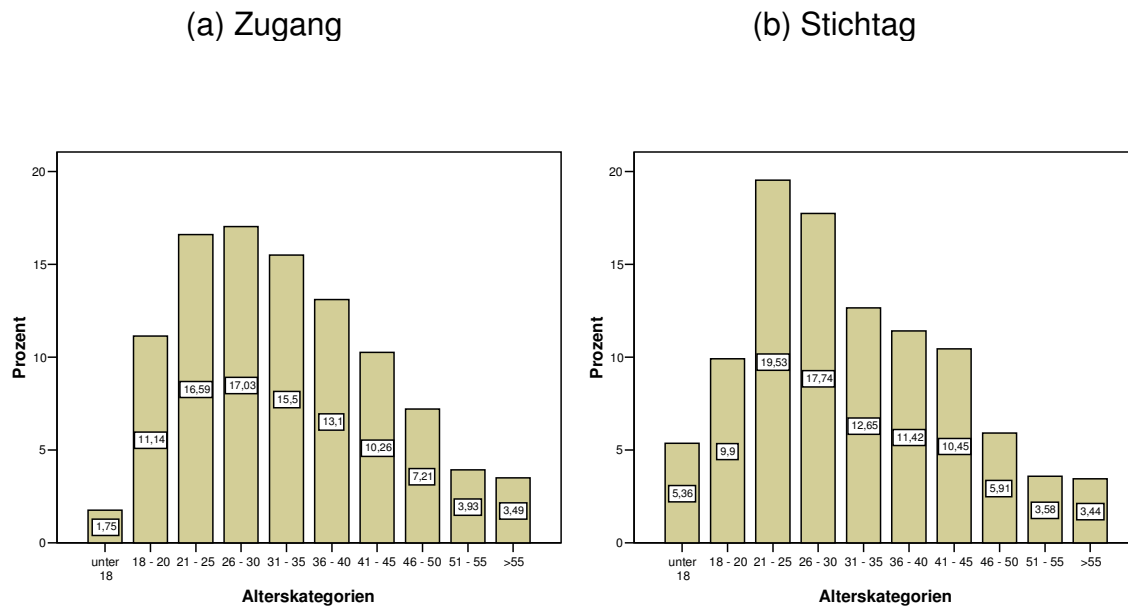
Tabelle 11. Befragte nach Geschlecht in %

Geschlecht	Zugang	Stichtag	StVoll- Statistik
männlich	90,6	86,1	95,4 %
weiblich	9,4	13,9	4,6 %

Die Altersverteilung der Untersuchten gibt Abbildung 3 wieder. Die größte Altersgruppe bei der Zugangsuntersuchung war die der 26- bis 30-jährigen, gefolgt von den 21- bis 25-jährigen. Bei der Stichtagserhebung war dies umgekehrt. Bei beiden machen die Gruppen der 21- bis 30-jährigen damit mehr als ein Drittel aller Personen aus.

Bei der Stichtagserhebung gibt es nur wenige Inhaftierte unter 18 Jahren. Das mittlere Alter in der Zugangsuntersuchung beträgt bei 727 gültigen Angaben 32,0 Jahre (Standardabweichung 11,3). In der Stichtagsuntersuchung beträgt es bei 458 gültigen Angaben 33,2 Jahre (Standardabweichung 11,1). Das Durchschnittsalter unterscheidet sich in den beiden Stichproben nicht signifikant.

Abbildung 3. Befragte nach Altersgruppen.



Gut drei Viertel der Gefangenen waren Deutsche (s. Tabelle 12). Die 216 ausländischen Gefangenen in der Zugangsuntersuchung kamen aus insgesamt 43 verschiedenen Ländern. Die häufigsten Nationalitäten waren Türken (27), Polen (19), Serben (9) und Libanesen (8). Alle anderen waren durch weniger als 8 Personen vertreten. Bei der Stichtagserhebung waren die häufigsten Nationalitäten Türken (22), Libanesen (5) und Italiener (5) und alle anderen weniger als 5 Personen. 25 (6,7 %) der Deutschen bei der Stichtagserhebung waren Spätaussiedler, bei der Zugangsuntersuchung wurde hier nicht differenziert. Die Zahlen der Strafvollzugsstatistik zeigen, dass eine repräsentative Anzahl nichtdeutscher Inhaftierter befragt wurde.

Tabelle 12. Befragte nach Nationalität.

Nationalität	Zugang	Stichtag	StVollz-Statistik
deutsch	80,4	82,0	81,0 %
andere	18,1	16,9	19,0 %
keine/fehlende Angaben	1,4	1,1	

Die Erhebungsinstrumente räumten die Möglichkeit ein, bis zu drei verschiedene Delikte zu benennen, wegen derer die Befragten inhaftiert waren. Bei der weitaus größten Zahl der Fälle wurde lediglich ein Delikt angegeben, daher beschränkt sich die folgende Darstellung in

Tabelle 13 auf die jeweils angegebenen Erst- bzw. Hauptdelikte. Bei Personen in Untersuchungshaft wurde der Tatvorwurf kodiert. Diebstahl war das mit deutlichem Abstand häufigste Delikt. Unterschiede in der Deliktstruktur sind vorrangig auf die unterschiedliche Auswahl der beteiligten Anstalten zurückzuführen. Darüber hinaus sind in Stichtagsbefragungen lange Strafen etwas überrepräsentiert, weil deren



Wahrscheinlichkeit größer ist, in die Stichprobe zu gelangen. Diebstahl ist bei der Zugangsuntersuchung häufiger vertreten, schwere Delikte (Mord, Raub, Totschlag und Sexualdelikte, die auch mit längeren Freiheitsstrafen verbunden sind) kommen in der Stichtagserhebung häufiger vor.

Die Delikte der Strafgefangenen lassen sich mit der Strafvollzugsstatistik nur bedingt vergleichen, weil dieser andere Deliktkategorien zugrunde liegen. Vor allem lässt sich wegen der Kodierungsregeln der Strafvollzugsstatistik die Häufigkeit von Betäubungsmitteldelikten nicht vergleichen (vgl. Abschnitt 2.2.1). Bei den vergleichbaren Delikten zeigt sich, dass Übereinstimmungen bei Delikten gegen das Leben, bei Raub und bei Diebstahl vorliegen. Einen geringen Unterschied gibt es bei Sexualdelikten und Körperverletzung (Tabelle 14).

Tabelle 13. Delikte der Inhaftierten (Zugang und Stichtag).

Delikt	Zugang	Stichtag
Diebstahl	32,7	25,6
Verstoß BtMG	14,0	13,4
andere Vermögensdelikte	13,1	11,3
Körperverletzung	9,4	13,9
sonstige	6,9	5,4
Verkehrsdelikte	6,5	2,0
Raub	6,5	13,0
Sexualdelikte	3,5	5,9
Totschlag	1,8	3,0
Brandstiftung	1,0	0,4
andere Gewaltdelikte	0,7	0,9
Sachbeschädigung	0,7	0,4
Mord	0,5	4,8
unklar, keine Angabe	2,6	–

Tabelle 14. Delikte in der Stichtagserhebung im Vergleich zur nds. Strafvollzugsstatistik

Delikte	Stichtagserhebung	Strafvollzugsstatistik Nds.
Mord und Totschlag	7,2 %	7,8 %
Raub	13,0 %	13,2 %
Körperverletzung	13,9 %	9,6 %
Sexualdelikte	5,9 %	7,3 %
Diebstahl	25,6 %	24,4 %

Auch nach der Vorstrafenbelastung der Inhaftierten wurde gefragt. Es zeigte sich, dass bei der Zugangsuntersuchung mehr als die Hälfte der Personen, für die Angaben gemacht wurden, vorbestraft waren (vgl. Tabelle 15). Für immerhin 11,5 % der



Inhaftierten konnten noch keine Angaben gemacht werden, da es sich um Neuzugänge handelte und die Zeit für die Erhebung diesbezüglicher Angaben sehr kurz war. Bei der Stichtagserhebung waren lediglich 27,3 % der Befragten noch ohne Vorstrafe, ungefähr die Hälfte war ein- bis viermal vorbestraft. Die Stichtagserhebung enthält damit im Vergleich zur Strafvollzugsstatistik einen deutlich geringeren Anteil an Nicht-Vorbestraften. Dies dürfte vorrangig mit der Auswahl der Anstalten (u. a. JVA Sehnde) zusammenhängen.

Tabelle 15. Vorstrafenbelastung der Inhaftierten

Anzahl der Vorstrafen	Zugang	Stichtag	StVollz- Statistik
keine	41,1	27,3	37,9 %
1 bis 4	36,0	48,4	36,7 %
mehr als 4	11,3	21,0	25,3 %
fehlend/keine Angaben	11,5	3,3	

Knapp die Hälfte der Befragten der Stichtagsuntersuchung war nicht das erste Mal in Haft (vgl. Tabelle 16). Die Daten der Tabelle 16 deuten zunächst auf einen höheren Anteil an Personen mit Vorinhaftierungen in der Zugangsstudie hin. Dieser Befund wäre angesichts der geringeren Vorstrafenbelastung erstaunlich. Denkbar ist allerdings, dass recht viele der Personen, für die keine Angaben verfügbar waren, noch nicht inhaftiert gewesen waren. Dies könnte das Bild der Tabelle 16 mit dem der Tabelle 15 in Einklang bringen.

Tabelle 16. Frühere Inhaftierungen

Frühere Inhaftierungen	Zugang	Stichtag
nein	43,2	51,8
einmal	20,7	22,6
mehrfach	24,4	21,7
fehlend/keine Angaben	11,7	3,9

In beiden Studien wurden auch die Strafzeiten berechnet, die die Inhaftierten insgesamt (bis zum Termin des Strafendes) zu absolvieren hatten. Abbildung 4 gibt einen Überblick. Dabei ist zu bedenken, dass diese Angabe nur für Strafgefangene gemacht werden konnte, Untersuchungsgefangene (in der Zugangsuntersuchung), Lebenslängliche und Sicherungsverwahrte waren nicht enthalten.

Die durchschnittliche Strafdauer der Strafgefangenen in der Zugangsstudie betrug 7,5 Monate (Standardabweichung 8,9), in der Stichtagsstudie 36,8 Monate (Standardabweichung 35,5 Monate). Auch Abbildungen 4a und 4b veranschaulichen die extremen Unterschiede in den Strafzeiten der beiden Stichproben. Die Hinzunahme der drei Justizvollzugsanstalten Sehnde, Lingen und Wolfenbüttel und die Beschränkung auf Strafgefangene haben dazu geführt, dass sich die Klientel beider Studien mitunter deutlich unterscheiden. Dies war anhand der schwereren Deliktstruktur und



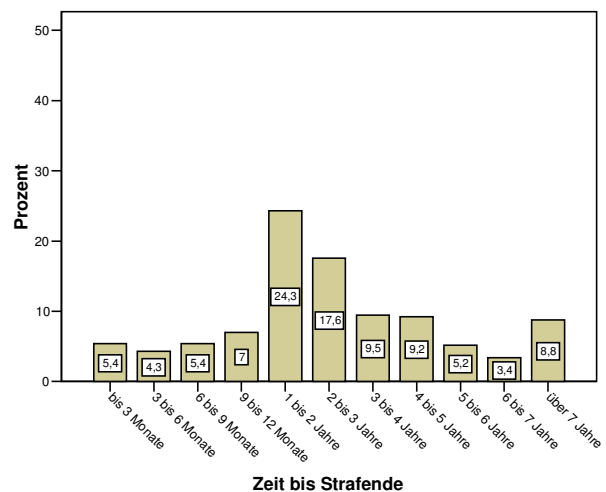
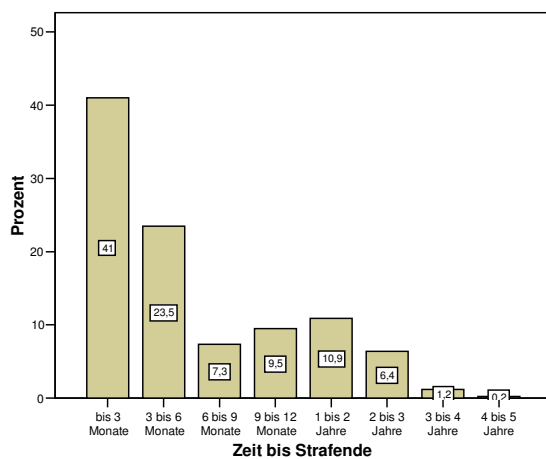
der höheren Vorstrafenbelastung der Stichtagsprobanden schon zu vermuten gewesen, bestätigt sich in dieser Analyse aber in besonderem Maße.

In der Stichtagsuntersuchung ließ sich auch der jeweilige Zeitpunkt innerhalb der Freiheitsstrafe ermitteln, zu dem die Befragung stattfand. Ungefähr ein Viertel der Gefangenen war zum Zeitpunkt der Befragung weniger als 6 Monate in Haft, die Hälfte war bis zu 10,5 Monaten inhaftiert und bei einem Viertel dauerte die Haft bereits länger als 21,5 Monate.

Abbildung 4. Strafzeiten der Befragten.

(a) Zugangsstudie (N = 422)

(b) Stichtagsstudie (N = 444)

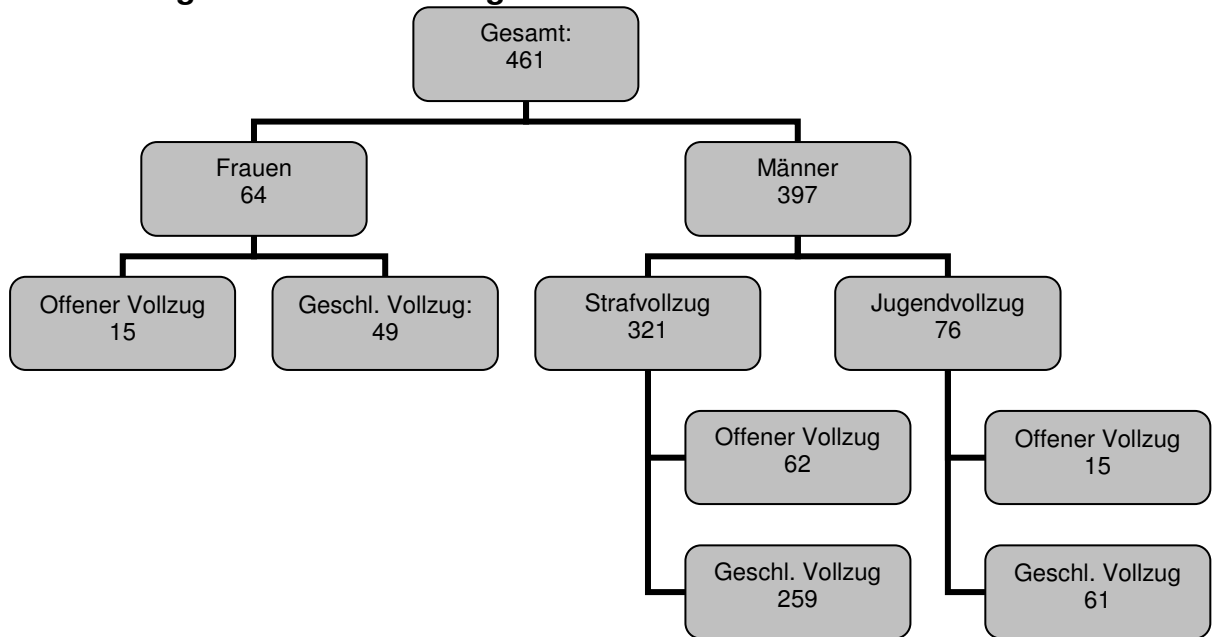


4.1.2 Ausschöpfungsquoten, Gewichtungen und Vertrauensintervalle in der Stichtagerhebung

Da in den ausgewählten Anstalten alle Neuzugänge in die Untersuchung einbezogen wurden, stellt die Zugangsuntersuchung gewissermaßen eine Totalerhebung dar (zur Teilnahmebereitschaft vgl. Abschnitt 4.1.1). In der Stichtagsuntersuchung ist jedoch eine Zufallsauswahl der Strafgefangenen erfolgt, so dass methodische Überlegungen zur Ausschöpfung der Gesamtgruppe notwendig sind. Damit verbunden sind Berechnungen zur Gewichtung von Daten und zur „Sicherheit“, mit der von den Ergebnissen der Stichprobe auf Zustände in der Gesamtgruppe geschlossen werden kann.

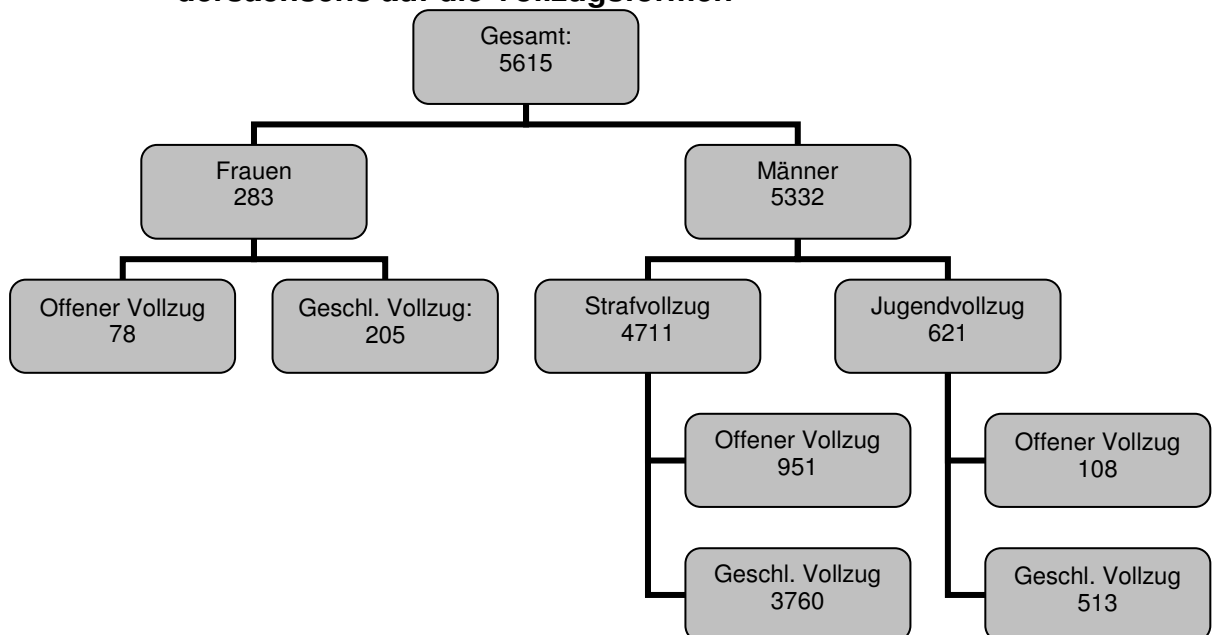
Insgesamt stehen in der Stichtagsuntersuchung Datensätze von 468 Personen zur Verfügung (s. o.). Zieht man die 7 Personen ab, mit denen eine Verständigung nicht möglich war und bei denen deshalb die Selbstauskünfte zum Drogenkonsum fehlen, sind es noch 461 Strafgefangene. Diese verteilen sich wie in Abbildung 5 dargestellt auf die unterschiedlichen Vollzugsformen.

Abbildung 5⁴. Verteilung der an der Stichtagstudie teilnehmenden Strafgefangenen auf die Vollzugsformen.



Um zu ermitteln, wie gut diese Stichprobe die Population der Gefangenen repräsentiert bzw. ausschöpft, wurden erste, mündlich übermittelte Daten der niedersächsischen Strafvollzugsstatistik (Stichtagsbelegung am 31.3.2006) als Schätzwerte herangezogen. An diesem Tag verteilten sich alle Strafgefangenen wie in Abbildung 6 veranschaulicht auf die Vollzugsformen.

Abbildung 6. Verteilung aller am 31.3.2006 inhaftierten Strafgefangenen Niedersachsens auf die Vollzugsformen



⁴ In dieser Abbildung und in allen folgenden Analysen werden Mädchen und junge Frauen im Jugendvollzug zu den (erwachsenen) Frauen (im Strafvollzug) gerechnet, weil es so wenige von ihnen gibt, dass eine separate Auswertung nicht sinnvoll ist.



Bezieht man die Zahlen in Abbildung 5 auf die in Abbildung 6, kann man bestimmen, dass an der Stichtagserhebung ca. 8,2 % aller Strafgefangenen teilgenommen haben. Für die einzelnen Gruppen ist die Ausschöpfungsquote unterschiedlich, wie die zweite Spalte von Tabelle 17 zeigt.

Die unterschiedlichen Ausschöpfungsquoten sind nicht nur eine Folge der differierenden Teilnahmebereitschaft in den Anstalten (s.o.), sondern vor allem der methodischen Anlage der Studie: Es war kein geschichtetes Stichprobenverfahren gewählt worden, bei dem versucht wird, die Gruppen der Befragten in einem Größenverhältnis zu wählen, wie es dem Verhältnis in der Population entspricht. Stattdessen war pro Gruppe jeweils ein unter Gesichtspunkten des Arbeitsaufwands methodisch vertretbarer Stichprobenumfang gewählt worden (zur Begründung dieses Vorgehens vgl. Anhang C). Da in kleinen Populationen für zuverlässige Daten viele Personen in der Stichprobe nötig sind, wurden – gemessen an der Populationsgröße – deutlich mehr inhaftierte strafgefängene Frauen befragt als Männer. So erklärt es sich auch, dass in Niedersachsen der Anteil inhaftierter Frauen nur 5 % beträgt, ihr Anteil in der Stichprobe aber 13,9 %. In der Stichprobe sind demnach all diejenigen Gruppen überrepräsentiert, deren Wert in der vierten Spalte von Tabelle 17 größer ist als der Wert in der dritten. Männer im (offenen und geschlossenen) Strafvollzug sind in der Stichprobe unterrepräsentiert, die anderen Gruppen sind überrepräsentiert.

Aus diesem Grund sind die Daten zu gewichten, wenn man Aussagen über die Gesamtstichprobe (etwa „in Niedersachsen konsumieren x % aller Gefangenen Haschisch“) machen will. Man stelle sich vor, unter Frauen würden deutlich mehr Drogen in Haft konsumiert als bei allen anderen Gruppen. Dies hätte zur Folge, dass der Gesamtanteil Drogen konsumierender Personen überschätzt werden würde, weil Frauen überproportional in der Stichprobe enthalten sind. Die Gewichtung der Datensätze verhindert diese Verzerrung. Da wie ausgeführt Männer im Strafvollzug unterrepräsentiert sind, müssen ihre Daten durch die Gewichtung aufgewertet werden (Gewichtungsfaktor > 1).

Jede Untersuchung, die nicht alle Personen in der Population untersucht, sondern eine Auswahl, muss mit Schätzgenauigkeiten rechnen. Aus diesem Grund waren die Zahlen der zu untersuchenden Gefangenen vorher so genau festgelegt worden. Dadurch, dass nicht alle ausgewählten Gefangenen teilgenommen haben, reduziert sich die Schätzgenauigkeit zwangsläufig, das heißt, das Vertrauen in die konkreten Ergebnisse und Zahlen (z.B. „14 % aller Gefangenen konsumieren in der Haft Haschisch“ o. ä.) verringert sich.

Streng genommen müsste man bei jedem Ergebnis, das in den folgenden Abschnitten berichtet wird, ein Vertrauensintervall angeben (statt der oben angegebenen 14 % z.B. etwa „mit 90 %iger Wahrscheinlichkeit konsumieren zwischen 9 und 19 % aller Gefangenen in der Haft Haschisch“). Das Vertrauensintervall berechnet sich aus dem ermittelten Prozentwert (bspw. 14 %), dem angestrebten Sicherheitsniveau und der Größe der Stichprobe in Relation zur Population.



Tabelle 17. Ausschöpfungsquoten und Gewichtungsfaktor.

Gruppe	Aus- schöp- fung in %	Anteil in der Po- pulation	Anteil in der Stich- probe	Gewich- tungs- faktor
Insgesamt (alle Gruppen)	8,2			
Frauen insgesamt	22,6	5,0	13,9	
Männer insgesamt	7,4	95,0	86,1	
Frauen im offenen Strafvollzug	19,2	1,4	3,3	0,4242
Frauen im geschlossenen Straf- vollzug	23,9	3,7	10,6	0,3491
Männer im offenen Jugendvollzug	13,9	1,9	3,3	0,5758
Männer im geschlossenen Ju- gendvollzug	11,9	9,1	13,2	0,6894
Männer im offenen Strafvollzug	6,5	16,9	13,4	1,2612
Männer im geschlossenen Straf- vollzug	6,9	67,0	56,2	1,1922

Im Vorgriff auf die Ergebnisse soll die Problematik anhand einiger Zahlenbeispiele veranschaulicht werden: In Abschnitt 4.4.1 wird berechnet, dass 58,5 % der Stichprobe schon einmal vor der Inhaftierung irgendeine Droge konsumiert haben. Unter den gegebenen Randbedingungen (461 Befragte von 5.615 Gefangenen; 58,5 % Verbreitung) kann man mit 98 %iger Wahrscheinlichkeit davon ausgehen, dass dieser Wert den „realen“ Wert um maximal 5 % über- oder unterschätzt. Der wahre Wert liegt also mit 98 % Wahrscheinlichkeit zwischen 53,5 % und 63,5 %. Mit 99,9 %iger Wahrscheinlichkeit liegt in der gleichen Analyse die Prävalenzrate von 6,1 % für Kokainkonsum maximal 3,5 % über oder unter dem tatsächlichen Wert. Bei geringerer Prävalenz steigt also unter gleichem Verhältnis der Stichprobengröße zur Populationsgröße die Präzision des ermittelten Wertes.

Ein anderes Beispiel verdeutlicht, dass die Populationsgröße und auch die Zahl der Personen in der Stichprobe einen erheblichen Einfluss auf die Präzision von Prävalenzzahlen ausüben: Die Verbreitung des Drogenkonsums von Frauen in Haft (vgl. Abschnitt 4.3.2: 20,3 %) lässt sich nur mit 74 %iger Wahrscheinlichkeit mit maximal +/- 5 % verschätzen. Obwohl die Prävalenz des Drogenkonsums in Haft unter erwachsenen Männern 27,7 % beträgt (und damit höher ist als bei den Frauen, was im vorangegangenen Absatz mit einer schlechteren Schätzgenauigkeit verbunden war), kann man bei ihnen zu 96 % sicher sein, dass dieser Wert um maximal 5 % über- bzw. unterschätzt wird. Da die Größe der Population bei männlichen Gefangenen im Jugendvollzug zwischen der weiblichen Gefangenen und der erwachsenen Männer liegt, lässt sich - allerdings vereinfacht - sagen, dass die Ergebnisse der Ge-



samtgruppe am zuverlässigsten schätzbar sind, gefolgt von der Gruppe der männlichen Erwachsenen, gefolgt von männlichen Inhaftierten im Jugendvollzug. Obwohl von der Gruppe inhaftierter Frauen prozentual gesehen der höchste Anteil befragt wurde (vgl. oben), ist für diese Gruppe die Schätzgenauigkeit am geringsten.

Für jedes einzelne Ergebnis der Stichtagsstudie ließe sich in der hier illustrierten Weise ein Sicherheitsniveau angeben. Da dies allerdings zu sehr großen und unübersichtlichen Tabellen und langen und komplexen Texten führen würde, wird im Folgenden auf dieses – eigentlich richtigere – Vorgehen verzichtet. Die Grundproblematik sollte beim Lesen und Interpretieren der Zahlen allerdings nicht aus den Augen verloren werden: Die Zahlen der Stichprobe sind nur Schätzer des „wahren“ Wertes in der Population der Strafgefangenen, und es hängt mit der gefundenen Prävalenz, der Größe der Population und der Größe der Stichprobe zusammen, wie zuverlässig die Schätzung ist.

4.2 Validität der Ergebnisse

Zur Abschätzung der Aussagekraft der Ergebnisse reicht es nicht, Konfidenzintervalle zu berechnen. Es sind vielmehr grundsätzliche Überlegungen zu möglichen Faktoren anzustellen, die

1. Personen dazu bewegen, teilzunehmen oder nicht (hier geht es um die Repräsentativität der Daten) und
2. Teilnehmer dazu bewegen, falsche Angaben zu machen.

Bei beiden Aspekten geht es um Einschätzungen zum Ausmaß möglicher Ergebnisverzerrungen und um die Ursachen dafür.

In beiden Teilstudien, über die hier berichtet wird, war zu befürchten, dass nicht viele der angesprochenen Inhaftierten teilnehmen oder ihre Antworten nicht der Wahrheit entsprechen. Drogen zu konsumieren ist zwar nicht strafbar, ihr Besitz hingegen wohl. Bei Befragungen zu einem in dieser Hinsicht tabuisierten, sozial nicht gebilligten Verhalten muss vor allem damit gerechnet werden, dass es verschwiegen, heruntergespielt oder untertrieben wird. Besondere Brisanz kommt im vorliegenden Kontext dadurch hinzu, dass die Befragung nicht etwa von einem unabhängigen Forschungsinstitut, sondern von der Justiz selbst durchgeführt wurde – also der Institution, die aus Sicht der Inhaftierten für den Entzug von Freiheit „verantwortlich“ war und die den Auftrag hat, weiteres illegales Verhalten zu unterbinden.

Allen Angesprochenen wurde zwar erläutert, dass die Befragung anonym stattfindet, dass der medizinische Dienst zur Verschwiegenheit verpflichtet sei und dass keine Dritten etwas von den Angaben oder personenbezogenen Daten erfahren würden (und insofern keine negativen Konsequenzen zu befürchten seien). Nicht in jedem Fall werden die Befragten dies aber geglaubt haben. Es ist davon auszugehen, dass gerade solche Personen, die schon häufiger mit der Justiz zu tun hatten, ihr skeptisch und mit wenig Vertrauen gegenüberstehen und deshalb eine größere Motivation



zur Teilnahmeverweigerung oder zu Falschantworten hatten (vgl. dazu weiter unten). Im vorliegenden Fall konnten die Angesprochenen befürchten, dass das Zugeben von Drogenkonsum (vor allem in Haft) zu negativen Konsequenzen für ihre Haftzeit führt (auch wenn solche Befürchtungen einer Grundlage entbehrten). Darüber hinaus kann es peinlich sein, über nicht toleriertes Verhalten zu berichten.

Indes sind bei bestimmten Inhaftierten auch gegenteilige Effekte denkbar. Wer sich vom medizinischen Dienst Hilfsmaßnahmen gegen seinen Suchtdruck oder gegen Entzugerscheinungen verspricht, könnte geneigt sein, eigenen Drogenkonsum in der Befragung zu übertreiben. Dahinter könnte die Annahme stehen, dass mit un-wahren Angaben bezüglich des Ausmaßes oder des Musters eigenen Konsums die Wahrscheinlichkeit von substituierenden Maßnahmen, Medikamentenverschreibungen oder allgemeiner Aufmerksamkeitszuwendung durch den medizinischen Dienst steigt.

Der genaue Umfang von Verzerrungstendenzen beider Richtungen lässt sich nicht bestimmen. Vorliegend sollen anhand der empirischen Daten diesbezüglich grobe Abschätzungen angestellt werden.

Dazu werden zunächst in Abschnitt 4.2.1 für beide Studien die Inhaftierten, die sich zu einer Teilnahme bereit erklärt haben, mit den Verweigerern verglichen. Für diese Analyse stehen die allgemeinen Daten der Vollzugsgeschäftsstellen zur Verfügung, die für alle Angesprochenen erhoben wurden. Es lässt sich damit ermitteln, ob es Inhaftierte gab, die in besonderem Maße zur Teilnahme unmotiviert waren und für welche Inhaftierte die Daten insofern vermutlich weniger Aussagekraft besitzen.

In Abschnitt 4.2.2 wird dann das Antwortverhalten der Teilnehmer betrachtet. Der Fokus der Analysen liegt hierbei auf den Abweichungen zwischen drogenbezogenen Selbstangaben der Inhaftierten und (Fremd-)Einschätzungen durch den medizinischen Dienst. Außerdem wurden die Interviewer in beiden Teilstudien gebeten anzugeben, für wie glaubwürdig sie die Angaben hielten.

4.2.1 Vergleich von Teilnehmern und Nichtteilnehmern

Ausgangspunkt der Analysen ist die Überlegung, dass die Entscheidung, bei der Befragung mitzumachen, vermutlich nicht zufällig zustande kommt, sondern systematisch mit bestimmten Überlegungen der Inhaftierten zusammenhängt. Diese Überlegungen wurden – zumindest in der Zugangsstudie – nicht erfasst. Die einzigen Informationen, die zur Verfügung stehen, sind die von der Vollzugsgeschäftsstelle erhobenen formalen Daten.

Die Analysen ergeben für die Zugangsstudie folgendes Bild (vgl. Tabelle 18): In der Teilnahmebereitschaft unterschieden sich Männer und Frauen nicht; auch ob jemand wegen eines BtM-Delikttes in Haft war, Deutscher oder Nichtdeutscher war, sich in Untersuchungshaft befand oder eine Freiheits- oder Jugendstrafe verbüßte, war nicht relevant. Allerdings nahmen vorbestrafte Täter seltener teil als nicht Vorbestrafte, und Personen im offenen Vollzug seltener als solche im geschlossenen.



Unter den Vorbestraften sind es besonders diejenigen, die auch über Erfahrungen aus früheren Inhaftierungen verfügen, die seltener bereit sind, Angaben zu machen. Möglich ist, dass dieser Personenkreis den Bediensteten mit mehr Skepsis begegnet und deswegen seine Zustimmung zur Teilnahme häufiger verweigerte. Die geringere Teilnahmebereitschaft der Inhaftierten im offenen Vollzug könnte darauf zurückzuführen sein, dass sie befürchteten, bei Zugabe von Drogenkonsum als für den offenen Vollzug ungeeignet diagnostiziert und in den geschlossenen Vollzug verlegt zu werden.

Vorbestrafte und Gefangene des offenen Vollzugs haben in geringerem Umfang geantwortet als andere, weshalb für diese Gruppen die Aussagekraft der Daten etwas geringer sein dürfte als für die Merkmalsgruppen, in denen keine Unterschiede zwischen Teilnehmern und Verweigerern bestehen.

Tabelle 18. Zusammenhänge der Merkmale der Befragten mit der Teilnahmebereitschaft (Zugangsuntersuchung; N = 1.042).

Merkmalsgruppe	Ausprägung	Ausprägung	χ^2
Vollzugsform	offen	geschlossen	16,7**
	60,4 %	74,6 %	
Alter	bis 20 / über 55	andere	18,3***
	80,0 %	70,0 %	
Geschlecht	Männer	Frauen	0,7
	71,2 %	75,3 %	
Staatsangehörigkeit	deutsch	nichtdeutsch	2,8
	72,9 %	67,1 %	
Haftart	U-Haft	Freiheits-/ Jugendstrafe	0,1
	73,4 %	72,3 %	
Vorstrafen	keine	mind. 1	9,9**
	78,4 %	69,0 %	
BtM-Delikt? ⁵	ja	nein	0,8
	72,2 %	71,1 %	

Anmerkung. In der rechten Spalte ist das Ergebnis eines Signifikanztests wiedergegeben, der prüft, ob die gefundenen Unterschiede von Zufallsergebnissen abweichen. Die Teststatistik, χ^2 (sprich: Chi-Quadrat) wird umso größer, je größer die Unterschiede zwischen den Gruppen. Die Sternchen hinter einigen Chi-Quadrat-Werten geben das Signifikanzniveau an: * = signifikant ($p < .05$); ** = sehr signifikant ($p < .01$), *** = hochsignifikant ($p > .001$).

Im Gegensatz zur Zugangsuntersuchung gab es bei der Stichtagserhebung kaum Unterschiede zwischen Inhaftiertengruppen bezüglich der Teilnahmebereitschaft.

⁵ In dieser Zeile werden Personen verglichen, die entweder wegen eines BtM-Deliktes inhaftiert waren oder nicht.



In der Stichtagserhebung waren die Teilnahmequoten der einzelnen Anstalten sehr unterschiedlich, wie Tabelle 19 zeigt. Die Spanne reicht von 95,6 % in der JVA für Frauen in Vechta bis zu 54,9 % in der JVA Lingen.

Tabelle 19. Teilnehmerzahlen und Quoten pro Anstalt (Stichtagsuntersuchung).

Anstalt	Nicht-Teilnehmer	Teilnehmer	gesamt	Teilnahme-Quote
Hameln	27	61	88	69,3 %
Rosdorf, Abt. Gö.-Leineberg	3	15	18	83,3 %
Vechta	23	29	52	55,8 %
JVA für Frauen in Vechta	3	65	68	95,6 %
Lingen-Damaschke	32	53	85	62,4 %
Uelzen	7	36	43	83,7 %
Hannover	19	84	103	81,6 %
Sehnde	24	44	68	64,7 %
Lingen	37	45	82	54,9 %
Wolfenbüttel	25	36	61	59,0 %
Gesamt	200	468	668	70,1 %

4.2.2 Glaubwürdigkeit der Angaben der Teilnehmer

Für die Relevanz der Ergebnisse ist die Frage nach der Glaubwürdigkeit der Angaben der Gefangenen von Bedeutung. Der ärztliche Dienst wurde in beiden Untersuchungen gebeten, hierzu am Ende des Fragebogens Angaben zu machen. Im Ergebnis wurden die Angaben der Inhaftierten als ziemlich glaubwürdig angesehen (vgl. Tabelle 20). Über 77 bzw. 87 % wurden als sehr glaubwürdig eingeschätzt, lediglich bei 0,4 % (1,7 % in der Stichtagsbefragung) wurde die Glaubwürdigkeit angezweifelt. Allerdings gab es in der Zugangsuntersuchung in immerhin 10,4 % der Fälle keine Angabe hierzu.

Tabelle 20. Glaubwürdigkeit der Teilnehmer (in %)

Glaubwürdigkeit der Teilnehmer	Zugang	Stichtag
sehr glaubwürdig	77,8	86,8
teils/teils	11,6	10,0
wenig glaubwürdig	0,4	1,7
keine Angaben	10,4	1,5

Ein wichtiger Indikator für möglicherweise unrichtige Angaben sind Abweichungen zwischen den Äußerungen des Befragten und Einschätzungen durch die Untersuchenden. Dazu wurden in der Zugangsuntersuchung diejenigen Inhaftierten identifi-



ziert, deren Angaben für wenig glaubwürdig gehalten wurden weil sie zwar angegeben hatten, vor der Inhaftierung keine Drogen konsumiert zu haben,

aber

- Einstichstellen erkennbar waren oder
- objektive Entzugssymptome erkennbar waren oder
- eine Entzugsbehandlung eingeleitet wurde und nicht von einer Alkoholabhängigkeit ausgegangen worden war.

Diese Kriterien erfüllten nur vier Personen (0,5 % aller Teilnehmer).

In der Stichtagsuntersuchung wurde zur ungefähren Abschätzung des Ausmaßes unrichtiger Angaben ermittelt, welche Personen angegeben hatten, vor der Inhaftierung keine Drogen konsumiert zu haben,

aber

- objektive Entzugssymptome identifiziert wurden oder
- eine Suchtdiagnose vorlag, die nicht mit Alkohol zu tun hatte oder
- eine Entgiftungs- bzw. Entzugsbehandlung vorgenommen worden war oder
- substituiert worden war oder
- eine Entwöhnungsbehandlung angegeben worden war.

Diese Kriterien erfüllten 13 Personen (2,8 % aller Teilnehmer).

4.2.3 Gesamteinschätzung

Trotz vieler theoretischer Argumente für mögliche Verzerrungen der Ergebnisse durch Teilnehmer und Nichtteilnehmer zeichnen die vorliegenden Daten insgesamt ein positives Bild: Nahezu drei Viertel aller angesprochenen Personen haben an den Untersuchungen teilgenommen. Zwar sind einige Gruppen wie Personen im offenen Vollzug und Vorbestrafte unter den Teilnehmern in der Zugangsuntersuchung leicht unterrepräsentiert. Wie groß der Anteil der Drogenkonsumenten unter den Verweigerern ist und wie stark die Ergebnisse der Zugangsuntersuchung durch diese Ausfälle verzerrt sind, lässt sich nur schwer einschätzen. In der Stichtagsbefragung konnten keine Unterschiede zwischen Teilnehmern in den von den Vollzugsgeschäftsstellen erhobenen Merkmalen gefunden werden, was für die Repräsentativität der Daten spricht.

Für beide Studien ist festzustellen, dass die Befragten glaubwürdig waren. Auch gab es kaum unplausible Diskrepanzen zwischen den Angaben der Inhaftierten und den Einschätzungen der Interviewer. In sehr vielen Fällen ließen sich widersprüchliche Informationen (z.B. Selbstauskunft, niemals Drogen konsumiert zu haben und Angabe des medizinischen Dienstes, dass eine Entgiftungsbehandlung vorgenommen



wurde) darauf zurückführen, dass der Befragte alkoholbezogene Probleme hatte (und sich deshalb die Entgiftungsbehandlung auf Alkohol bezog). Auch wenn nicht auszuschließen ist, dass der medizinische Dienst unbemerkt getäuscht wurde, kann von ausreichender Validität der erhobenen Daten ausgegangen werden.

In Studien der vorliegenden Art ist als potentielle Irrtumsquelle der so genannte „Telescoping-Effekt“ zu diskutieren. Dieser beschreibt das Phänomen, dass Personen oft Probleme haben, bei retrospektiven Befragungen Zeitpunkte korrekt zu verorten. Konkret war zu befürchten, dass Personen der Stichtagsbefragung die Frage nach Konsum vor der Inhaftierung nicht korrekt beantworten würden. Da man davon ausgehen kann, dass die Inhaftierten sehr wohl zwischen der Zeit vor und nach dem einschneidenden Ereignis einer Inhaftierung unterscheiden können, war das Problem des Telescoping-Effektes zu vernachlässigen.

4.3 Konsum und Abhängigkeit von Betäubungsmitteln

In diesem Abschnitt wird ein Überblick gegeben über das Ausmaß des Konsums von Betäubungsmitteln durch Gefangene. Die Ergebnisse stützen sich auf Selbstauskünfte der Inhaftierten. Im Text wird zunächst auf den Konsum vor der Haft eingegangen – hierzu gab es in beiden Teilstudien Fragen. Danach wird auf Ergebnisse aus der Stichtagsbefragung eingegangen, die überdies Angaben zum Drogenkonsum in der Haft enthält. Grafische Übersichten über die diesbezüglichen Ergebnisse der beiden Erhebungen finden sich in den Anhängen D und E.

4.3.1 Vor der Inhaftierung

Informationen über das Ausmaß des Drogenkonsums von Personen, die in den Justizvollzug gelangen, sind in mehrfacher Hinsicht bedeutsam. Man bekommt einen Eindruck davon, wie viele Personen Drogenprobleme „mitbringen“ und wie viele Personen auch in Haft drogengefährdet sein dürften. Es lässt sich mit einer solchen Erhebung also abschätzen, bei wie vielen Personen auch mit Drogenkonsum in Haft zu rechnen ist. In diesem Zusammenhang können solche Zahlen gegebenenfalls auch belegen, dass Drogen in Justizvollzugsanstalten nicht notwendigerweise ein Folgeproblem der Inhaftierung, sondern (auch) ein gewissermaßen „importiertes“ Problem darstellen. Mit Informationen über die Merkmale derjenigen, die besonders gefährdet im Hinblick auf Konsum oder Abhängigkeit von Drogen sind, lassen sich auch Risikogruppen identifizieren. Daten zur Haftzeit lassen außerdem zeitliche Korridore für Hilfsmaßnahmen ausmachen.



4.3.1.1 Konsum vor der Inhaftierung

In beiden Erhebungen wurden die Gefangenen gebeten anzugeben, ob sie vor der Inhaftierung jemals Drogen konsumiert hatten und welche dies gegebenenfalls waren. In der Zugangsuntersuchung wurde zudem nach Konsum in den letzten vier Wochen vor der Haft gefragt. Anschließend sollte noch angegeben werden, ob die Substanzen auch intravenös gespritzt wurden und ob der Inhaftierte sich von Drogen abhängig fühlte. Die folgenden Substanzen wurden abgefragt:

- Amphetamine
- Benzodiazepine
- Marihuana / Haschisch
- LSD
- Heroin
- Methadon
- Kokain
- Crack
- Antidepressiva

Tabelle 21. Drogenkonsum Inhaftierter vor der Haft (Lebenszeitprävalenz).

	Zugangsstudie (N = 734)			Querschnittstudie (N = 461)		
	n	% _t	% _k	n	% _t	% _k
Vor der Inhaftierung jemals Drogen illegal konsumiert („Lebenszeitprävalenz“)	392	53,4	–	270	58,5	–
Jemals... illegal konsumiert						
Amphetamine	105	14,3	26,8	111	24,0	41,0
Benzodiazepine	91	12,4	23,2	99	21,4	36,6
Marihuana / Haschisch	293	39,9	74,7	241	52,2	89,2
LSD/Mescaline/Pilze	56	7,6	14,3	80	17,3	29,5
Heroin/Codein/ andere Opiate	179	24,4	45,7	139	30,1	51,4
Methadon/Subutex	96	13,1	24,5	54	11,7	20,0
Kokain	174	23,7	44,4	193	41,9	71,6
Crack	21	2,9	5,4	28	6,1	10,4
Antidepressiva	22	3,0	5,6	35	7,5	12,8

Anmerkung. Die Zahlen in der Spalte, die %_t überschrieben ist, beziehen sich auf alle Teilnehmer an der Untersuchung, die Zahlen in der Spalte, die %_k überschrieben ist, auf die Konsumenten. Den Ergebnissen zur Querschnittstudie liegen gewichtete Daten zugrunde.



Tabelle 21 ist zu entnehmen, dass in beiden Studien mehr als die Hälfte der teilnehmenden Gefangenen angegeben hat, schon einmal im Leben Drogen konsumiert zu haben. Marihuana/Haschisch ist die mit Abstand gebräuchlichste Droge; zwischen vier von 10 Neuzugängen und 5 von 10 Personen in der Stichtagsbefragung hatten Erfahrungen mit dieser Substanz. An zweiter Stelle liegt in der Querschnittstudie Kokain, gefolgt von Heroin. In der Zugangsuntersuchung belegen beide Drogen in etwa den gleichen Platz.

Insgesamt ist damit eine hohe Verbreitung von Erfahrungen mit Drogen bei Inhaftierten festzustellen. Gefangene haben deutlich häufiger als Personen der Allgemeinbevölkerung schon einmal Drogen konsumiert. Dies ergibt der Vergleich mit den Zahlen des Epidemiologischen Suchtsurveys (vgl. Abschnitt 2.1). Gefangene haben vor allem mit harten Drogen viel häufiger Erfahrungen gemacht als die Allgemeinbevölkerung: 33,8 % der Probanden in der Zugangs- und 45,3 % der Stichtagsstudie haben vor der Inhaftierung schon einmal Heroin, Kokain oder Crack genommen.

Im Hinblick auf die Lebenszeitprävalenz des Konsums irgendeiner Droge unterscheiden sich die Ergebnisse der Zugangs- und Stichtagsuntersuchung nur geringfügig, während sich bei den Angaben zu einzelnen Substanzen größere Differenzen zwischen den beiden Studien offenbaren. Außer bei Methadon/Subutex liegen die Angaben in der Stichtagsstudie durchweg höher als in der Zugangserhebung; mehr Personen in dieser Untersuchung gaben den Konsum von Betäubungsmitteln zu. Bei Methadon/Subutex könnte der Unterschied (höhere Angaben in der Zugangsuntersuchung) daran liegen, dass dort nicht so eindeutig wie in der Stichtagsbefragung nach *illegalem* Konsum dieser Substanz gefragt wurde und deshalb einige Teilnehmer den Konsum dieser Substanz vermutlich auch dann bejahten, wenn sie sie legal verschrieben bekommen hatten.

Außer bei den beiden sehr verbreiteten Substanzen Marihuana/Haschisch und Kokain liegen die Werte in der Stichtagserhebung jeweils um 5 und 10 % höher. Bei Marihuana/Haschisch und Kokain liegen sie 15 – 25 % höher. Mehrere Gründe kommen für dieses Ergebnis in Frage. Wichtigste Ursache dürfte die unterschiedliche methodische Anlage sein: In der Zugangsuntersuchung waren beispielsweise deutlich weniger Personen im Jugendvollzug interviewt worden als in der Stichtagsuntersuchung. Auch wenn dieser Anteil heruntergewichtet wurde (vgl. Abschnitt 4.1.2), beeinflusst die in dieser Haftart höhere Prävalenz von Drogenkonsum das Ergebnis in der Stichtagsuntersuchung, denn der Anteil Jugendstrafgefangener ist auch nach Gewichtung noch höher als in der Zugangsuntersuchung. Durch die Auswahl der teilnehmenden Justizvollzugsanstalten und wegen der Fokussierung auf Strafgefangene (keine U-Haft) ergab sich auch eine in der Stichtagsuntersuchung höhere delinquente Vorbelastung. Aufgrund des Zusammenhangs zwischen Drogenproblemen und Kriminalität war auch von daher eine höhere Lebenszeitprävalenz in der Stichtagsuntersuchung zu erwarten. Darüber hinaus wurden in der Stichtagsuntersuchung Erhebungen in der JVA Lingen durchgeführt. Aufgrund der Nähe dieser Anstalt zur holländischen Grenze liegt die Vermutung nahe, dass dort die Drogenbelastung auch höher sein könnte.



Als weitere Einflussquelle kommt auch die in der Zugangsstudie noch etwas unständlichere Art der Erhebung in Frage, die für die Stichtagsuntersuchung deutlich verbessert wurde. Zwar lässt sich der Einfluss der unterschiedlichen Gestaltung auf die Ergebnisse nur schwer abschätzen, es ist aber nicht ausgeschlossen, dass die geringere Übersichtlichkeit bei den Erhebungen zum Drogenkonsum zu einer weniger gründlichen Bearbeitung dieses Fragebogenteils führte und es damit zu der angesprochenen möglichen Unterschätzung des Ausmaßes des Drogenkonsums in der Zugangsstudie gekommen ist. Demzufolge informieren die Ergebnisse der Zugangsuntersuchung vermutlich über Mindest-Quoten des Drogenproblems vor der Inhaftierung.

Neben dem Sampling und der Fragebogengestaltung kommt auch eine Verzerrung der Ergebnisse durch die Teilnehmer in Frage: Es ist denkbar, dass die Frage nach Drogenkonsum vor der Inhaftierung bei Neuzugängen in stärkerem Maße zu einer falschen, untertreibenden Antwort verleitet als bei Personen, die sich schon längere Zeit in Haft befinden. Möglicherweise befürchteten die Neuzugänge Nachteile für die Vollzugszeit, wenn sie den Konsum von Drogen zugeben. Für Strafgefangene dürfte diese Erwägung nicht mehr so relevant gewesen sein.

**Tabelle 22. Konsum von Drogen in den 28 Tagen vor der Inhaftierung
(Quelle: Zugangsuntersuchung; N = 734)**

	n	% _t	% _k
In den letzten 28 Tagen vor der Inhaftierung Drogen illegal konsumiert	299	40,7	–
In den letzten 28 Tagen vor der Inhaftierung ... illegal konsumiert			
Amphetamine	32	4,4	10,7
Benzodiazepine	62	8,4	20,7
Marihuana / Haschisch	195	26,6	65,2
LSD/Mescaline/Pilze	8	1,1	2,7
Heroin/Codein/ andere Opiate	123	16,8	41,1
Methadon/Subutex	78	10,6	26,1
Kokain	99	13,5	33,1
Crack	7	1,0	2,3
Antidepressiva	13	1,8	4,3

Anmerkung. Die Zahlen in der Spalte, die %_t überschrieben ist, beziehen sich auf alle Teilnehmer an der Untersuchung, die Zahlen in der Spalte, die %_k überschrieben ist, auf die Konsumenten in den letzten 28 Tagen.

Wichtiger noch als die Lebenszeitprävalenz des Drogenkonsums dürfte für den Vollzug sein, wie viele Personen in der Zeit direkt vor der Inhaftierung Drogen konsumiert haben.



miert haben. Dieser Aspekt ließ sich am besten in der Zugangsuntersuchung studieren. In der Stichtagserhebung wurde auf eine solche Befragung verzichtet, da nach einer mitunter schon länger andauernden Inhaftierung oft nicht sicher eingeschätzt werden kann, ob direkt vor der Inhaftierung Drogen genommen worden waren. Die Ergebnisse aus der Zugangsstudie sind in Tabelle 22 wiedergegeben.

299 Personen, also 4 von 10 Teilnehmern und drei Viertel (76 %) der 392 Befragten, die jemals konsumiert hatten, hatten nach eigenen Angaben auch innerhalb von 28 Tagen vor ihrer Inhaftierung Drogen genommen, und zwar der Häufigkeit nach in derselben Rangfolge: an erster Stelle Marihuana / Haschisch (65 %), an zweiter Stelle Heroin (41 %) und an dritter Stelle Kokain (33 %). Antidepressiva, Crack und LSD spielten in den Konsumgewohnheiten der Zugänge eine deutlich untergeordnete Rolle.

Mit diesen Ergebnissen wird deutlich, dass auch die Drogenbelastung direkt vor der Inhaftierung hoch ist. Jeder vierte Zugang hat Marihuana/Haschisch im Monat vor der Inhaftierung konsumiert, jeder sechste Heroin oder ein anderes Opiat und jeder siebte bis achte Kokain.

Nur 45,5 % derjenigen, die irgendeine Substanz in den letzten 28 Tagen eingenommen hatten, haben nur ein Suchtmittel konsumiert. Mehr als die Hälfte der Konsumenten hatte demnach mehr als eine Substanz zu sich genommen; immerhin ein Drittel der 299 Konsumenten, das sind 13,2 % aller Teilnehmer an der Zugangsuntersuchung, hatten sogar mindestens drei verschiedene Substanzen zu sich genommen. Bei diesen 97 Personen war in 75 Fällen (77 %) Heroin als eine der Substanzen vertreten, in 72 Fällen (72 %) auch Kokain, und in 70 % dieser Fälle auch Haschisch / Marihuana.

Wichtig zu wissen ist auch, bei welchen Gefangenengruppen mit Entzugserscheinungen zu rechnen ist. Dazu wird in Tabelle 23 zunächst (aus der Zugangsuntersuchung) die Häufigkeit des Konsums in den letzten 28 Tagen vor der Inhaftierung bei verschiedenen Gefangenengruppen wiedergegeben.

Den Zahlen in Tabelle 23 zufolge ist der Konsum von Drogen kurz vor der Inhaftierung unter Personen, die in den Jugendvollzug aufgenommen werden, am meisten verbreitet. Die hohe Verbreitung unter Jugendlichen und Heranwachsenden liegt indes vor allem an Marihuana / Cannabis, das ungefähr die Hälfte aller dortigen Neuzugänge in den voran gegangenen 4 Wochen konsumiert hatte. Auch Amphetamine wurden vor allem von dieser Gruppe eingenommen. Bei den härteren Drogen Heroin und Kokain lag sie allerdings kaum über der Gruppe der erwachsenen Männer. Bei diesen Substanzen und auch bei den Benzodiazepinen dominierten deutlich die Frauen. Jede vierte aufgenommene Frau hat zugegeben, in den vorangegangenen vier Wochen Heroin oder andere Opiate konsumiert zu haben, jede fünfte Kokain.



Tabelle 23. Konsum von Drogen in den 28 Tagen vor der Inhaftierung in verschiedenen Haftarten (Quelle: Zugangsuntersuchung; N = 734)

	Strafvollzug Frauen (N = 69)		Strafvollzug Männer (N = 571)		Jugend- vollzug (N = 94)	
	n	% _t	n	% _t	n	% _t
In den letzten 28 Tagen vor der Inhaftierung Drogen illegal konsumiert	28	40,6	213	37,3	59	61,7
In den letzten 28 Tagen vor der Inhaftierung ... illegal konsumiert						
Amphetamine	2	2,9	18	3,2	12	12,8
Benzodiazepine	12	17,4	45	7,9	5	5,3
Marihuana / Haschisch	17	24,6	130	22,8	48	51,1
LSD/Mescaline/Pilze	1	1,4	5	0,9	2	2,1
Heroin/Codein/ andere Opiate	17	24,6	90	15,8	16	17,0
Methadon/Subutex	12	17,4	56	9,8	10	10,6
Kokain	15	21,7	70	12,3	14	14,9
Crack	1	1,4	5	0,9	1	1,1
Antidepressiva	2	2,9	9	1,6	2	2,1

Anmerkung. Die Zahlen in der Spalte, die %_t überschrieben ist, beziehen sich auf alle Teilnehmer an der Untersuchung in dieser Haftart. Die Kategorie „Strafvollzug Frauen“ umfasst auch die Frauen und Mädchen, die sich im Jugendvollzug befinden (vgl. Fußnote 4).

In einem zweiten Schritt wurden die Inhaftierten nach verschiedenen Merkmalen unterschieden, die zum Teil, aber nicht vollständig mit denen der Tabelle 23 identisch und die in Tabelle 24 aufgeführt sind. Es zeigt sich, dass tendenziell mehr Personen im geschlossenen Vollzug als im offenen in den letzten vier Wochen vor der Haft Drogen zu sich genommen hatten, auch wenn die Teststatistik knapp die Signifikanzgrenze verpasst. Inhaftierte bis 25 Jahre hatten deutlich häufiger als ältere Drogen konsumiert, was zum Bild der Tabelle 24 passt. Deutsche Zugänge hatten mit tendenziell höherer Wahrscheinlichkeit als nichtdeutsche konsumiert ($p = .10$), Vorbestrafte signifikant eher als nicht Vorbestrafte. Gewissermaßen trivial ist der deutliche Unterschied zwischen Personen, die wegen eines BtM-Delikt verurteilt worden waren und denjenigen, die wegen eines anderen Delikt vor Gericht gestanden hatten. Unterschiede zwischen den Geschlechtern oder den Haftarten konnten nicht gefunden werden, wobei bei allen geschlechtsbezogenen Analysen dieses Berichtes die geringe Zahl weiblicher Inhaftierter zu bedenken ist. Mit dieser geht eine größere Schwierigkeit einher, Unterschiede zu männlichen Inhaftierten statistisch abzusichern, auch wenn die Prozentwerte deutliche Differenzen nahe legen.



Tabelle 24. Zusammenhänge der Merkmale der Befragten mit Drogenkonsum von mindestens einer der Substanzen in den letzten 28 Tagen vor der Inhaftierung (Zugangsuntersuchung; N = 734).

Merkmal	Ausprägung	Ausprägung	χ^2
Vollzugsform	offen	geschlossen	7,3
	31,5 %	42,5 %	
Alter	bis 25	ältere	58,3***
	54,5 %	33,5 %	
Geschlecht	Männer	Frauen	1,0
	40,8 %	40,6 %	
Staatsangehörigkeit	deutsch	nichtdeutsch	4,5
	42,7 %	33,1 %	
Haftart	U-Haft	Freiheits-/ Jugendstrafe	0,8
	48,6 %	45,1 %	
Vorstrafen	keine	mind. 1	13,4**
	36,1 %	49,0 %	
BtM-Delikt?	ja	nein	51,5***
	66,0 %	39,2 %	

Anmerkung. Der χ^2 -Wert gibt die Größe des Unterschieds wieder. Die Sternchen bedeuten: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. Je mehr Sternchen, umso ausgeprägter der Unterschied.

Leider war es in der Zugangsuntersuchung versäumt worden, zwischen hier geborenen Deutschen und so genannten „Spätaussiedlern“ (auch „Russlanddeutschen“) zu unterscheiden. Dies wurde in der Stichtagsuntersuchung nachgeholt. In Bezug auf Konsum von Betäubungsmitteln vor der Inhaftierung (Lebenszeitprävalenz) zeigte sich unter den 24 Spätaussiedlern, die übrigens nur zu einem Drittel aus den Anstalten des Jugend- bzw. Jungtätervollzuges stammten, dass 84,0 % von ihnen schon einmal Drogen konsumiert hatten. Unter den Deutschen waren es 56,5 % und damit ein deutlich geringerer Anteil. Tieferegehende Analysen weisen nach, dass dieser Unterschied vor allem auf den bei Aussiedlern häufigeren Konsum von Heroin zurückgeht. Damit stellt diese im Vollzug wegen ihrer subkulturellen Verstrickungen viel beachtete Gruppe (vgl. z.B. Dolde, 2002; Otto & Pawlik-Mierzwa, 2001) auch in Bezug auf Drogenkonsum vermutlich eine Problemklientel dar.



4.3.1.2 Intravenöser Konsum vor der Inhaftierung

Für den Vollzug stellen die intravenösen Drogenkonsumenten ein besonderes potentielles Problem dar. Unter ihnen dürfte die Zahl der Abhängigen groß sein, und wenn sie ihren intravenösen Konsum in der Haft fortsetzen, kann es durch mangelnde Hygiene und Spritzentausch zur Verbreitung von mitunter schwerwiegenden Krankheiten kommen (vgl. Abschnitt 2.3; Stöver, 2002). Um Anhaltspunkte über das Ausmaß intravenösen Drogengebrauchs vor der Inhaftierung zu bekommen, wurde in beiden Untersuchungen danach gefragt, welche Substanzen vor der Inhaftierung intravenös konsumiert wurden. In Tabelle 25 sind die Ergebnisse wiedergegeben.

Tabelle 25. Intravenöser Konsum von Drogen vor der Inhaftierung.

	Zugangsstudie (N = 734)			Querschnittstudie (N = 461)		
	n	% _t	% _k	n	% _t	% _k
Vor der Inhaftierung niemals Drogen intravenös konsumiert	111	15,1	–	106	23,0	–
Vor der Inhaftierung jemals... intravenös konsumiert						
Amphetamine	3	0,4	2,7	8	1,7	7,5
Benzodiazepine	14	1,9	12,6	34	7,3	31,6
Heroin/Codein/ andere Opiate	103	14,0	92,8	100	21,6	93,7
Methadon/Subutex	9	1,2	8,1	12	2,6	11,4
Kokain	51	6,9	45,9	90	19,6	84,9
Crack	1	0,1	0,9	2	0,4	1,8
Antidepressiva	1	0,1	0,9	5	1,0	4,5

Anmerkung. Die Zahlen in der Spalte, die %_t überschrieben ist, beziehen sich auf alle Teilnehmer an der Untersuchung, die Zahlen in der Spalte, die %_k überschrieben ist, auf die Konsumenten. Den Ergebnissen zur Querschnittstudie liegen gewichtete Daten zugrunde.

Wie schon bei der Lebenszeitprävalenz des Drogenkonsums haben mehr Personen in der Stichtagsuntersuchung zugegeben, vor der Inhaftierung einmal intravenös eine Droge konsumiert zu haben.

Es muss Tabelle 25 zufolge davon ausgegangen werden, dass zwischen 15 und 23 Prozent aller Inhaftierten schon einmal eine Droge intravenös appliziert haben. In mehr als neun von zehn Fällen ist dies Heroin, aber auch Kokain und – in weit geringerem Umfang – Benzodiazepine und Methadon / Subutex werden auf diese Weise eingenommen.

Die Verteilung der intravenös konsumierenden Personen auf die Haftarten und die Prüfung von anderen Korrelaten dieser Konsumart wird im Folgenden nur noch für



die Daten der Stichtagsuntersuchung berichtet. Das ist damit zu begründen, dass in späteren Abschnitten Verbindungslinien zwischen Konsummustern vor und während der Inhaftierung aufgezeigt werden sollen.

Tabelle 26. Intravenöser Konsum von Drogen vor der Inhaftierung in verschiedenen Haftarten (Stichtagsuntersuchung, N = 461)

	Strafvollzug Frauen (N = 64)		Strafvollzug Männer (N = 321)		Jugend- vollzug (N = 76)	
	n	% _t	n	% _t	n	% _t
Intravenöser Konsum vor der Inhaftierung	27	42,2	77	24,0	7	9,2
Intravenöser Konsum von... vor der Inhaftierung						
Amphetamine	0	0,0	6	1,9	1	1,3
Benzodiazepine	12	18,8	24	7,5	1	1,3
Heroin/Codein/ andere Opiate	27	42,2	72	22,4	6	7,9
Methadon/Subutex	5	7,8	7	2,2	3	3,9
Kokain	3	4,7	65	20,2	6	7,9
Crack	0	0,0	1	0,3	1	1,3
Antidepressiva	0	0,0	4	1,2	0	0,0

Anmerkung. Die Zahlen in der Spalte, die %_t überschrieben ist, beziehen sich auf alle Teilnehmer an der Untersuchung in dieser Haftart. Die Daten sind nicht gewichtet.

Tabelle 26 offenbart, dass nahezu 4 von 10 strafgefangenen Frauen und zwischen zwei und drei von 10 Männern jemals vor der Inhaftierung intravenös eine Droge konsumiert hatten. Heroin war fast immer dabei, bei den Frauen immer. Die Tabelle stellt auch einen Bezug zu Tabelle 22 (Konsum) her. Dort standen vor allem die Inhaftierten im Jugendvollzug mit Drogenkonsum im Vordergrund. Hier relativiert sich dieses Bild: Danach sind Jugendliche vergleichsweise wenig mit intravenösem Konsum belastet; ihre hohe Prävalenzrate beim Drogengebrauch geht vor allem auf Marihuana / Haschisch, also eine „weiche“ Droge, zurück. Auffällig ist überdies, dass in Bezug auf die intravenöse Applikation Kokain vor allem eine „Männerdroge“ zu sein scheint.

In Tabelle 27 wird im Rahmen der Stichtagsuntersuchung wieder der Frage nachgegangen, welche Merkmale statistisch besonders mit dem intravenösen Drogengebrauch assoziiert sind.



Tabelle 27. Zusammenhänge der Merkmale der Befragten mit intravenösem Drogenkonsum von mindestens einer der Substanzen vor der Inhaftierung (Stichtagsuntersuchung; N = 461).

Merkmal	Ausprägung	Ausprägung	χ^2
Vollzugsform	offen	geschlossen	31,5***
	2,1 %	28,5 %	
Alter	bis 25	ältere	14,7***
	16,3 %	24,3 %	
Geschlecht	Männer	Frauen	6,3*
	22,1 %	41,7 %	
Staatsangehörigkeit	deutsch	nichtdeutsch	2,2
	14,0 %	15,0 %	
Vorstrafen	keine	mind. 1	5,4*
	14,8 %	26,3 %	
BtM-Delikt?	ja	nein	0,3
	26,6 %	22,4 %	

Anmerkung. Der χ^2 -Wert gibt die Größe des Unterschieds wieder. Die Sternchen bedeuten: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. Je mehr Sternchen, umso ausgeprägter der Unterschied.

Im offenen Vollzug finden sich demnach so gut wie keine Personen, die vor der Inhaftierung einmal intravenös Drogen genommen haben. Jüngere Inhaftierte haben seltener als ältere intravenöse Konsumerfahrungen und Männer seltener als Frauen. Es zeigt sich eine höhere Prävalenz bei Vorbestraften, die einen Zusammenhang zwischen krimineller und drogenbezogener Belastung bestätigen könnte.

4.3.1.3 Abhängigkeit von Drogen vor der Haft

Auch wenn intravenöser Drogengebrauch ein Hinweis auf Abhängigkeit von einer Substanz ist, sind Suchterlebnisse oder Abhängigkeiten in Bezug auf Drogen auch ohne diese Applikationsform möglich. Dies offenbaren die Daten in Tabelle 28. Im Vergleich zum intravenösen Drogenkonsum gaben deutlich mehr Teilnehmer (jeweils ca. 10 %) in beiden Teiluntersuchungen an, von einer Substanz abhängig zu sein. Jeder Vierte der Zugangsuntersuchung und jeder Dritte der Querschnittsuntersuchung sagte, er habe sich vor der Inhaftierung von irgendeiner Droge abhängig gefühlt. Am häufigsten bestand eine Abhängigkeit von Heroin. Hier war es jeder Fünfte bis Sechste, der Abhängigkeit angab. Wegen der beschriebenen Unsicherheiten in der Interpretation der Methadonangaben in der Zugangsstudie wird diese Substanz nicht der Reihenfolge entsprechend gewertet. Demnach sind in der Stichtagsstudie Kokain und in der Zugangsstudie Marihuana / Haschisch die Drogen, von denen die



Teilnehmer nach eigenen Angaben am zweithäufigsten abhängig waren. Marihuana / Haschisch folgt in der Stichtagsstudie auf Platz drei.

Tabelle 28. Abhängigkeit von Drogen vor der Inhaftierung

	Zugangsstudie (N = 734)			Querschnittstudie (N = 461)		
	n	% _t	% _k	n	% _t	% _k
Unmittelbar vor der Inhaftierung abhängig gefühlt?	192	26,2	–	161	34,9	–
Unmittelbar vor der Inhaftierung von... abhängig gefühlt						
Amphetamine	11	1,5	5,7	15	3,2	9,2
Benzodiazepine	36	4,9	18,8	33	7,1	20,3
Marihuana / Haschisch	63	8,6	32,8	52	11,3	32,4
LSD/Mescaline/Pilze	0	0,0	0,0	7	1,4	4,1
Heroin/Codein/ andere Opiate	119	16,2	62,0	89	19,4	55,6
Methadon/Subutex	65	8,9	33,9	35	7,7	21,9
Kokain	55	7,5	28,6	82	17,8	51,0
Crack	4	0,5	2,1	6	1,4	3,9
Antidepressiva	0	0,0	0,0	3	0,6	1,7

Frauen litten nach eigenen Angaben vor der Inhaftierung am häufigsten unter Abhängigkeit (mehr als vier von 10; vgl. Tabelle 29). Aber auch im Strafvollzug der Männer und im (männlichen) Jugendvollzug hatten zwischen drei und vier bzw. vier von 10 Inhaftierten unter Abhängigkeit vor der Inhaftierung gelitten. Im Jugendvollzug lag die Abhängigkeit aber vor allem bei Marihuana / Haschisch, während es bei den Erwachsenen eher Heroin, seine Substitute und Kokain waren. Prüft man die Verteilung der Abhängigkeitsproblematik auf verschiedene Gruppen von Inhaftierten, fallen nicht nur die jüngeren auf (mit ihrem Schwerpunkt bei den „weichen“ Drogen), sondern auch – wenig überraschend – die Inhaftierten im geschlossenen Vollzug sowie die Vorbestraften (vgl.

Tabelle 30). Personen mit einem Betäubungsmitteldelikt fühlten sich zu über 50 % von einer Substanz abhängig.

Zwar bezeichneten sich immerhin 60 % der Spätaussiedler und „nur“ 33 % der einheimischen Deutschen als vor der Inhaftierung abhängig, der Unterschied war jedoch wegen der geringen Gruppenstärke nicht signifikant.



Tabelle 29. Abhängigkeit von Drogen vor der Inhaftierung in verschiedenen Haftarten (Stichtagsuntersuchung, N = 461)

	Strafvollzug Frauen (N = 64)		Strafvollzug Männer (N = 321)		Jugend- vollzug (N = 76)	
	n	% _t	n	% _t	n	% _t
Abhängigkeit vor der Inhaftierung	28	43,8	110	34,3	30	39,5
Abhängigkeit von... vor der Inhaftierung						
Amphetamine	0	0,0	10	3,1	4	5,3
Benzodiazepine	6	9,4	25	7,8	1	1,3
Marihuana / Haschisch	3	4,7	29	9,0	25	32,9
LSD/Mescaline/Pilze	0	0,0	5	1,6	1	1,3
Heroin/Codein/ andere Opiate	18	28,1	68	21,1	3	3,9
Methadon/Subutex	15	23,4	24	7,5	2	2,6
Kokain	10	15,6	63	19,6	5	6,6
Crack	2	3,1	4	1,2	1	1,3
Antidepressiva	1	1,6	2	0,6	0	0,0

Anmerkung. Die Zahlen in der Spalte, die %_t überschrieben ist, beziehen sich auf alle Teilnehmer an der Untersuchung in dieser Haftart. Die Daten sind nicht gewichtet, weshalb sich Unterschiede zu Tabelle 28 in den Fallzahlen ergeben.



Tabelle 30. Zusammenhänge der Merkmale der Befragten mit Abhängigkeit von mindestens einer der Substanzen vor der Inhaftierung (Stichtagsuntersuchung; N = 461).

Merkmal	Ausprägung	Ausprägung	χ^2
Vollzugsform	offen	geschlossen	42,3***
	6,4 %	42,1 %	
Alter	bis 25	ältere	38,1***
	48,8 %	31,6 %	
Geschlecht	Männer	Frauen	0,8
	34,6 %	41,7 %	
Staatsangehörigkeit	deutsch	nichtdeutsch	0,4
	35,0 %	34,2 %	
Vorstrafen	keine	mind. 1	14,6*
	22,5 %	40,1 %	
BtM-Delikt?	ja	nein	18,9**
	54,7 %	32,9 %	

Anmerkung. Der χ^2 -Wert gibt die Größe des Unterschieds wieder. Die Sternchen bedeuten: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. Je mehr Sternchen, umso ausgeprägter der Unterschied.

4.3.2 In Haft

Von hoher Relevanz für die Justizvollzugsanstalten ist die Frage, wie viele Personen welche Substanzen in der Haft konsumieren. Informationen dazu liefert die Stichtagsuntersuchung.

Erhebungen mit dieser Fragestellung in Haft sind heikel. Immerhin werden die Inhaftierten danach gefragt, ob sie während der Haft ein illegales Verhalten an den Tag gelegt haben. Wenn Bedienstete, die nicht dem medizinischen Dienst angehören, von solchem Verhalten Kenntnis erhalten, müssten ggf. strafrechtliche und disziplinarische Maßnahmen gegen den Inhaftierten eingeleitet werden. Auch wenn vorliegend durch den medizinischen Dienst Anonymität zugesichert und auf die ärztliche Schweigepflicht verwiesen wurde, ist nicht davon auszugehen, dass alle Teilnehmer ehrlich geantwortet haben. Das Antwortverhalten unterliegt vielen Einflüssen, von der Furcht vor vollzuglichen Nachteilen bis hin zur Demonstration von „Unabhängigkeit“, nämlich dann, wenn nicht ohne Stolz Drogenkonsum eingeräumt wird, um zu beweisen, dass man sich nichts verbieten lässt oder auch um Hilfestellungen, Medikamente oder substituierende Mittel vom medizinischen Personal zu erhalten. Viele Inhaftierte stehen der Justiz skeptisch und ohne Vertrauen gegenüber. Dies zeigt sich in solchen Untersuchungen nicht nur in geringen Teilnahmequoten (in dieser Hinsicht spricht die in beiden Teilstudien erreichte hohe Teilnahmebereitschaft für den ärztli-



chen Dienst und die Ergebnisse), sondern kann sich auch in unehrlichen Antworten niederschlagen (vgl. Abschnitt 4.2.2). Die vorliegenden Ergebnisse sind also mit Vorsicht zu betrachten. Die wahren Prävalenzzahlen zum Drogenkonsum in Haft liegen vermutlich über den hier berechneten; es handelt sich vorliegend um konservative Schätzungen, die das Mindestmaß des Drogenkonsums in Haft beziffern. Besonders bei harten Drogen und bei der Frage nach Konsum in den letzten 8 Wochen ist eher ein so genanntes „underreporting“ anzunehmen.

4.3.2.1 Drogenkonsum in der Haft

3 von 10 Gefangenen der Stichtagserhebung haben zugegeben, jemals während der aktuellen Haft Drogen konsumiert zu haben (vgl. Tabelle 31). Bezogen auf die letzten acht Wochen vor der Befragung (aber während der Haft) gab ungefähr jeder siebte Befragte Drogenkonsum an. Marihuana/Haschisch nimmt eine herausragende Stellung bei den Drogen in Haft ein; mehr als 9 von 10 Personen, die in Haft konsumiert hatten, hatten auch diese Substanz zu sich genommen. 7 % der Teilnehmer (jeder 14.) räumten Heroinkonsum ein und 0,8 % der Teilnehmer gaben an, ein Opiat auch in den letzten 8 Wochen zu sich genommen zu haben. Benzodiazepine wurden in Haft den Befragten zufolge häufiger konsumiert als etwa Kokain. Auch illegal verschafftes Methadon / Subutex spielt eine – wenn auch insgesamt unwesentliche – Rolle. Weitere Berechnungen ergaben, dass 12 Personen in den letzten 8 Wochen mehr als eine Substanz eingenommen hatten (2,6 % aller Teilnehmer).

Bei der Frage nach dem kurz zurückliegendem Konsum in Haft wurde auch erhoben, wie oft Substanzen konsumiert worden waren. Unterschieden wurde zwischen seltenem (bis zu einmal im Monat) und regelmäßigem (mehr als einmal im Monat) Konsum. Danach haben 5,7 % der Teilnehmer (26 Personen) irgendeine Substanz regelmäßig auch in Haft konsumiert. Dies war fast ausschließlich Marihuana/Haschisch. Heroin war nicht darunter.

Tabelle 32 gibt darüber Aufschluss, wie viele Personen in den einzelnen Haftarten jemals in Haft Drogen illegal konsumiert haben.



Tabelle 31. Konsum von Drogen in der Haft (Stichtagsuntersuchung, N = 461).

	... jemals in Haft			...in den letzten 8 Wochen in Haft		
	n	% _t	% _{k1}	n	% _t	% _{k2}
Irgendeine Droge illegal in Haft konsumiert	137	29,7	–	65	14,1	–
Diese Droge...in Haft illegal konsumiert						
Amphetamine	5	1,0	3,5	3	0,5	4,0
Benzodiazepine	22	4,9	16,4	10	2,1	14,7
Marihuana / Haschisch	127	27,6	92,9	60	13,0	92,1
LSD/Mescaline/Pilze	1	0,1	0,5	0	0,0	0,0
Heroin/Codein/ andere Opiate	32	7,0	23,5	4	0,8	5,5
Methadon/Subutex	14	3,0	10,2	8	1,8	12,6
Kokain	10	2,2	7,6	0	0,0	0,0
Crack	1	0,1	0,5	1	0,1	1,1
Antidepressiva	4	0,9	2,9	1	0,3	1,8

Anmerkung. Die Zahlen in der Spalte, die %_t überschrieben ist, beziehen sich auf alle Teilnehmer an der Untersuchung, die Zahlen in der Spalte, die %_{k1} überschrieben ist, auf diejenigen, die jemals in Haft konsumiert haben und die Spalte, die %_{k2} überschrieben ist, auf Konsumenten in den letzten 8 Wochen. Es gab 7 Teilnehmer, die zwar die Fragen zu jemals in Haft konsumierten Drogen beantworteten, aber eine Befragung zum Konsum in den letzten 8 Wochen verweigerten. Die Ergebnisse beruhen auf gewichteten Daten, weshalb an einigen Stellen der Anteilsberechnungen seltsam anmutende Ergebnisse auftreten können.

Wie schon beim Konsum vor der Inhaftierung ist die Prävalenz des Drogenkonsums in Haft im Jugendvollzug am höchsten. Etwas mehr als die Hälfte aller Befragten im Jugendvollzug hatte schon einmal Marihuana/Haschisch konsumiert. Im Jugendvollzug wurden häufiger als im Strafvollzug Amphetamine und seltener Heroin bzw. andere Opiate konsumiert. Letzteres wurde etwas häufiger von Frauen als von Männern konsumiert und deutlich seltener Haschisch/Marihuana.

Wie in vorangegangenen Abschnitten wird in Tabelle 33 etwas differenzierter der Frage nachgegangen, welche Merkmale diejenigen aufweisen, die in Haft (jemals) Drogen konsumiert haben.



Tabelle 32. Konsum von Drogen in Haft in verschiedenen Haftarten Quelle: Stichtagsuntersuchung; N = 461)

	Strafvollzug Frauen (N = 64)		Strafvollzug Männer (N = 321)		Jugend- vollzug (N = 76)	
	n	% _t	n	% _t	n	% _t
Irgendeine Droge illegal in Haft konsumiert	13	20,3	89	27,7	39	51,3
Diese Droge...in Haft illegal konsumiert						
Amphetamine	1	1,6	2	0,6	3	3,9
Benzodiazepine	1	1,6	18	5,6	1	1,3
Marihuana / Haschisch	9	14,1	82	25,5	39	51,3
LSD/Mescaline/Pilze	0	0,0	0	0,0	1	1,3
Heroin/Codein/ andere Opiate	6	9,4	24	7,5	2	2,6
Methadon/Subutex	2	3,1	10	3,1	2	2,6
Kokain	3	4,7	6	1,9	3	3,9
Crack	0	0,0	0	0,0	1	1,3
Antidepressiva	1	1,6	3	0,9	0	0,0

Anmerkung. Die Zahlen in der Spalte, die %_t überschrieben ist, beziehen sich auf alle Teilnehmer an der Untersuchung in dieser Haftart. Die Daten wurden für diese Auswertung nicht gewichtet, weshalb sich die Häufigkeitsangaben über die drei Haftarten nicht zu den Gesamtzahlen der Tabelle 31 aufaddieren.

Deutliche Unterschiede in Bezug auf Drogenkonsum in der Haft zeigen sich dabei zwischen den jüngeren (bis 25 Jahre) und älteren Inhaftierten, die sich bereits bei der Unterscheidung der Haftarten andeuteten. Daneben wird im offenen Vollzug deutlich seltener Drogenkonsum zugegeben als im geschlossenen, was angesichts der Auswahlkriterien für den offenen Vollzug erklärbar ist. Auch Vorbestrafte konsumieren häufiger in Haft als Nicht-Vorbestrafte. Bemerkenswert hingegen ist das Ergebnis, dass Personen, die wegen eines Drogendelikt inhaftiert sind, nicht häufiger, sondern sogar seltener in Haft Drogen konsumieren (allerdings nicht signifikant). Dieser Befund kann auf verschiedene Art und Weise interpretiert werden: Entweder sind mit diesen Delikten vor allem die Dealer betroffen. Dagegen spricht allerdings die höhere Belastung derjenigen mit BtM-Delikt und Drogenkonsum vor der Inhaftierung. Möglich ist zweitens, dass diese Personen die Haft dazu genutzt haben, mit dem Drogenkonsum – zumindest für die Dauer der Strafe – aufzuhören. Drittens könnte diese Gruppe in besonderem Maße dazu neigen, Drogenkonsum in Haft zu verschweigen oder zu untertreiben.



Tabelle 33. Zusammenhänge der Merkmale der Befragten mit Drogenkonsum in Haft.

Merkmal	Ausprägung	Ausprägung	χ^2
Vollzugsform	offen	geschlossen	22,0***
	9,7 %	34,5 %	
Alter	bis 25	ältere	20,3***
	50,0 %	25,2 %	
Geschlecht	Männer	Frauen	1,0
	30,2 %	20,8 %	
Staatsangehörigkeit	deutsch	nichtdeutsch	0,3
	30,0 %	29,1 %	
Vorstrafen	keine	mind. 1	5,6*
	21,9 %	33,2 %	
BtM-Delikt?	ja	nein	1,2
	31,8 %	25,0 %	
Drogenkonsum jemals vor der Inhaftierung	ja	nein	93,6***
	47,0 %	5,2 %	

Anmerkung. Der χ^2 -Wert gibt die Größe des Unterschieds wieder. Die Sternchen bedeuten: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. Je mehr Sternchen, umso ausgeprägter der Unterschied. Die Berechnungen beruhen auf gewichteten Werten.

Tabelle 33 zeigt zudem, dass nur 5,2 % der Personen, die für die Zeit vor der Haftangaben, keine Drogen konsumiert zu haben, in der Haft Drogen zu sich genommen haben. Von den 10 Personen (= 2,2 % aller Teilnehmer), die also nach eigenen Angaben in der Haft erstmals konsumierten, probierten alle Haschisch/Marihuana, zwei Heroin und einer Kokain. Zwei der 10 Personen verweigerten bei der Frage nach Drogenkonsum in den letzten acht Wochen die Angaben, und nur zwei der verbleibenden acht Inhaftierten gaben an, in dieser Zeit Marihuana/Haschisch zu sich genommen zu haben. Die hin und wieder geäußerte Vermutung, dass eine Inhaftierung in großem Umfang vorher vollkommen abstinenten Personen zum Drogenkonsum verleite, findet mit den vorliegenden Daten keine Bestätigung.

Ebenso ist festzustellen, dass von 104 Personen, die vor der Inhaftierung schon einmal harte Drogen zu sich genommen hatten (Heroin, Kokain oder Crack), 71 (68,3 %) zumindest bis zum Befragungszeitpunkt keine harten Drogen in Haft konsumiert hatten. Von den 161 Befragten, die sich als vor der Inhaftierung abhängig von einer Substanz beschrieben, konsumierten 91 (56,6 %) auch zu irgend einem Zeitpunkt in Haft eine Droge und 48 (29,6 %) auch in den letzten 8 Wochen vor der Befragung. Das heißt gleichzeitig auch, dass immerhin 43,4 % der sich vor der Inhaftierung als

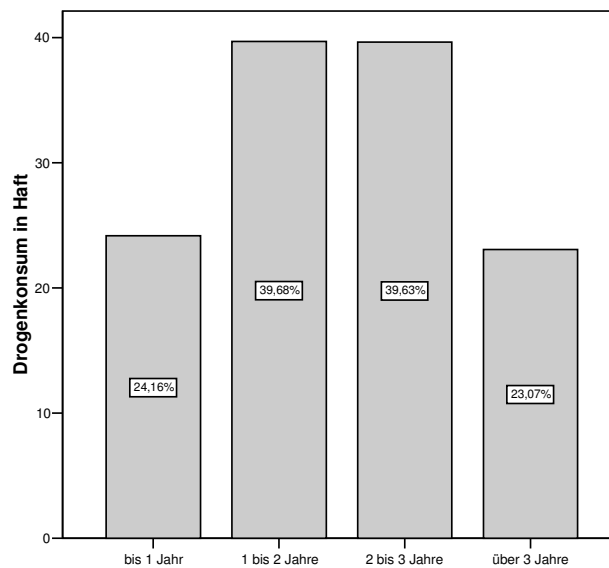


abhängig eingeschätzten Personen bis zum Befragungszeitpunkt in Haft keine Drogen genommen hatten.

Bei Aussiedlern findet sich eine höhere Verbreitung des Drogenkonsums in Haft als bei einheimischen Deutschen: 46,2 % der Aussiedler (vs. 28,8 % der einheimischen Deutschen) gaben den Konsum von BtM in Haft zu. Aufgrund der geringen Zahl der Aussiedler verpasst die Teststatistik knapp die Signifikanzgrenze.

Wird die Strafdauer zur Wahrscheinlichkeit des Drogenkonsums in Haft in Beziehung gesetzt, findet sich ein umgekehrt U-förmiger Zusammenhang (vgl. Abbildung 7): Während die Verbreitung des Drogenkonsums in den Gruppen der Strafgefangenen mit bis zu einem Jahr und über drei Jahren Freiheitsstrafe bei ungefähr einem Viertel liegt, ist der Anteil bei den Gefangenen mit einer Freiheitsstrafe zwischen einem Jahr und drei Jahren höher (ca. 40 %). Dieser Zusammenhang gilt vor allem für männliche Strafgefangene; im Jugendvollzug und bei den Frauen liegen in der Regel andere Sanktionsstrukturen vor (kürzere Strafzeiten).

Abbildung 7. Anteil Drogen konsumierender Gefangener in Abhängigkeit von der Strafdauer.



Analysen zu den Merkmalen derjenigen, die in den letzten 8 Wochen der Inhaftierung Drogen konsumiert hatten, ergeben keine wesentlich anderen Ergebnisse als vorliegend zum Drogenkonsum überhaupt berichtet.

4.3.2.2 Intravenöser Konsum in Haft

Nur 13 Personen (2,8 % der Teilnehmer bzw. 9,5 % derjenigen, die in Haft irgendeine Droge irgendwie konsumiert hatten) räumten ein, jemals während ihrer Haft Drogen intravenös konsumiert zu haben. Alle Personen waren männlich und befanden sich im geschlossenen Vollzug. 10 waren nicht das erste Mal in Haft. Alle hatten



auch vor der Haft intravenös konsumiert und gaben an, in Haft Heroin konsumiert zu haben; 11 von 12 Personen hatten sich auch vor der Inhaftierung abhängig gefühlt (eine hatte diesbezüglich keine Angaben gemacht).

4.3.2.3 Abhängigkeit in Haft

Auch Fragen zur Abhängigkeit von Drogen in Haft wurden in der Stichtagsstudie gestellt. Dabei wurden verschiedene Herangehensweisen gewählt: Zum einen wurden die Inhaftierten gefragt, ob sie sich aktuell, also zum Zeitpunkt der Untersuchung, von einer oder mehrerer der Substanzen abhängig fühlten. Zum anderen wurde der medizinische Dienst gebeten anzugeben,

- ob zum Zeitpunkt der Untersuchung subjektive Entzugssymptome geäußert worden waren oder aktuell Suchtdruck bestanden hat,
- ob objektive Entzugssymptome erkennbar waren oder sind.

Tabelle 34. Gefühl der Abhängigkeit von Drogen zum Befragungszeitpunkt (Quelle: Stichtagsuntersuchung; N = 461)

	n	% _t
Gefühl der Abhängigkeit von einer der Substanzen	58	12,5
Gefühl der Abhängigkeit von...		
Amphetaminen	4	1,0
Benzodiazepinen	11	2,4
Marihuana / Haschisch	12	2,5
LSD/Mescaline/Pilzen	1	0,3
Heroin/Codein/ andere Opiaten	14	3,0
Methadon/Subutex	28	6,1
Kokain	14	3,0
Crack	1	0,1
Antidepressiva	2	0,3

Anmerkung. Die Zahlen in der Spalte, die %_t überschrieben ist, beziehen sich auf alle Teilnehmer an der Untersuchung. Die Zahlen beruhen auf gewichteten Daten.

Jeder Achte gab zum Zeitpunkt der Untersuchung an, sich von einer Substanz abhängig zu fühlen. Unter den Substanzen spielte Methadon / Subutex eine besondere Rolle, was darauf zurückzuführen ist, dass allein bei 20 dieser Personen Substitutionsmaßnahmen stattgefunden hatten bzw. noch stattfanden (vgl. dazu auch Abschnitt 4.4). Bei den anderen war in Haft mit Methadon / Subutex entgiftet worden.

Für die Zeit vor der Inhaftierung hatte noch jeder dritte Befragte der Stichtagsstudie angegeben, abhängig gewesen zu sein. Von den 161 Personen, die sich vor der Inhaftierung von einer Substanz abhängig fühlten, gab nur ein Drittel (50 Personen) an,



auch in der Haft abhängig zu sein. Sieben Personen, die vor der Haft nicht abhängig waren, fühlten sich dort dann abhängig. Nur eine der Personen, die vor der Inhaftierung gar keine Drogen konsumiert hatten, ist in der Haft nach eigenen Angaben abhängig geworden.

Der medizinische Dienst stellte fest, dass bei 53 Personen aktuell subjektive Entzugserscheinungen beobachtbar waren oder aktuell Suchtdruck bestand. Die Schnittmenge zur Zahl der Personen, die von sich aus Abhängigkeit angegeben hatten, ist aber nicht sehr groß, so gab es 24 Personen (gewichtet man die Fälle: 22), die sich nicht als abhängig bezeichnet hatten. Dies lässt nicht unbedingt auf unkorrekte Selbstauskunft schließen, denn 18 der 24 Personen hatten eine Abhängigkeit vor der Inhaftierung eingeräumt und nur eine Person hatte Drogenkonsum sowohl vor als auch während der Haft geleugnet. Bei der Hälfte waren in Haft eine Entgiftung und/oder eine Substitution erfolgt. Denkbar ist also zumindest, dass einige Inhaftierte Abhängigkeit anders definierten als der medizinische Dienst dies mit Suchtdruck bzw. subjektiven Entzugserscheinungen tat.

Es lassen sich – bei gewichtetem Datensatz – 79 Personen, also 17,1 % der Teilnehmer identifizieren, die entweder von sich aus eine aktuelle Abhängigkeitsproblematik sehen und/oder bei denen eine solche von Seiten des medizinischen Dienstes genannt wird. Über diese Gruppe lässt sich folgendes feststellen:

- 76 (96 %) von ihnen befanden sich im geschlossenen Vollzug; sie verteilten sich – gemessen an der jeweiligen Größe der Anstalten – recht gleichmäßig über die Einrichtungen.
- 65 (82 %) von ihnen hatten mindestens eine Vorstrafe; 51 (65 %) waren sogar schon einmal inhaftiert.
- 77 (97 %) von ihnen hatten schon vor der Inhaftierung Drogen konsumiert, 70 (89 %) darunter auch harte.
- 69 (87 %) hatten sich als schon vor der Inhaftierung abhängig bezeichnet.

Nicht alle Inhaftierten, die sich selbst als abhängig bezeichnen oder bei denen Suchtdruck bzw. subjektive Entzugserscheinungen erkennbar waren, konsumierten auch in Haft: 27 (34 %) der 79 konsumierten nicht. Von diesen hatten 13 in Haft eine Entzugs- oder Entgiftungsbehandlung erhalten. Dies bedeutet, dass immerhin 14 Personen trotz subjektiv erlebter Abhängigkeit bzw. Suchtdruck oder subjektiver Entzugserscheinungen nicht – auch nicht legal - konsumierten. Von den 52 Personen unter den 79, die in Haft Drogen konsumiert hatten, hatten 88 % Haschisch/Marihuana genommen und 26 % Heroin. 32 (62 %) von ihnen hatten auch in den letzten 8 Wochen vor der Befragung konsumiert.

Zu einem weiteren Aspekt der Abhängigkeit wurde der medizinische Dienst gebeten anzugeben, ob beim Inhaftierten objektive Entzugserscheinungen zum Zeitpunkt der Datenerhebung oder zuvor erkennbar waren. Die Daten zu dieser Frage sind deshalb nicht mit der Frage nach subjektiven Entzugserscheinungen oder subjektivem



Abhängigkeitsgefühl vergleichbar, weil diese sich auf die gesamte Haftzeit und nicht nur auf den Zeitpunkt der Datenerhebung bezieht.

Bei 71 Personen, also 15,5 % der Teilnehmer, waren Entzugserscheinungen diagnostiziert worden und 24 Befragte dieser Gruppe hatten sich als abhängig eingeschätzt. Bei 18 Personen bezogen sich die Entzugserscheinungen vermutlich auf Alkohol, weitere 22 waren wegen Drogen entgiftet oder substituiert worden.

4.4. Drogenbezogene Maßnahmen

In beiden Studien wurden die Inhaftierten gefragt, ob sie vor der Inhaftierung schon einmal an Drogentherapien teilgenommen hatten. Ergebnisse zu Maßnahmen vor der Inhaftierung werden in Abschnitt 4.4.1 beschrieben. Der medizinische Dienst wurde zudem gefragt, ob bestimmte Maßnahmen (Entzugsbehandlung, Substitution, Entwöhnungsbehandlung) in Haft eingeleitet wurden bzw. worden waren. Über diesbezügliche Resultate informiert Abschnitt 4.4.2.

4.4.1 Maßnahmen vor der Haft

Ambulante und stationäre Drogentherapien wurden nur in der Zugangsuntersuchung unterschieden. Im Manual zur Bearbeitung des Erhebungsinstrumentes wurden sie als Maßnahmen beschrieben, die (a) über Legalsubstitution oder Entzugsbehandlung hinaus geht, (b) umfangreicher als Beratung ist und (c) fachlich angeleitet wird. In der Stichtagserhebung wurde der Begriff nicht mehr näher erläutert. Den Angaben der Zugangsstudie zufolge hatten demnach 9,5 % schon einmal eine ambulante Drogentherapie durchgeführt und 6,3 % eine solche abgebrochen (vgl. Tabelle 35). Problematisch am Erhebungsformat erscheint dabei allerdings der Begriff „durchgeführt“. Spätere Rückmeldungen und Datenanalysen legen nahe, dass er uneinheitlich verstanden worden war: Von einigen wurde er als „begonnen“, von anderen als „bis zum Ende besucht“ verwendet. Dies erschwert die Interpretation der Daten. Da deshalb die Erhebungen in der Stichtagsstudie valider zu sein scheinen, konzentriert sich die Beschreibung und Interpretation der Daten zu Drogentherapien vor der Inhaftierung im Folgenden auf die Stichprobe der Stichtagsuntersuchung.

Die Daten der Stichtagsstudie offenbaren, dass jeder fünfte Proband vor der Inhaftierung mindestens einmal eine stationäre Drogentherapie begonnen hatte. 29 von ihnen hatten dabei keine Therapie bis zum Ende absolviert, also mindestens eine abgebrochen. 21 Inhaftierte hatten mindestens eine Therapie bis zum Ende absolviert und keine vorzeitig beendet. Die restlichen 45 Personen, also fast die Hälfte aller 95 Inhaftierten mit stationären Therapieerfahrungen vor der Haft, hatte sowohl abgebrochene als auch absolvierte Therapien. Insgesamt ist der Anteil der Personen mit Therapieerfahrungen, die mindestens einmal gescheitert sind, sehr hoch: 79 % (75 von 95).



Tabelle 35. Drogentherapien vor der Inhaftierung

	Zugangsstudie (N = 734)		Querschnittsstudie (N = 461)	
	n	% _t	n	% _t
Jemals eine ambulante Drogentherapie durchgeführt	70	9,5	–	–
Jemals eine ambulante Drogentherapie abgebrochen	46	6,3	–	–
Jemals mindestens eine stationäre Drogentherapie durchgeführt / begonnen*	106	14,4	95	20,6
Jemals mindestens eine stationäre Drogentherapie abgebrochen	68	9,3	75	16,2
Jemals an mindestens einer stationären Drogentherapie bis zum Ende teilgenommen	–	–	66	14,2

Anmerkung. * Da die Fragen in den beiden Teiluntersuchungen nicht identisch waren, sind die Ergebnisse nicht unmittelbar vergleichbar. In der valideren Querschnittsstudie wurde nach begonnenen stationären Therapien gefragt – unabhängig vom Ausgang. Die Zahlen in der Spalte, die %_t überschrieben ist, beziehen sich auf alle Teilnehmer an der Untersuchung

Für die Analyse der Merkmale der Befragten, die vor der Inhaftierung mit höherer Wahrscheinlichkeit schon einmal eine stationäre Drogentherapie begonnen hatten, wird nicht zwischen verschiedenen Ergebnissen der Therapie unterschieden. Es hat sich gezeigt, dass die meisten Therapieteilnehmer sowohl erfolgreiche als auch abgebrochene Therapien aufweisen. Aus Tabelle 37 lässt sich schlussfolgern, dass Personen im geschlossenen Vollzug, die älter als 25 Jahre sind, über die deutsche Staatsbürgerschaft verfügen, mit Vorstrafen belastet sind und vor der Inhaftierung harte Drogen konsumiert hatten, mit höherer Wahrscheinlichkeit zu denjenigen gehören, die auch Therapieerfahrungen gemacht haben.

Tabelle 36 ist angegeben, wie sich die Therapieerfahrungen auf die Gruppen der Inhaftierten verteilen. Berücksichtigt wurden dabei nur Personen, die auch angegeben hatten, vor der Haft Drogen konsumiert zu haben. Bei den Frauen haben nahezu 3 von 10 Strafgefangenen, die jemals Drogen konsumiert hatten, Erfahrungen mit stationären Drogentherapien; bei den Männern nahezu 4 von 10. Im Jugendvollzug sind es nicht einmal 2 von 10; hier hat nur jeder siebte Drogenkonsument stationäre Therapieerfahrungen. Dies dürfte zum einen mit den aufgrund des Alters kürzeren Belastungen, zum anderen mit den besonderen Konsummustern (Dominanz von Cannabis) zu tun haben. Die Erfolgs- und Abbruchquoten sind über alle drei Gruppen hinweg vergleichbar.

Für die Analyse der Merkmale der Befragten, die vor der Inhaftierung mit höherer Wahrscheinlichkeit schon einmal eine stationäre Drogentherapie begonnen hatten,



wird nicht zwischen verschiedenen Ergebnissen der Therapie unterschieden. Es hat sich gezeigt, dass die meisten Therapieteilnehmer sowohl erfolgreiche als auch abgebrochene Therapien aufweisen. Aus Tabelle 37 lässt sich schlussfolgern, dass Personen im geschlossenen Vollzug, die älter als 25 Jahre sind, über die deutsche Staatsbürgerschaft verfügen, mit Vorstrafen belastet sind und vor der Inhaftierung harte Drogen konsumiert hatten, mit höherer Wahrscheinlichkeit zu denjenigen gehören, die auch Therapieerfahrungen gemacht haben.

Tabelle 36. Teilnahme an Drogentherapien vor der Inhaftierung (Stichtagsuntersuchung; nur Personen, die auch vor der Inhaftierung Drogen konsumiert haben; N = 279)

	Strafvollzug Frauen (N = 38)		Strafvollzug Männer (N = 180)		Jugend- vollzug (N = 61)	
	n	% _k	n	% _k	n	% _k
Jemals mindestens eine stationäre Drogentherapie begonnen	11	28,9	71	39,4	9	14,8
Jemals mindestens eine stationäre Drogentherapie abgebrochen	10	15,6	55	17,1	8	13,1
Jemals an mindestens einer stationären Drogentherapie bis zum Ende teilgenommen	4	10,5	49	15,3	8	13,1

Anmerkung. Die Zahlen in der Spalte, die %_k überschrieben ist, beziehen sich auf alle Teilnehmer an der Untersuchung in dieser Haftart, die vor der Inhaftierung Drogen konsumiert hatten. Die Daten wurden für diese Auswertung nicht gewichtet, weshalb sich die Häufigkeitsangaben über die drei Haftarten nicht zu den Gesamtzahlen der Tabellen 21 und 35 (Konsum vor der Haft; Drogentherapie vor der Inhaftierung) aufaddieren.

Der Umstand, dass jemand schon einmal eine stationäre Drogentherapie begonnen hatte, ist zwar als bedeutsamer Risikomarker für Drogenprobleme auch in Haft anzusehen. Aus einer anderen Perspektive betrachtet zeigt dies jedoch auch die Schwere der Abhängigkeit und gleichzeitig die Bereitschaft, der Sucht durch eine Therapie zu entkommen. 42 Personen hatten vor der Haft schon mehrmals eine Drogentherapie begonnen. Personen, die vor der Inhaftierung schon einmal eine Therapie begonnen hatten,

- konsumierten mit höherer Wahrscheinlichkeit eine Droge auch illegal in Haft (65,3 % vs. 37,1 %, $\chi^2 = 19,5$, $p < .001$), und zwar häufiger Benzodiazepine und Heroin – allerdings konsumierten sie nicht häufiger in den letzten acht Wochen,
- fühlten sich mit höherer Wahrscheinlichkeit auch in Haft von einer Droge abhängig (36,8 % vs. 12,6 %, $\chi^2 = 21,8$, $p < .001$), und zwar seltener von Marihuana/Haschisch, dafür häufiger von Methadon,
- berichteten häufiger über subjektive Entzugserscheinungen (30,9 % vs. 13,2 %, $\chi^2 = 12,1$, $p < .001$).



Tabelle 37. Zusammenhänge der Merkmale der Befragten mit dem Umstand, ob vor der Haft jemals eine Drogentherapie begonnen worden war (unabhängig vom Ausgang) (N = 270 Personen, die vor der jemals Inhaftierung illegal Drogen konsumiert hatten).

Merkmal	Ausprägung	Ausprägung	χ^2
Vollzugsform	offen	geschlossen	9,4**
	13,2 %	38,8 %	
Alter	bis 25	ältere	8,4**
	21,6 %	40,5 %	
Geschlecht	Männer	Frauen	0,3
	35,5 %	28,6 %	
Staatsangehörigkeit	deutsch	nichtdeutsch	10,2**
	39,4 %	14,9 %	
Vorstrafen	keine	mind. 1	17,9***
	14,5 %	42,9 %	
BtM-Delikt?	ja	nein	0,7
	35,7 %	29,2 %	
Konsum harter Drogen vor der Inhaftierung	ja	nein	28,3***
	43,5 %	6,6 %	

Anmerkung. Der χ^2 -Wert gibt die Größe des Unterschieds wieder. Die Sternchen bedeuten: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. Je mehr Sternchen, umso ausgeprägter der Unterschied. Die Berechnungen beruhen auf gewichteten Werten.

Auch wurden vom ärztlichen Dienst eher objektive Entzugssymptome erkannt (33,0 % vs. 17,4 %, $\chi^2 = 8,3$, $p < .01$). Bei 55 der 95 Personen mit Drogentherapie vor der Inhaftierung wurden Entgiftungsmaßnahmen eingeleitet (bei 55,3 % derjenigen, die schon einmal eine Therapie begonnen hatten vs. bei 17,8 % derjenigen, die dies noch nicht getan hatten, $\chi^2 = 12,1$, $p < .001$). Mehr als ein Drittel von ihnen (36,8 %) wurde substituiert (vs. 8,0 %, $\chi^2 = 34,2$, $p < .001$).

110 Personen (23,8 % aller Teilnehmer) waren schon einmal im Zusammenhang mit einer Suchterkrankung in einem Landeskrankenhaus gewesen. Einige von diesen Personen waren aber vermutlich wegen einer Störung im Zusammenhang mit Alkohol dort. Unter den 270 Personen, die angegeben hatten, vor der Inhaftierung jemals Drogen konsumiert zu haben, waren es 88 (32,5 %), die schon einmal wegen einer Suchterkrankung im LKH waren. 22 von diesen erfüllten indes auch das CAGE-Kriterium für behandlungsbedürftigen Alkoholkonsum vor der Inhaftierung (vgl. Abschnitt 4.5.1), könnten also auch wegen des Alkohols im LKH gewesen sein. Es verbleiben 66 Personen, die vermutlich wegen Drogen in einem LKH gewesen waren (= 14,3 % aller Teilnehmer).



4.4.2 Maßnahmen in Haft

Der medizinische Dienst wurde gebeten anzugeben, ob bei den Befragungsteilnehmern drogenbezogene Behandlungsmaßnahmen angewendet wurden. Zunächst einmal wurden Informationen zu einer medikamentösen Entzugs- bzw. Entgiftungsbehandlung erhoben. In der Zugangserhebung wurden dazu bei 668 Personen gültige Angaben gemacht. Bei 138 Personen, also 20,7 % oder jedem fünften, wurde eine Entgiftungsbehandlung eingeleitet. Unter diesen Personen waren allerdings auch solche, für die eine Alkoholproblematik angenommen wurde. Schließt man diese Personen aus, bleiben noch 17,9 % der Teilnehmer, die auch alle Drogenkonsum vor der Inhaftierung zugegeben hatten (n = 101). 94 von ihnen hatten eine Abhängigkeit von Drogen angegeben, 75 dabei (auch) von Opiaten, 32 (auch) von Kokain.

Differenzierter lässt sich die Zahl der wegen Drogenkonsums entgifteter Personen in der Stichtagsstichprobe bestimmen: Hier waren bei 95 Personen Entgiftungsmaßnahmen durchgeführt worden, das sind ebenfalls 20,7 % derjenigen mit gültigen Angaben (N = 458). Auch unter diesen Personen sind solche, die aufgrund von Alkoholproblemen behandelt wurden. Schließt man Personen aus, die (auch) mit Clomethiazol entgiftet wurden sowie solche, die dem CAGE-Test zufolge behandlungsbedürftigen Alkoholkonsum aufwiesen, dann verbleiben 50 Personen (10,9 % der Teilnehmer), die vermutlich ausschließlich wegen drogenbezogenen Konsums entgiftet wurden. 44 von diesen hatten sich selbst als abhängig vor der Inhaftierung bezeichnet, 29 gaben Drogenkonsum auch in der Haft zu und noch 19 bezeichneten sich selbst als abhängig in der Haft. Nach den Zahlen der beiden Teilstudien waren also mindestens bei 11 bis 18 % der Teilnehmer Entgiftungsmaßnahmen aufgrund von Drogen notwendig; zählt man Entgiftungen wegen Alkoholabhängigkeit hinzu, musste jeder fünfte auf diese Weise medizinisch behandelt werden.

Darüber hinaus waren in der Stichtagsstudie 49 Personen gemäß dem „Substitutionserlass“ (2002) substituiert worden, also 10,7 % von 457 Inhaftierten. 45 hatten sich selbst als abhängig vor der Inhaftierung bezeichnet, 39 hatten intravenös konsumiert. 28 von ihnen gaben Drogenkonsum auch in Haft zu und 25 Personen sahen sich zum Zeitpunkt der Befragung noch immer als abhängig an.

Für die Gruppe derjenigen, die vor der Inhaftierung von einer Substanz abhängig war und/oder harte Drogen konsumiert hatte, ist folgendes festzustellen: In der Zugangsuntersuchung erfüllten 275 Personen dieses Kriterium (37,5 %). Während für 18 Befragte zur Frage der Entzugsbehandlung keine Daten vorlagen, war für 129 Behandlungsbedürftige (50,2 % des infrage kommenden Personenkreises) eine Entzugsbehandlung eingeleitet worden. Unter den Probanden der Stichtagsuntersuchung waren 219 Personen (47,5 %), die das Kriterium erfüllten und zur Entgiftung / Substitution gültige Daten hatten. Unter diesen waren bei 102 Personen, also 46,5 % und damit weniger als der Hälfte, Entzugs- oder Substitutionsmaßnahmen durchgeführt worden. 28 Personen (12,8 %) wurden sowohl entgiftet als auch substituiert. Die Prävalenz von medizinisch-pharmakologischen Maßnahmen ist in beiden Studien somit in etwa gleich hoch.



Entzugsbehandlungen sind in der Zugangsstichprobe unter denjenigen Inhaftierten, die jemals harte Drogen konsumiert oder sich abhängig gefühlt hatten, wahrscheinlicher bei Personen

- die mindestens 25 Jahre alt sind im Vergleich zu jüngeren (63,9 % vs. 32,1 %, $\chi^2 = 25,1$, $p < .001$),
- die im geschlossenen Vollzug sind (52,7 % vs. 30,0 % im offenen Vollzug; $\chi^2 = 5,4$, $p < .05$),
- die weiblich sind (71,4 % vs. 47,6 % bei Männern; $\chi^2 = 5,7$, $p < .05$)
- die deutsch sind (54,0 % vs. 27,6 % bei Nichtdeutschen; $\chi^2 = 7,2$, $p < .01$),
- die vorbestraft waren (62,3 % vs. 29,1 %; $\chi^2 = 23,5$, $p < .001$).

In der Stichtagsstudie zeigen sich die gleichen Unterschiede; hier ist die Differenz zwischen Personen im offenen und geschlossenen Vollzug allerdings deutlich ausgeprägter und der Unterschied zwischen Männern und Frauen (69,2 % vs. 44,7 %) verpasst knapp die Signifikanzgrenze.

Nur bei zwei Inhaftierten wurden Maßnahmen der Entwöhnung bejaht. Als Entwöhnungsbehandlung galten dabei solche Interventionen, die während der Haft oder während Lockerungen absolviert wurden. (Sucht-) Beratungsgespräche allein sollten nicht dazu gehören; die Maßnahme musste deutlich (längerfristige) therapeutische Züge aufweisen. Bei einer Person wurde eine Gesprächstherapie über 2 Jahre durchgeführt und es war eine „Zwangstherapie in Planung“. Die andere Person besuchte einmal wöchentlich die Gruppe der Anonymen Alkoholiker.

4.4.3 Zeit für Interventionen

Die bisherigen Analysen haben gezeigt, dass Inhaftierte über vielfältige Erfahrungen und eine hohe Belastung mit Drogen verfügen. Zwangsläufig stellt sich die Frage, was zu tun ist, um diesen Personen einerseits die aktuellen Beschwerden und Leiden zu nehmen oder diese zu lindern und ihnen andererseits – möglichst längerfristig – dabei zu helfen, drogenabstinent zu leben. Die im vorangegangenen Abschnitt beschriebenen medizinisch-pharmakologischen Interventionen (Entgiftung, Substitution) stellen wichtige Grundpfeiler akuter bis mittelfristiger Hilfe dar. Längerfristige Hilfe und die Förderung von tragfähigen Verhaltensveränderungen ist allerdings am ehesten zu erwarten, wenn intensivere, auch psychologische Maßnahmen der Entwöhnung angeboten und angenommen werden. Diese wurden in der Studie so gut wie gar nicht genannt.

Die folgenden Analysen sollen der Frage nachgehen, wie viel Zeit die Justizvollzugsanstalten bei der Aufnahme von Inhaftierten mit Drogenproblemen überhaupt haben, um entsprechende Maßnahmen durchführen zu können: Für wie viele behandlungsbedürftige Drogenkonsumenten würde bei Haftbeginn ausreichend Zeit für eine Entwöhnungsbehandlung zur Verfügung stehen. Unter „ausreichend Zeit“ wird hier ver-



standen, dass zwischen dem Haftbeginn und dem Termin für das Strafende mindestens 9 Monate zu verbüßen sind. Dies ist selbstverständlich nur eine grobe Schätzung, die in vielen Fällen nicht zutreffen dürfte. Zu berücksichtigen ist, dass ein Therapiebedürftiger zunächst einmal das Aufnahmeverfahren durchlaufen muss, in dem die substanzbezogenen Probleme genauer analysiert werden. In einigen Anstalten dürfte dies auch schon in der medizinischen Untersuchung zu Beginn der Inhaftierung geschehen sein. Vor einer Entwöhnungsbehandlung muss zudem eine Entgiftung stattgefunden haben, die auch einige Zeit in Anspruch nimmt. Schließlich sind verschiedene motivationale Voraussetzungen der Inhaftierten zu berücksichtigen. So wird es Personen geben, die vollkommen unmotiviert sind, an einer Behandlungsmaßnahme teilzunehmen, andere haben vielleicht schon erste Therapieerfahrungen. Wiederum andere Inhaftierte könnten schon Misserfolge in ambulanten oder stationären Therapien erlebt haben. Es kann also unterschiedlich lange dauern, bis ein Inhaftierter über ausreichend Motivation für eine Entwöhnungsbehandlung verfügt; in einigen Fällen dürfte sie gar nicht herstellbar sein. Dies macht deutlich, dass es sehr auf den Einzelfall ankommt, wie viel Zeit der Inhaftierte „mitbringen“ muss, um eine Entwöhnungsbehandlung durchführen zu können.

In beiden Untersuchungen wurden die behandlungsbedürftigen Inhaftierten über die Abhängigkeit von irgendeiner Substanz definiert.

Vor dem Hintergrund dieser – sicherlich auch angreifbaren – Definition von Behandlungsbedürftigkeit wurden 192 Personen in der Zugangsuntersuchung identifiziert (26,2 % der Teilnehmer). Darunter waren 80 Untersuchungsgefangene, denen gar keine entsprechenden Entwöhnungsangebote in der Anstalt gemacht werden könnten, weil die Strafzeiten nicht feststehen; in 4 weiteren Fällen fehlte die Angabe zum Strafende. Unter den restlichen 108 Personen waren nur 33, die mindestens eine Strafe von 9 Monaten zu verbüßen hatten. Diese 33 Personen stellen 4,5 % von allein Teilnehmern und 17,2 % aller abhängigen Inhaftierten dar⁶.

In der Stichtagsuntersuchung wurden 161 Behandlungsbedürftige mit gültigen Daten zur Strafzeit gefunden. Dies sind prozentual (34,9 %) nicht nur mehr Personen als in der Zugangsuntersuchung; hier ergeben sich auch hinsichtlich der verfügbaren Strafzeiten zu Haftbeginn ganz andere Zahlen. Von den 161 Personen hatten nämlich 138 eine Strafzeit von mindestens 9 Monaten. Das sind immerhin 29,9 % aller Teilnehmer und 85,7 % aller zum Zeitpunkt des Haftantritts Abhängigen. In diesen deutlichen Differenzen zwischen den beiden Studien kommen erneut die großen Unterschiede in den Stichproben zu Tage: In die Stichtagsstudie gelangten eben keine Untersuchungsgefangenen, und unter den Anstalten mit Strafgefangenen waren auch solche, die längere Freiheitsstrafen vollstrecken.

⁶ Identifiziert man die Behandlungsbedürftigen (in der Zugangsuntersuchung) etwas anders über intravenösen Konsum irgendeiner Substanz vor der Inhaftierung oder den Konsum einer „harten“ Droge in den 28 Tagen vor der Inhaftierung, so sind 229 Personen behandlungsbedürftig. Schließt man 97 Untersuchungsgefangenen aus sowie jene mit weniger als 10 Monaten Strafzeit, verbleiben 38 Inhaftierte (5,2 % aller Teilnehmer; 16,6 % aller Behandlungsbedürftigen).



Je nach betrachteter Inhaftiertengruppe sind es also zwischen 17,2 % und 85,7 % der Abhängigen, mit denen angesichts der „mitgebrachten“ Strafzeiten eine intramurale Entwöhnungsbehandlung möglich gewesen wäre. Diese Berechnungen sind neutral zu der Frage, ob der Vollzug überhaupt die Kapazitäten hat, solche Interventionen durchzuführen oder ob er sich für die Durchführung solcher Maßnahmen für zuständig erklärt.

4.5. Sonderauswertung: Alkohol vor und in der Haft

Der Pro-Kopf-Konsum an alkoholischen Getränken betrug in der Bundesrepublik im Jahr 2004 145,5 Liter, davon 10,1 Liter reiner Alkohol (Meyer & John, 2006). Der tägliche Genuss von Alkohol ist nicht unüblich, obwohl die negativen Folgen regelmäßigen Konsums durchaus bekannt sind. Keine Feier ohne Alkohol, Alkohol macht locker, persönliche Probleme werden unter Alkoholeinwirkung weniger bedrohlich und einfacher zu bewältigen. Das Bier oder das Glas Wein am Abend verheißen Entspannung und Abstand vom Alltag. Die problematische Seite des Alkoholkonsums wird unter Alkoholeinfluss meist bagatellisiert und – wenn überhaupt – erst wieder mit nüchternem Kopf registriert. Auch unter geringem Alkoholeinfluss kann das Führen eines Kraftfahrzeugs fatale Folgen haben, denn schon ein niedriger Alkoholspiegel hat eine Verschlechterung der Sehleistung und verlängerte Reaktionszeiten zur Folge. Auch wenn Alkoholunfälle im Straßenverkehr seit 1994 rückläufig sind, ist die Zahl geschädigter Personen von 29.521, darunter 704 Tote, im Jahr 2004 noch sehr dramatisch (Albrecht, Hasse & Schulze, 2006).

Höhere Alkoholkonzentrationen können zu teilweise extremer Aggressivität führen (Köhler, 2005). Eine Hochrechnung der im Jahr 2000 gewonnenen Daten des Suchtsurveys ergab für 10,4 Millionen Personen in Deutschland riskanten Konsum von Alkohol und für je 1,4 Millionen Missbrauch und Abhängigkeit (Kraus & Augustin, 2006).

Viele Gesundheitsstörungen stellen sich erst nach langjährigem Alkoholkonsum ein (Meyer & John, 2006). Bevor jedoch ein Alkoholiker gesundheitliche Beeinträchtigungen zeigt, ist es oft in seiner Familie und am Arbeitsplatz schon zu Unstimmigkeiten und Konflikten mit schwerwiegenden Folgen gekommen. Alkoholiker verändern sich häufig in ihrer Persönlichkeit, werden für andere unberechenbar, reagieren ungehalten und gereizt und halten Vereinbarungen nicht ein. Kinder von Alkoholikern bereiten oft mehr Erziehungsprobleme als Kinder von Nicht-Alkoholikern, sie zeigen „mehr Weinen und Erbrechen, später mehr körperliche Beschwerden.“ (Feuerlein, 1996, S. 65). Die Scheidungsrate bei Alkoholikern ist wesentlich höher als bei Nicht-Alkoholikern und etappenweise vollzieht sich auch eine berufliche Desintegration (ebda S. 66). Dies bedeutet oft eine problematische Entwicklung zum Teufelskreis, denn die Betroffenen flüchten vor den Problemen in vermehrten Alkoholkonsum mit wiederum problematischen Folgen, denen nur durch erneute Flucht in den Alkohol begegnet werden kann.



4.5.1 Umgang mit Alkohol vor der Haft

Im Rahmen der Zugangsuntersuchung wurde der ärztliche Dienst um eine Einschätzung zur Alkoholabhängigkeit der teilnehmenden Neuzugänge gebeten. Für 112 Neuzugänge (15 % der Teilnehmer) wurde davon ausgegangen, dass vor der Inhaftierung Alkohol in einem Ausmaß konsumiert worden war, dass eine Abhängigkeit bestand. Von dieser Gruppe gab gut die Hälfte (n = 58) an, vor der Inhaftierung auch Drogen konsumiert zu haben. Von 614 - nach Einschätzung des ärztlichen Dienstes - Nicht-Alkoholabhängigen hatten mehr als die Hälfte (n = 332) Drogenkonsum eingeräumt (vgl. Tabelle 38).

Tabelle 38. Alkoholabhängigkeit und Drogenkonsum vor der Inhaftierung (Zugangsuntersuchung).

Suchtstoff	Häufigkeit	Prozent
Kein Konsum	282	38,4
„nur“ Alkoholabhängig	54	7,4
Alkoholabh. und Drogen konsumiert	58	7,9
„nur“ Drogen konsumiert	332	45,2
Fehlend	8	1,1
Gesamt	734	

Auch in der Rangfolge des bevorzugten Konsums einzelner Suchtmittel gab es keinen Unterschied zwischen den Gruppen der Alkoholabhängigen und Nicht-Alkoholabhängigen (vgl. Tabelle 39): Haschisch rangierte vor Heroin, Kokain, Benzodiazepinen und Amphetaminen.

Tabelle 39. Art des konsumierten Suchtstoffes von Alkohol- und Nicht-Alkoholabhängigen (Mehrfachnennungen möglich).

	Alkoholabhängige und Drogenkonsum (n=58)	Nicht-Alkoholabhängige und Drogenkonsum (n=332)
Haschisch	22 (37,9 %)	154 (46,4 %)
Heroin	18 (31,0 %)	97 (29,2 %)
Kokain	16 (27,6 %)	71 (21,4 %)
Benzodiazepine	14 (24,1 %)	43 (13,0 %)
Amphetamine	8 (13,8 %)	15 (4,5 %)



Alkoholabhängige mit Drogenkonsum zeigten signifikant mehr Entzugssymptome und erhielten häufiger eine Entzugsbehandlung als Nur-Alkoholabhängige und Nur-Drogenkonsumenten (Tabelle 40).

Tabelle 40. Entzug bei Alkoholabhängigen und Drogenkonsumenten.

	Entzugssymptome geäußert (subjektiv)	Entzugssymptome erkennbar (objektiv)	Entzugsbehandlung eingeleitet
Alkoholabhängige	15,9 %	15,9 %	18,2 %
Alkoholabhängige mit Drogenkonsum	43,9 %	36,8 %	51,8 %
Nur Drogenkonsumenten	30,8 %	18,5 %	32,7 %
χ^2	9,10*	10,67**	13,08**

Die Gruppe derjenigen, die weder als alkoholabhängig galt noch Drogenkonsum eingeräumt hatte, war signifikant seltener vorbestraft und vorinhaftiert als die Gruppen der Alkohol- und Drogenkonsumenten. Auch psychische Beeinträchtigungen waren in dieser Gruppe offenbar seltener, denn Suizidversuche in der Vorgeschichte und psychiatrische Behandlungen wurden vor allem im Vergleich zu der Gruppe der Alkoholabhängigen mit Drogenkonsum signifikant seltener berichtet (vgl. Tabelle 41).

Tabelle 41. Strafrechtliche Vorbelastung und psychische Beeinträchtigung.

	Keine Vorstrafen	erstinhaftiert	Suizidversuch	LKH	Psychiatr. Behandl.
Kein Konsum	50,5 %	59,3 %	5,8 %	7,9 %	5,4 %
Alkoholabhängige	24,1 %	32,6 %	13,0 %	25,0 %	9,6 %
Alkoholabhängige mit Drogenkonsum	30,4 %	36,4 %	29,8 %	31 %	19,0 %
Nur Drogenkonsum	39,4 %	45,1 %	16,3 %	16,4 %	10,9 %
χ^2	44,85***	24,78***	30,22***	27,19***	12,43**

Anders als in der Zugangsuntersuchung wurden in der *Stichtagsuntersuchung* die Teilnehmer nach dem Ausmaß ihres Alkoholkonsums vor der Inhaftierung befragt.



Der CAGE-Fragebogen ist mit vier Fragen ein einfach zu handhabendes Testinstrument zur Erkennung von Alkoholikern oder Problemtrinkern. Bereits die Zustimmung zu zwei der folgenden vier Fragen korreliert hoch ($r = .89$) mit problematischem Alkoholkonsum (Mayfield, McLeod & Hall, 1974).

Der CAGE umfasst folgende Fragen (in Klammern Angaben zur Häufigkeit der positiven Beantwortung in der Stichprobe):

- Hatten Sie schon (erfolglos) versucht, Ihren Alkoholkonsum zu reduzieren? (ja: 95 = 22 % aller Teilnehmer)
- Ärgerten Sie sich über kritische Bemerkungen Ihrer Umgebung wegen Ihres Alkoholkonsums? (ja: 66 = 15 %)
- Hatten Sie Schuldgefühle wegen Ihres Trinkens? (ja: 82 = 19 %)
- Brauchten Sie morgens manchmal Alkohol, um richtig leistungsfähig zu werden? (ja: 64 = 15 %)

97 Personen (23 % aller Befragten, die die CAGE-Fragen überhaupt beantwortet haben) haben mindestens 2 der 4 Fragen bejaht, d. h. dass nach Mayfield und Mitarbeiter (1974) für diese Gruppe mit hoher Wahrscheinlichkeit von problematischem Alkoholkonsum oder auch Abhängigkeit auszugehen ist. Es gab keinen nennenswerten Unterschied zwischen Männern und Frauen und auch keine Variation mit dem Alter. Von den 97 Personen mit mindestens zwei Zustimmungen im Cage-Test haben 60 Befragte Drogenkonsum vor der Inhaftierung eingeräumt (vgl. Tabelle 42)

Tabelle 42. Drogenkonsum bei problematischem Alkoholkonsum.

	Zugang: als alkoholabhängig eingeschätzt (n=58 von 112)	Stichtag: problematischer Alkoholkonsum (n=60 von 97)
Haschisch	22 (37,9 %)	55 (91,6 %)
Heroin	18 (31,0 %)	31 (51,7 %)
Kokain	16 (27,6 %)	39 (65,0 %)
Benzodiazepine	14 (24,1 %)	24 (40,0 %)
Amphetamine	8 (13,8 %)	25 (41,7 %)

Auffällig sind die im Vergleich zu Abhängigen der Zugangsuntersuchung deutlich höheren Zahlen beim Drogenkonsum. Das könnte auf eine höhere Anzahl polytoxikomaner Gefangener schließen lassen. Möglich ist jedoch auch unterschiedliches Antwortverhalten von Gefangenen, die neu in Haft gekommen sind und solchen, bei denen „die Zeit vor Inhaftierung“ schon einige Zeit zurücklag.



Für alkoholbezogene Entwöhnungsmaßnahmen wäre die Haftzeit ausreichend gewesen, nur vier der 97 Gefangenen hatten zum Zeitpunkt der Untersuchung noch eine geringe Strafdauer von weniger als 3 Monaten, 85 Gefangene hatten noch eine Haftzeit von mindestens 9 Monaten.

Die Belastung mit Vorstrafen und Vorinhaftierungen ist in den Gruppen mit Suchtmittelkonsum tendenziell höher als in der Gruppe ohne Konsum. Einen signifikanten Unterschied gibt es bei der Frage nach Aufhalten im Landeskrankenhaus, hier hatten die Suchtmittelkonsum-Gruppen deutlich häufiger Aufenthalte in Landeskrankenhäusern aufzuweisen (vgl. Tabelle 43).

Tabelle 43. Strafrechtliche Vorbelastung und Aufenthalt im Landeskrankenhaus in Abhängigkeit vom Suchtmittelkonsum (Stichtagsstudie).

	Keine Vorstrafen	erstinhaftiert	LKH
Kein Konsum	34,2 %	55,9 %	14,6 %
Problemtrinker	20,6 %	45,7 %	45,9 %
Problemtrinker mit Drogenkonsum	24,6 %	36,8 %	44,8 %
Nur Drogenkonsum	27,0 %	49,1 %	39,0 %
χ^2	6,61	6,99	33,0***

Nach Einschätzung des ärztlichen Dienstes waren in der Gruppe der Problemtrinker mit Drogenkonsum häufiger (35 % dieser Gruppe) Entzugssymptome festzustellen als in der Gruppe der Problemtrinker (19%) oder der reinen Drogenkonsumenten (21%).

4.5.2 Suchtmittelkonsum während der Haft

Nicht ungesetzlich, aber in Niedersachsen nicht erlaubt, ist Alkoholkonsum im Gefängnis. So ist es bemerkenswert, wenn immerhin 163 Befragte angegeben haben, während der aktuellen Inhaftierung Alkohol (70 Personen= 15 % aller Befragten) oder Drogen (137= 31 %) konsumiert zu haben. 44 Befragte (10 % der Gesamtgruppe und mehr als ein Viertel der Personen, die Suchtmittelkonsum während der aktuellen Inhaftierung eingeräumt haben) haben angegeben, während der Haft Alkohol und Drogen konsumiert zu haben. Es kann sein, dass einige Inhaftierte während eines Hafturlaubs – und damit möglicherweise toleriert – Alkohol zu sich nahmen.



Unterscheidet man wieder die vier Gruppen der Inhaftierten (a) ohne Konsum von Drogen vor der Inhaftierung und ohne problematischen Alkoholgebrauch, (b) „Problemtrinker“ ohne Drogenkonsum, (c) Problemtrinker mit Drogenkonsum und (d) Drogenkonsumenten ohne problematischen Alkoholkonsum, so erhält man hinsichtlich der Alkohol- bzw. Drogeneinnahme in Haft die Ergebnisse in Tabelle 44. Die Konsumhäufigkeit bei den Inhaftierten der Gruppe (a) ist sehr unauffällig. Von den Gruppen (b) und (d), die jeweils nur Drogen bzw. Alkohol in problematischem Maße zu sich genommen hatten, zeigt sich jeweils auch die stärkste Tendenz zur Fortsetzung dieses Konsums: Drogenkonsumenten ohne problematischen Alkoholgebrauch vor der Haft konsumieren vor allem Drogen in Haft, und Problemtrinker ohne Drogen Erfahrungen konsumieren auch in Haft deutlich häufiger „ihre“ Substanz. Auch Gruppe (c) verhält sich in diesem Sinne konsistent: Sie konsumiert nicht nur am häufigsten Alkohol, sondern auch fast genauso häufig Drogen wie Gruppe (d).

Tabelle 44. Alkohol und Drogenkonsum während der Haft in Abhängigkeit vom Suchtmittelkonsum vor der Inhaftierung.

	Alkoholkonsum während Haft n= 70	Drogenkonsum während Haft n= 137
Kein Konsum	6,7 %	6,0 %
Problemtrinker	19,4 %	2,7 %
Problemtrinker mit Drogenkonsum	23,7 %	43,3 %
Nur Drogenkonsum	16,1 %	45,1 %
χ^2	12,8**	82,3***

Das Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung hat sich dank Aufklärung immerhin dahingehend entwickelt, dass das Nichttrinken von Alkohol zunehmend akzeptiert wird. So fallen viele Problemtrinker außerhalb der Mauern nicht als solche auf und haben innerhalb der Mauern häufig das Problem, dass sie das Konsumverbot nicht einsehen wollen oder können. Der freie Bürger verzichtet auf Alkoholkonsum wenn es Gründe dafür gibt, z.B. noch Autofahren wollen, konzentrierte Kopfarbeit leisten, gesundheitliche oder berufliche Erfordernisse etc. Der Inhaftierte darf keinen Alkohol trinken - auch dann nicht, wenn er in einem Einzelhafttraum unter Verschluss ist. Die Erfahrung hat gezeigt, dass übermäßiger Alkoholkonsum nicht nur die Gefahr verbaler und körperlicher Übergriffe, sondern auch die Gefahr neuer Straften mit sich bringt.



5. Zusammenfassung und Diskussion

In diesem Kapitel werden die wichtigsten Erkenntnisse der Studie zusammengefasst und diskutiert.

Die vorliegende Untersuchung befasst sich mit dem Ausmaß von Drogenkonsum und Drogenabhängigkeit unter Inhaftierten. Dabei wird Wert darauf gelegt, drogenbezogene Verhaltens- und Erlebnisweisen und Probleme für die Zeit vor als auch während der Haft zu differenzieren. Andere, internationale und nationale Studien haben gezeigt, dass Gefangene im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung über deutlich mehr Erfahrungen mit Drogenkonsum verfügen und dementsprechend auch in höherem Maße mit drogenbezogenen Störungen und Problemen belastet sind.

Diesbezügliche aktuelle und detaillierte Erkenntnisse über niedersächsische Gefangene sind bisher nicht erhoben worden. Für die zukünftige Ausrichtung der vollzuglichen Strategien im Umgang mit drogenbelasteten und Drogen konsumierenden Gefangenen bot sich deshalb die Durchführung einer empirischen Studie an.

Zur Beantwortung der weiter unten noch einmal wiedergegebenen und als Leitfragen für diese Zusammenfassung verwendeten Fragen wurden zwei Teilstudien durchgeführt. In der so genannten Zugangsuntersuchung wurden zwischen April und Juni 2005 alle Neuzugänge ausgewählter Justizvollzugsanstalten angesprochen und im Falle ihrer Teilnahmebereitschaft zu Drogenkonsum vor der Inhaftierung befragt. Während hier also auch Untersuchungsgefangene interviewt wurden, gelangten in die so genannte Stichtagsuntersuchung (auch „Querschnittstudie“) im Februar/März 2006 nur Inhaftierte, die aktuell eine Jugend- oder Freiheitsstrafe verbüßten. Sie wurden nach einem Zufallsplan ausgewählt. Beide Studien wurden in einer Arbeitsgruppe mit Vertretern des Justizministeriums und der medizinischen und Suchtberatungsdienste vorbereitet und in Gesprächen mit den Anstaltsleitungen, den Vollzugsgeschäftsstellen und den medizinischen Diensten der beteiligten Anstalten erörtert.

In beiden Studien wurde eine hohe Teilnahmequote erreicht: Jeweils sieben von zehn Neuzugängen / ausgewählten Strafgefangenen erklärten sich bereit, die Fragen zu beantworten. Insgesamt konnten so von 746 (Zugangsuntersuchung) bzw. 468 (Stichtagsuntersuchung) Inhaftierten Daten gewonnen werden. Die Beschränkung auf Strafgefangene und die Auswahl der Justizvollzugsanstalten hat dazu geführt, dass mit der Stichtagsuntersuchung Gefangene erfasst wurden, die im Vergleich zu denen der Zugangsuntersuchung häufiger wegen schwererer Delikte einsaßen und mehr Vorstrafen und Vorinhaftierungen aufwiesen. Ein Vergleich der Stichtagsstichprobe mit Daten der niedersächsischen Strafvollzugsstatistik bezüglich vollzuglicher Daten wie Vollzugsform, Nationalität und Delikt hat ergeben, dass die Stichprobe als annähernd repräsentativ gelten kann.

Selbstverständlich ist in einer Studie zu einem so heiklen Bereich mit Antwortverzerrungen durch die Befragten zu rechnen. Der genaue Umfang unkorrekter Angaben (z. B. Verschweigen, Unter- oder auch Übertreibungen von Drogenkonsum) kann



nicht ermittelt werden; Analysen zur Teilnahmebereitschaft und zu Abweichungen zwischen Selbstangaben der Befragten und Einschätzungen durch das medizinische Personal lassen jedoch darauf schließen, dass sich die Verzerrungen in Grenzen halten.

5.1 Beantwortung der Ausgangsfragen

1. Wie groß ist die Drogengefährdung der Gefangenen bei Aufnahme in die JVA?

In Anlehnung an eine Untersuchung des Kriminologischen Dienstes Nordrhein-Westfalen aus der Mitte der 90er Jahre (vgl. Wirth, 2002) wurden Gefangene dann als drogengefährdet angesehen, wenn sie irgendwann einmal in ihrem Leben vor der aktuellen Inhaftierung eine Droge konsumiert hatten. Sicherlich lässt sich diese Definition kritisieren, z. B. in den Fällen, in denen Personen in ihrer Jugend einmal Drogen konsumiert haben und seitdem nicht mehr. Es sollte aber bewusst eine niedrige Schwelle für das Kriterium der Drogengefährdung gewählt und zudem die Vergleichbarkeit mit der angesprochenen Studie hergestellt werden.

Jeder zweite Neuzugang ist drogengefährdet.

Mehr als jeder zweite Neuzugang (53,4 %) hat nach eigenen Angaben vor der Inhaftierung irgendwann einmal Drogen konsumiert, war also der hier zugrunde gelegten Auslegung zufolge drogengefährdet. Von den Strafgefangenen in der Stichtagsuntersuchung waren es noch etwas mehr (58,5 %). Die häufigsten Suchtstoffe sind Marihuana/Haschisch, gefolgt von Heroin und Kokain, das in der Rangreihe der am weitesten verbreiteten Substanzen bei den Teilnehmern der Stichtagsstudie höher liegt als in der Zugangsstudie. Insgesamt liegen die Prävalenzraten bei den Strafgefangenen der Stichtagsstudie über denen der Neuzugänge. In beiden Studien weisen deutlich mehr Personen Erfahrungen mit Drogen auf als Personen der Allgemeinbevölkerung.

Vier von zehn Neuzugängen hatten kurz vor der Inhaftierung (28 Tage) noch Drogen konsumiert.

In der Zugangsuntersuchung wurde außerdem der für die unmittelbare Drogengefährdung in Haft vermutlich relevantere Konsum in den letzten vier Wochen vor der Inhaftierung abgefragt. Hier zeigt sich, dass vier von zehn Neuzugängen (40,7 % der Teilnehmer) in den letzten 28 Tagen illegal Drogen zu sich genommen hatten. Jeder vierte Neuzugang (26,6 %) hatte Marihuana/Haschisch konsumiert, jeder sechste (16,8 %) Heroin und knapp jeder siebte (13,5 %) Kokain. Mehr als die Hälfte der Konsumenten hatte mehr als eine Substanz zu sich genommen.

Im Jugendvollzug ist die Drogengefährdung am höchsten.

Es zeigt sich weiterhin, dass die Drogengefährdung im Jugendvollzug am höchsten liegt; hier hatten sechs von zehn Neuzugängen eine der abgefragten Substanzen in den letzten vier Wochen in Freiheit illegal eingenommen. Indes geht die Drogenge-



fährdung bei den jungen Inhaftierten vor allem auf den Konsum der „weichen“ Droge Marihuana/Haschisch zurück; auch Amphetamine werden von dieser Gruppe häufiger genannt.

Harte Drogen wurden vor der Haft am häufigsten von weiblichen Inhaftierten konsumiert.

Beim Konsum von „harten“ Drogen (Heroin, Kokain, seltener Crack) und auch bei den Benzodiazepinen liegen die jungen Gefangenen in etwa gleich mit den erwachsenen Männern; hier erweisen sich die weiblichen Teilnehmer als deutlich gefährdeter: Von diesen hatte kurz vor der Inhaftierung jede Fünfte (21,7 %) Kokain und jede Vierte (24,6 %) Heroin konsumiert. Weitere Analysen legen dar, dass vorbestrafte und/oder wegen eines BtM-Delikts angeklagte bzw. verurteilte Neuzugänge drogengefährdeter sind als diejenigen ohne Vorstrafen oder mit anderen Delikten.

Personen, die vor der Inhaftierung intravenös Drogen konsumiert hatten, sind als besonders drogengefährdet anzusehen. Diese Art des Drogenkonsums wurde von Befragten der Querschnittstudie häufiger eingeräumt (23,0 % vs. 15,1 % der Neuzugänge). Heroin und Kokain waren dabei (in dieser Reihenfolge) die Hauptsubstanzen. Während im Jugendvollzug nicht einmal jeder zehnte Strafgefangene vor der Haft intravenös konsumiert hatte (9,1 %), war es im erwachsenen Männervollzug jeder vierte (24,0 %). Mit vier von zehn Teilnehmerinnen (42,2 %) gaben deutlich mehr inhaftierte Frauen intravenösen Konsum vor der Haft an. Alle hatten Heroin gespritzt. Benzodiazepine, die bei den Männern seltener und bei den männlichen Jugendlichen und Heranwachsenden so gut wie gar nicht vorkamen, waren von den Frauen viermal häufiger als Kokain gespritzt worden. Von den Männern war neben Heroin in etwa gleichem Umfang auch Kokain) vor der Haft intravenös konsumiert worden (sowohl im Jugend- als auch im Strafvollzug. Gefangene des geschlossenen Vollzuges sowie Vorbestrafte waren häufiger unter denjenigen, die vor der Haft intravenös konsumiert hatten.

2. Wie viele Gefangene sind akut drogenabhängig?

In beiden Studien wurde erhoben, wie viele Personen vor der Haft abhängig waren. Erneut waren die Prävalenzzahlen in der Querschnittstudie höher: Jeder vierte Gefangene in der Zugangsuntersuchung (26,2 %) und jeder dritte in der Querschnittsuntersuchung (34,9 %) gab an, er habe sich vor der Inhaftierung von irgendeiner Droge abhängig gefühlt. Heroin, Kokain und Marihuana/Haschisch waren hier die wichtigen Suchtmittel.

Gruppen, die häufiger intravenös konsumiert hatten, waren auch unter den Abhängigen häufiger vertreten. Drei bis vier von zehn männlichen Erwachsenen, vier von zehn männlichen Jugendlichen/Heranwachsenden und vier bis fünf von zehn weiblichen Gefangenen hatten sich abhängig gefühlt. Heroin und Kokain dominierte bei den erwachsenen Personen beiderlei Geschlechts und Marihuana/Haschisch bei



Inhaftierten im Jugendvollzug. Erneut fühlten sich Personen mit Vorstrafen und solche mit BtM-Delikt eher abhängig von einer der Substanzen.

Vor der Haft hatte sich jeder dritte bis vierte Inhaftierte abhängig gefühlt, während der Haft nur noch jeder sechste bis achte Inhaftierte.

Während der Haft fühlten sich (in der Stichtagsuntersuchung) „nur“ noch 12,5 % (58 Personen), also jeder achte Gefangene, abhängig. Unter den Substanzen spielt Methadon / Subutex eine besondere Rolle: 28 von 58 sich in Haft abhängig fühlenden Personen sahen sich als süchtig nach dieser Substanz. Das lag daran, dass bei 20 von diesen 28 Personen Substitutionsmaßnahmen stattgefunden hatten bzw. stattfanden. Bei den anderen 8 war in Haft mit Methadon / Subutex entgiftet worden.

Von 161 Personen in der Querschnittstichprobe, die sich vor der Inhaftierung von einer Substanz abhängig gefühlt hatten, gab weniger als ein Drittel (50 Personen) an, auch in der Haft abhängig zu sein. Erweitert man das Abhängigkeitskriterium und zählt zu den in Haft Abhängigen auch die Personen, die nach ärztlichen Angaben Suchtdruck äußerten, waren statt 58 79 Personen oder 17,1 % der Strafgefangenen zum Interviewzeitpunkt betroffen. Von diesen hatte immerhin ein Drittel in Haft nach eigenen Angaben keine Drogen konsumiert und die anderen zumeist Marihuana/Haschisch und - seltener - Heroin.

3. *Wie viele der bei Strafantritt Drogengefährdeten konsumieren während der Haft; wie viele davon intravenös?*

4. *Wie viele Gefangene konsumieren zum ersten Mal in ihrem Leben während der Haft?*

Diese beiden Fragen lassen sich am besten zusammen beantworten. Lediglich zehn Personen (2,2 % aller Teilnehmer an der Stichtagsuntersuchung) gaben an, erstmals während der Inhaftierung Drogen konsumiert zu haben.

Zehn Gefangene (2,2 % der Teilnehmer) haben während der Haft das erste Mal Drogen konsumiert.

Diese 10 Personen machen 5,2 % derjenigen aus, die vor der Inhaftierung nach eigenen Angaben nie Drogen konsumiert hatten. Alle haben Haschisch probiert, zwei von ihnen zusätzlich Heroin und einer Kokain. Bei diesen Erstkonsumenten handelt es sich ausschließlich um männliche Gefangene, darunter zwei aus dem Jugendvollzug. Drei Gefangene verfügten über Hafterfahrungen aus früheren Inhaftierungen. Das Problem des Erstkonsums im Vollzug gibt es diesen Zahlen zufolge also so gut wie nicht, weshalb sich die Drogenkonsumenten in Haft fast ausschließlich aus den schon bei Strafantritt Drogengefährdeten rekrutieren.

Drei von zehn Strafgefangenen haben Drogenkonsum während der Haft eingeräumt, davon ein bis zwei von zehn innerhalb der vergangenen acht Wochen.

Drogenkonsum während der Inhaftierung räumen drei von zehn Gefangenen ein (29,7 %), und zwar auch hier am häufigsten Haschisch/Marihuana (27,6 % aller Teil-



nehmer). Mit deutlichem Abstand folgt Heroin (7,0 % aller Teilnehmer, also jeder 14.). In Haft ist im Vergleich zu draußen eine Verschiebung der Konsummuster zu beobachten: Anregende Substanzen wie Amphetamine oder Kokain werden fast gar nicht konsumiert; Marihuana/Haschisch und vor allem Heroin sind dämpfende Substanzen. Eine nicht unbedeutende Rolle spielt auch der illegale Konsum von Benzodiazepinen – ebenfalls dämpfende Substanzen.

Die Zahlen zum Konsum in Haft sagen aus, dass ungefähr 40 % der Gefährdeten während der Haft nicht (mehr) konsumieren. Die Frage, ob in den vorangegangenen acht Wochen Haft Drogen konsumiert wurden, bejahte nur jeder siebte aller befragten Inhaftierten (14,1 %). Marihuana/Haschisch wurde hier in der Häufigkeit vom illegalen Konsum von Benzodiazepinen gefolgt. 5,7 % der Teilnehmer (26 Personen) konsumiert nach eigenen Angaben irgendeine Substanz regelmäßig in Haft. Dies ist fast ausschließlich Marihuana/Haschisch; Heroin ist nicht darunter.

Unterschiede im Konsumverhalten in Haft gibt es zwischen den Haftarten. Fünf von zehn Inhaftierten im (männlichen) Jugendvollzug, drei von zehn im erwachsenen Männervollzug und zwei von zehn im Frauenvollzug gaben zu, Drogen in Haft konsumiert zu haben. Die bereits erwähnte Dominanz von Marihuana/Haschisch findet sich in allen drei Haftarten und ganz besonders im Jugendvollzug. Bei den Erwachsenen (Männern und vor allem bei den Frauen) wurde Heroin häufiger genannt.

2,8 Prozent der befragten Strafgefangenen bejahten intravenösen Konsum während der Haft.

23,0 % der Stichtagsteilnehmer (15,1 % der Neuzugänge) hatten angegeben, vor der Haft bereits mindestens eine Substanz intravenös konsumiert zu haben. Nur 13 Personen (2,8 % der Teilnehmer bzw. 9,5 % derjenigen, die in Haft irgendeine Droge irgendwie konsumiert hatten) gaben an, jemals während ihrer Haft Drogen auch intravenös konsumiert zu haben. Alle Personen waren männlich und befanden sich im geschlossenen Vollzug. Zehn waren nicht das erste Mal in Haft und alle gaben an, Heroin konsumiert zu haben. Alle 13 Personen hatten auch vor der Haft intravenös konsumiert; fast alle hatten sich bereits vor der Inhaftierung abhängig gefühlt.

5. Gibt es Gefangenengruppen, die besonders gefährdet/belastet sind?

Die Gefährdung bzw. Belastung mit Drogenkonsum und -abhängigkeit ist altersabhängig. Einerseits sind die jüngeren Männer (im Jugendvollzug) am stärksten von Drogenkonsum betroffen – sowohl vor als auch während der Haft. Andererseits gehen die Drogenprobleme dieser Gruppe vor allem auf die „weiche“ Droge Marihuana/Haschisch zurück.

*Besonders belastet sind:
Junge männliche Gefangene mit „weichen“ Drogen,
Frauen mit „harten“ Drogen, vor allem vor der Inhaftierung,
Männer mit „harten“ Drogen,
Vorbestrafte und
Inhaftierte mit BtM-Delikt.*



Wenn es um den Konsum „harter“ Drogen wie Heroin und Kokain, um intravenösen Konsum oder um Abhängigkeit von „harten“ Drogen geht, sind erwachsene Inhaftierte erfahrener und stärker belastet. Dies trifft besonders auf inhaftierte Frauen zu; sie sind hinsichtlich des Konsums von Heroin und Kokain vor der Inhaftierung, des intravenösen Konsums und der Abhängigkeit die problematischste Gruppe. Sie treten beim Konsum von illegalen Substanzen in Haft indes nicht so deutlich hervor wie noch vor der Inhaftierung.

In höherem Maße gefährdet sind zudem Vorbestrafte und diejenigen, die wegen eines BtM-Delikttes inhaftiert sind. An mehreren Stellen weisen die Daten für die Gruppe der Spätaussiedler ebenfalls eine höhere Belastung aus, allerdings ist die Fallzahl für ein signifikantes Ergebnis zu klein.

6. Wie viel Haftzeit stünde bei Drogenabhängigen für eine therapeutische Intervention zur Verfügung?

In die entsprechenden Analysen können nur Strafgefangene einbezogen werden, da therapeutische Interventionen für Untersuchungsgefangene in der Regel nicht sinnvoll sind. Unter therapeutischen Interventionen werden vorliegend so genannte Entwöhnungsbehandlungen verstanden. Diese grenzen sich von den bei nahezu allen Inhaftierten (zeitlich) möglichen Entgiftungs- bzw. Entzugsbehandlungen ab, bei denen nur die körperlichen Suchterscheinungen (in erster Linie medikamentös) therapiert werden und die auch in den vorliegenden Teilstudien häufig vorkamen. Entwöhnungsbehandlungen gehen auch über Beratungsgespräche (z. B. mit Suchtbeauftragten) hinaus und werden den vorliegenden Daten zufolge so gut wie gar nicht im Vollzug durchgeführt.

Eine Schätzung des notwendigen zeitlichen Bedarfs, also der notwendigen Haftzeit für eine Entwöhnungsbehandlung, ist schwer. Hier wurde von 9 Monaten ausgegangen.

Bei einem Behandlungsbedarf von 9 Monaten wäre die Haftzeit für 17,2 Prozent der drogenabhängigen Neuzugänge und für 86 % der drogenabhängigen Strafgefangenen für eine Entwöhnungsbehandlung ausreichend gewesen.

In der Zugangsuntersuchung war für 17,2 % der sich selbst als abhängig bezeichnenden Inhaftierten ausreichend Haftzeit vorhanden; hier fielen viele Teilnehmer allein dadurch aus der Gruppe heraus, weil sie sich in Untersuchungshaft befanden. In der Stichtagsstudie mit den Strafgefangenen ergaben sich ganz andere Zahlen. Hier brachten 86 % aller Abhängigen eine Strafzeit von mindestens 9 Monaten mit.

5.2 Alkohol

Alkohol als legales Suchtmittel spielte in den vorliegenden Untersuchungen eine untergeordnete Rolle und kam auch im Kanon der Fragestellungen des Auftraggebers



nicht vor. Da Alkoholmissbrauch und Abhängigkeit in der Allgemeinbevölkerung und auch bei Straftätern eine hohe Verbreitung findet und auch der Konsum von Alkohol in Haft in mehrfacher Hinsicht problematisch sein kann, wurde diesem Thema gleichwohl eine Sonderauswertung gewidmet. Stichwortartig lässt sich festhalten:

- Fast jeder siebte Neuzugang war nach Einschätzung des medizinischen Dienstes alkoholabhängig, etwas mehr als jeder zweite dieser Gruppe hatte vor der Inhaftierung auch Drogen konsumiert. Für fast jeden fünften Gefangenen der Stichtagsuntersuchung war anhand des CAGE-Fragebogens für die Zeit vor der Inhaftierung von problematischem Alkoholkonsum oder auch Abhängigkeit auszugehen.
- Alkoholabhängige Neuzugänge, die auch Drogen konsumiert hatten, zeigten signifikant häufiger Entzugssymptome und erhielten im Vollzug häufiger Entzugsbehandlungen als „nur“ Alkoholabhängige oder „nur“ Drogenkonsumenten.
- Neuzugänge, die weder ein Alkoholproblem noch Drogenkonsum eingeräumt hatten, hatten im Vergleich zu den „Problemgruppen“ signifikant seltener Vorstrafen und Vorinhaftierungen, seltener Suizidversuche und waren seltener in psychiatrischer Behandlung gewesen.
- Mehr als jeder dritte Inhaftierte hatte während der Haft Alkohol oder Drogen konsumiert: mehr als jeder zweite aus dieser Gruppe nur Drogen, jeder dritte Drogen und Alkohol und jeder fünfte nur Alkohol

5.3 Diskussion

Die Ergebnisse beider Teilstudien belegen, dass sich im Justizvollzug Personen befinden, die über viele Erfahrungen mit illegalen Drogen verfügen. Die Prävalenzzahlen liegen bei Inhaftierten vor allem bei den „harten“ Drogen um ein vielfaches höher als in der Allgemeinbevölkerung. Entsprechend häufig sind Inhaftierte mit Abhängigkeitsproblemen belastet, wenn sie in den Justizvollzug gelangen.

Die Einordnung der vorliegenden Befunde gelingt am ehesten, wenn man sie mit anderen Studien vergleicht. Das Design der Untersuchung lehnte sich bewusst an die Erhebungen des Kriminologischen Dienstes im nordrhein-westfälischen Justizvollzug vor ca. 10 Jahren an, so dass Vergleiche hier nahe liegen. Allerdings sind sie nicht ohne methodische Probleme. Beispielsweise wurden in der vorliegenden Untersuchung einzelne Variablen anders operationalisiert, Fragen anders gestellt und die Informationsquellen etwas unterschiedlich genutzt, so dass nicht immer davon ausgegangen werden kann, dass die gleich bezeichneten Variablen auch das gleiche gemessen haben. Auch liegen kaum Informationen über die demographischen, vollzuglichen und kriminologischen Merkmale der Inhaftierten der früheren Studie vor, obwohl gerade die unterschiedlichen Ergebnisse der vorliegend durchgeführten Antrits- und Stichtagsstudien Auswirkungen solcher Merkmale auf die Prävalenzraten



und Ergebnisse belegen. Mit anderen Worten kann man sich nicht sicher sein, ob beim Vergleich zwischen Bundesländern (und Zeitpunkten) methodische oder historische Gründe oder tatsächliche Differenzen zwischen dem Vollzug in Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen für unterschiedliche Ergebnisse verantwortlich sind. Insofern sind die folgenden Vergleiche mit Vorsicht zu betrachten.

Beim Konsum vor der Haft waren es in NRW 1997 zwischen 47 und 49 % der Inhaftierten, die Erfahrungen mit Drogen hatten. In der vorliegenden Studie lagen die Werte etwas darüber, vor allem in der Stichtagsbefragung (58 %). Hier könnte sich der allgemeine Anstieg des Drogenkonsums (vgl. Kraus & Augustin, 2005a) widerspiegeln. In Nordrhein-Westfalen hatten sich bei einem Drittel der Inhaftierten Hinweise auf eine Abhängigkeit von Drogen ergeben; dieses Ergebnis wird in der Stichtagsuntersuchung Niedersachsens repliziert – in der Zugangsstudie lag der Wert bei einem Viertel. Während bei Wirth ungefähr drei von zehn Inhaftierten vor der Haft intravenös konsumiert hatten, lagen die Werte hier bei 23 % (Stichtagsuntersuchung) bzw. 15 % (Zugangsstudie), also darunter. In der vorliegenden Studie gaben 30 % der Strafgefangenen den Konsum von Drogen in Haft zu, in der Untersuchung von Wirth (2002) waren es nur 14,1 % gewesen. Dies ist die größte Diskrepanz zwischen den beiden Studien, die nicht mit einer bereits längeren Haftdauer der niedersächsischen Befragten erklärt werden kann, da der Mittelwert der bislang abgelaufenen Haftzeit in der hiesigen Untersuchung kaum über dem in NRW liegt. Die Raten intravenösen Konsums in Haft waren wiederum vergleichbar (NRW: 3,5 % der Strafgefangenen, NDS: 2,8 %). Auch die Rate der sich in Haft als abhängig bezeichnenden Personen ist ähnlich (NRW: 10,8 %, NDS: 12,5 %). Die Unterschiede zwischen den Haftarten, Vorbestraften und nicht vorbestraften Tätern und jungen und alten Inhaftierten, die in der vorliegenden Untersuchung nachgewiesen wurden, hatten sich auch in NRW gezeigt.

Aus den Zahlen des ärztlichen Dienstes zu Entzugsmaßnahmen während der Inhaftierung wird einerseits deutlich, dass zwar nicht alle Abhängigen behandelt werden (müssen). Andererseits wird bei jedem fünften Gefangenen eine Entgiftungsmaßnahme durchgeführt; darüber hinaus wird ein Teil der Abhängigen substituiert. Die Analysen zu Entgiftungsmaßnahmen und weitere Daten aus den Studien offenbaren, dass sich das Problem der Abhängigkeit nicht auf Drogen beschränkt. Oft sind es auch Alkoholabhängige, die entgiftet werden müssen. Eine Strategie zum Umgang mit Substanzmittelproblemen und dem Konsum von Substanzmitteln in Haft muss Alkohol als Suchtmittel berücksichtigen, zumal in der Stichtagsstudie immerhin 15 % der Strafgefangenen eingeräumt haben, auch während der Haft Alkohol getrunken zu haben.

Ein wichtiger Befund besagt, dass in Haft deutlich weniger Personen Drogen konsumieren als vor der Haft. Dies dürfte mit der geringeren Verfügbarkeit der Substanzen innerhalb der Mauern zu tun haben, aber auch mit den Entgiftungs- und Substitutionsmaßnahmen des medizinischen Personals, die den Suchtdruck bei Abhängigen reduzieren. Trotz der Sicherungs- und Behandlungsmaßnahmen gibt es Drogenkonsum innerhalb der Anstalten, und die vorliegend berichteten Prävalenzzahlen dürften



aufgrund der anzunehmenden Tendenz zum Verschweigen oder Untertreiben des Konsums in der Befragung tatsächlich eher höher liegen.

Wie erwartet kam der Konsum von Drogen unter denjenigen, bei denen vor der Inhaftierung eine Abhängigkeit bestand, am häufigsten vor. Gleichzeitig sprechen die Befunde gegen die These, die Umstände der Haft verführten zum Drogenkonsum oder machten gar süchtig, denn nur 5 % derjenigen, die vor der Inhaftierung keine Drogen konsumiert hatten, hatten in Haft Drogen genommen.

Die mit Abstand häufigste Droge in Haft ist Marihuana/Haschisch, gefolgt von Heroin. Die Dominanz dieser Substanzen, gepaart mit der im Vergleich zu den Verhältnissen vor der Inhaftierung gesteigerten Wichtigkeit von Benzodiazepinen und der verringerten Bedeutung von Kokain und Amphetaminen verdeutlichen eine Funktion des Drogenkonsums in Haft: (Dämpfende) Drogen werden in Haft unter anderem genommen, um dem Haftalltag und den Entbehrungen, die mit der Situation verbunden sind, zu entrinnen. Crewe (2005) interviewte Inhaftierte in England zu ihrem Drogenkonsum und erhielt die Antwort, der Konsum der Substanzen diene unter anderem der Flucht vor der Realität des Haftalltags und der Situation des Eingesperrtseins; hier seien Marihuana/Haschisch und Drogen die passenden Substanzen. Niemand wolle, von aktivierenden Substanzen wie Kokain gefördert, den Vollzug besonders wach erleben.

Dieses Motiv ist psychologisch durchaus verständlich. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass nicht alle sich von Drogen abhängig fühlenden Inhaftierten angemessen behandelt werden können: Eine Entgiftungsbehandlung vermag zwar die körperlichen Symptome und Entzugserscheinungen zu verringern, die psychische Abhängigkeit von der oder anderen Substanzen wird dadurch jedoch nicht wesentlich verringert. Darüber hinaus gibt es Drogen, die vor allem psychisch und kaum körperlich abhängig machen. Subjektive Entzugserscheinungen und Suchtdruck verschwinden also mit der Inhaftierung nicht, und längerfristige Entwöhnungsbehandlungen, die auch die psychische Suchtkomponente bearbeiten, werden im Vollzug so gut wie gar nicht angeboten (obwohl in vielen Fällen dazu ausreichend Haftzeit zur Verfügung stünde).

Vor diesem Hintergrund vermag die Existenz von Drogen und Drogenkonsum in Justizvollzugsanstalten kaum noch zu verwundern. Die Anstalten würden es vermutlich nicht einmal bei Aufgabe grundlegender Standards humanitärer und der Menschenwürde angemessener Sicherheitssysteme und -regelungen schaffen, Drogen ganz aus dem Justizvollzug zu verbannen. Deshalb kann die völlige Drogenfreiheit ganzer Anstalten nicht das Ziel drogenpolitischer Maßnahmen sein. Zu berücksichtigen sind auch Stimmen von Vollzugsbediensteten, die Drogen in den Anstalten den Effekt zuschreiben, dass es dort auch an den aktivitätsarmen Wochenenden „ruhig“ zugehe (vgl. Preusker, 2002).

Gleichzeitig erscheint besonders die Existenz von harten Drogen in Haft problematisch, da diese die Subkulturbildung unterstützen, Abhängigkeiten und Machtpositionen innerhalb der Inhaftiertenpopulation schaffen und sicher nicht dazu beitragen,



dass drogenabhängigen Gefangene nach der Entlassung die Reintegration leichter fällt.

Eine zukünftige Strategie zum Umgang mit Drogen im Justizvollzug muss deshalb im Spannungsfeld von Sicherheit und Resozialisierung, Hilfe und Kontrolle, Fördern und Fordern einen Weg einschlagen, der zwischen der Akzeptanz vollzuglicher Realitäten und allzu strengen moralischen oder normativen Vorstellungen liegt.



Literaturverzeichnis

- Albrecht, M., Hasse, A. & Schulze, H. (2006). Suchtmittel im Straßenverkehr - Zahlen und Fakten. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2006*. Neuland: Geesthacht.
- Blumstein, A. & Beck, A. J. (1999). Population growth in U.S. prisons, 1980- 1996. In M. Tonry & J. Petersilia (Eds.), *Prisons* (pp. 17- 61). Chicago: University of Chicago Press.
- Bühringer, G. (2003). Drogenkriminalität und Drogenprävention in Europa. In H.-J. Albrecht & H. Entorf (Hrsg.), *Kriminalität, Ökonomie und Europäischer Sozialstaat* (S. 71-96). Heidelberg: Physika.
- Crewe, B (2005). Prisoner society in the era of hard drugs. *Punishment and Society*, 7, 457-481.
- Dolde, G. (1995). Drogengefährdete und Drogenabhängige im Justizvollzug. In A. Dessecker & R. Egg. (Hrsg.), *Die strafrechtliche Unterbringung in einer Erziehungsanstalt. Rechtliche, empirische und praktische Aspekte* (S. 93-103). Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle.
- Dolde, G. (2002). Therapie in Untersuchungs- und Strafhaft. In R. Gaßmann (Hrsg.), *Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren. Suchtprobleme hinter Mauern. Drogen, Sucht und Therapie im Straf- und Maßregelvollzug* (S. 131-143). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Drogenbeauftragte des Bundesregierung (2004). *Drogenbericht der Bundesregierung*. Berlin.
- Dünkel, F. (1993). Empirische Daten zur sozialen Lage von Strafgefangenen. Ergebnisse zweier Untersuchungen in Schleswig- Holstein und in Berlin. *Kriminalpädagogische Praxis*, 21, 6- 17.
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. (2002) *Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union und in Norwegen*.
- Egg, R. (Hrsg.). (1999). *Drogenmissbrauch und Delinquenz*. Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle.
- Egg, R. (2002). Sucht und Delinquenz - Epidemiologie, Modelle und Konsequenzen. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e. V. (Hrsg.), *Suchtprobleme hinter Mauern. Drogen, Sucht und Therapie im Straf- und Maßregelvollzug* (S. 13-33). Freiburg i. Brsg.: Lambertus.
- Feuerlein, W. (1996). *Alkoholismus. Warnsignale, Vorbeugung, Therapie*. München: Beck
- Heinemann, A. & Püschel, K. (1998). *Prävalenz und Transmission von viralen Infektionskrankheiten im geschlossenen Strafvollzug in Hamburg-Fuhlsbüttel (Anstalten II und V)*. Hamburg: Institut für Rechtsmedizin des Universitätskrankenhauses Eppendorf.
- Huchzermeier, C., Bruß, E., Godt, N. & Aldenhoff, J. (2006). Das Kieler Therapieprojekt für Gewaltstraftäter. *Recht & Psychiatrie*, 24, 134-141.
- Jacobs, S. & Reinhold, B. (2004). Psychische Störungen inhaftierter Jugendlicher und Heranwachsender. *Recht & Psychiatrie*, 22, 142-146.
- Kern, J. (1997). Zum Ausmaß des Drogenmissbrauchs in den Justizvollzugsanstalten und den Möglichkeiten seiner Eindämmung. *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe*, 46, S.90-92.
- Köhler, D. (2004). *Psychische Störungen bei jungen Straftätern. Eine Untersuchung zur Prävalenz und Struktur psychischer Störungen bei neu inhaftierten Jugendlichen und Heranwachsenden in der Jugendanstalt Schleswig*. Hamburg: Kovac.



- Köhler, T. (2005). *Biologische Grundlagen psychischer Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Konrad, N. (2004). Prävalenz psychischer Störungen bei Verbüßern einer Ersatzfreiheitsstrafe. *Recht & Psychiatrie*, 22, 147-150.
- Kraus, L., Augustin, R. (2005a). Konzeption und Methodik des Epidemiologischen Suchtsurvey 2003. *Sucht*, 51, Sonderheft 1, 6-18.
- Kraus, L., Augustin, R. (Hrsg.) (2005b). Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland. Epidemiologischer Suchtsurvey 2003. *Sucht*, 51, Sonderheft 1.
- Kraus, L., Augustin, R. & Orth, B. (2005). Illegale Drogen, Einstiegsalter und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2003. *Sucht*, 51, Sonderheft 1, 19-28.
- Kraus, L., Augustin, R. & Röder, J. (2006). Trends im Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey von 1980 bis 2003. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2006*. Neuland: Geesthacht.
- Kreuzer, A. (2002). Bedingungen der strafrechtlichen Praxis in stationären Einrichtungen. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e. V. (Hrsg.), *Suchtprobleme hinter Mauern. Drogen, Sucht und Therapie im Straf- und Maßregelvollzug* (S. 35-63). Freiburg i. Brsg.: Lambertus.
- Kreuzer, A. (2005). Drogen, Kriminalität und Strafrecht. *Zeitschrift für Jugendkriminalrecht und Jugendhilfe*, 16, 235-241.
- Liriano, S. & Ramsay, M. (2003). Prisoners drug use before and the links with crime. In M. Ramsay (Ed.), *Prisoners' drug use and treatment: Seven research studies* (pp. 7-23), London, UK: Home office.
- Mayfield, D.G., McLeod, G. & Hall, P. (1974) The CAGE questionnaire: Validation of a new alcoholism screening instrument. *American Journal of Psychiatry*, 131, 1121-1123.
- Meyer, C. & John, U. (2006). Alkohol – Zahlen und Fakten zum Konsum. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2006*. Neuland: Geesthacht.
- Otto, M.; Pawlik-Mierzwa, K. (2001): Kriminalität und Subkultur inhaftierter Aussiedler. *DVJJ-Journal*, 12, 124-132.
- Projektgruppe Forschung im Justizvollzug (2004). *Zur Verbreitung und Reduktion des Drogenkonsums im Strafvollzug*. Celle: Unveröffentlichter Bericht.
- Ratgeber für Gefangene* 1989, Verlag Schwarze Seele Berlin, 19.1.5 S.30
- Sass, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Stöver, H. (2002). DrogengebraucherInnen und Drogenhilfe im Justizvollzug – eine Übersicht. *Suchttherapie*, 3, 135-145.
- Tielking, K., Becker, S. & Stöver, H. (2003). *Entwicklung gesundheitsfördernder Angebote im Justizvollzug. Eine Untersuchung zur gesundheitlichen Lage von Inhaftierten*. Oldenburg: Bibliotheks- und Informationssystem der Universität.
- Tonry, M. (1999). Why are U.S. incarceration rates so high? *Crime & Delinquency*, 45, 419-437.
- Wirth, W. (2002). Das Drogenproblem im Justizvollzug. *Bewährungshilfe*, 49, 104-122.
- Wortley, R. (2002). *Situational prison control. Crime prevention in correctional institutions*. Cambridge: Cambridge University Press.



Anhänge

- A Erhebungsinstrument Zugangsuntersuchung
- B Erhebungsinstrument Stichtagserhebung
- C Modelle der Stichprobenauswahl
- D Übersicht Zugangsuntersuchung
- E Übersicht Stichtagserhebung



A Erhebungsinstrument Zugangsuntersuchung

Drogen im Justizvollzug - Zugangsuntersuchung

Name: _____

Fallnummer: _____
(vom med. Dienst auszufüllen)



(vor dem Einsenden hier abtrennen)

Drogen im Justizvollzug - Zugangsuntersuchung

Fallnummer: _____
(vom med. Dienst auszufüllen)

VOLLZUGSGESCHÄFTSSTELLE (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Erhebungsanstalt: JVA / JA

Vollzugsform:

Offener Vollzug

Geschlossener Vollzug

Geburtsjahr: 19

Geschlecht:

männlich

weiblich

Festgenommen/ gestellt:

festgenommen

gestellt

im:

April

Mai

Juni

Staatsangehörigkeit:

deutsch

andere, und zwar: _____

keine Angaben

Vorstrafen:

keine

1 bis 4

mehr als 4

keine Angaben

Frühere Inhaftierungen:

nein

einmal

mehrfach

keine Angaben

Aktuelle Vollzugsart:

Untersuchungshaft

Jugendstrafe

Freiheitsstrafe

sonstige

Aktuelle Delikte:

1. (Code) _____

2. (Code) _____

(gemäß Codeliste)

3. (Code) _____

4. weitere:

Strafende:

(bei U-Haft: 0

LL: 9)

_____/_____ (Monat / Jahr)

Den Bogen nach dem Ausfüllen bitte dem medizinischen Dienst zuleiten!



Drogen im Justizvollzug - Zugangsuntersuchung

Name: _____

Fallnummer: _____



(vor dem Einsenden hier abtrennen)

Drogen im Justizvollzug - Zugangsuntersuchung

Fallnummer: _____

JVA / JA: _____

Medizinischer Dienst

Ist der Gefangene bereit, an der Untersuchung teilzunehmen?

- ja ⇒ bitte nächste Frage bearbeiten
- nein ⇒ bitte Ausfüllen abbrechen und diesen und den VGSt-Bogen an den Kriminologischen Dienst übersenden.

Ist eine ausreichende Verständigung möglich?

- ja ⇒ bitte bei Abschnitt 1 beginnen
- nein ⇒ bitte bei Abschnitt 4 beginnen

Abschnitt 1 Fragen an den Gefangenen

Wurden vor der Inhaftierung jemals illegale Drogen konsumiert?

- nein ⇒ bitte bei Abschnitt 3 fortfahren
- ja ⇒ bitte in diesem Abschnitt fortfahren

Falls ja: Bitte Art und Häufigkeit des Betäubungsmittelkonsums im Einzelnen angeben (Selbstauskünfte der Gefangenen)

- **Konsumtage:** anzugeben ist jeweils die Anzahl der Tage, an denen **innerhalb der letzten 4 Wochen** konsumiert worden sein soll
- **letztmaliger Konsum:** anzugeben ist Monat/Jahr des letzten Konsums

Substanz	Konsumtage (s. o.)	letztmaliger Konsum	intravenös		Abhängigkeit	
			<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Amphetamine, Ecstasy o. ä.	[]	../..	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Benzodiazepine	[]	../..	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Haschisch, Marihuana	[]	../..	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
LSD/Mescaline, Pilze	[]	../..	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Heroin/Codein andere Opiode (ohne Legalsubstitution)	[]	../..	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Methadon, Subutex (Legalsubstitution)	[]	../..	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Kokain	[]	../..	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Crack	[]	../..	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Antidepressiva	[]	../..	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Abschnitt 2 Fragen an den Gefangenen

- Wurden bereits ambulante Drogentherapie(n) durchgeführt?** nein ja
- Wurden bereits ambulante Drogentherapie(n) abgebrochen?** nein ja
- Wurden bereits stationäre Drogentherapie(n) durchgeführt?** nein ja
- Wurden bereits stationäre Drogentherapie(n) abgebrochen?** nein ja



Abschnitt 3 Fragen an den Gefangenen		
Gab es schon eine/mehrere Aufenthalte in einem LKH (ohne Drogenproblematik)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Gab es schon eine/mehrere psychiatrische Behandlungen (ohne Drogenprobl.)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Gibt es (Hinweise auf) eine akute Suizidalität?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Wurde schon einmal ein Suizidversuch unternommen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Abschnitt 4				
Ergebnis der Untersuchung				
Sind Einstichstellen erkennbar?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Sind objektive Entzugssymptome erkennbar?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Werden subjektive Entzugssymptome geäußert?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Wird eine Entzugsbehandlung eingeleitet?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Liegt eine HepB-Infektion vor?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, anamnestisch	<input type="checkbox"/> ja, gesichert	<input type="checkbox"/> ja, AG (z.B. HbsAG) positiv
Liegt eine HepC-Infektion vor?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, anamnestisch	<input type="checkbox"/> ja, gesichert	<input type="checkbox"/> ja, Hep.C-RNA positiv
Ist eine HIV-Infektion bekannt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Alkohol				
Wird nach Einschätzung des Untersuchenden Alkohol in einem Ausmaß konsumiert, dass von einer Abhängigkeit auszugehen ist?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		

Abschnitt 5 Zeitpunkt der Erhebung
<input type="checkbox"/> am Tag der Zuführung <input type="checkbox"/> 1 Tag danach <input type="checkbox"/> 2 Tage danach <input type="checkbox"/> 3 Tage danach <input type="checkbox"/> 4 tage danach <input type="checkbox"/> mehr als 4 Tage danach

Abschnitt 6	
Der Gefangene war <input type="checkbox"/> sehr mitarbeitsbereit <input type="checkbox"/> teils / teils <input type="checkbox"/> wenig mitarbeitsbereit	Der Gefangene war <input type="checkbox"/> sehr glaubwürdig <input type="checkbox"/> teils / teils <input type="checkbox"/> wenig glaubwürdig

Raum für weitere Informationen:



B Erhebungsinstrument Stichtagserhebung

Drogen im Justizvollzug – Stichtagserhebung

Name: _____

Fallnummer: _____

(vor dem Einsenden hier abtrennen,
bitte nur die Ecke der Seite 1)

JVA x

Fallnummer: _____

A. VOLLZUGSGESCHÄFTSSTELLE

Erhebungsanstalt:

JVA

Sehnde

Vollzugsform:

Offener Vollzug

Geschlossener Vollzug

Geburtsjahr:

19 _____

Geschlecht:

männlich

weiblich

Festgenommen/ gestellt:

festgenommen

gestellt

am:

____ / ____
(bitte Monat / Jahr angeben,
z. B. 07/04 für Juli 2004)

Staatsangehörigkeit:

deutsch

⇒ ⇒

ggf. Spätaussiedler/Russlanddeutscher

andere, und zwar: _____

keine Angaben bzw. unklar

Vorstrafen:

keine

1 bis 4

mehr als 4

keine Angaben bzw. unklar

Frühere Inhaftierungen:

keine

einmal

mehrfach

keine Angaben bzw. unklar

Aktuelle Haftart:

Jugendstrafe, dabei aktuell in der Sozialtherapie:

Freiheitsstrafe, dabei aktuell in der Sozialtherapie:

Ersatzfreiheitsstrafe

Sicherungsverwahrter

sonstige, und zwar: _____

Aktuelle Delikte:

1. (Code) _____

2. (Code) _____

(gemäß Codeliste)

3. (Code) _____

4. weitere:

Strafende:

(bei SV: 8, bei LL: 9)

____ / ____ (Monat / Jahr)

**Den Bogen nach dem Ausfüllen bitte zusammen mit der Liste
an den medizinischen Dienst weiterleiten!**



B. Medizinischer Dienst

0. Rahmenbedingungen

0.1 Ist der Gefangene bereit, an der Untersuchung teilzunehmen?

ja ⇒ bitte bei Frage 0.2 fortfahren

	Angabe des Probanden	Einschätzung des Untersuchers
<input type="checkbox"/> nein ⇒ Gründe: kein Drogenkonsument	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angst vor vollzuglichen Nachteilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kein Vertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kein Interesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn andere, welche _____		



Sollte keine Teilnahmebereitschaft bestehen, bitte Befragung abbrechen und den Bogen an den Kriminologischen Dienst übersenden, sonst weiter bei 0.2!

0.2 Ist eine ausreichende Verständigung möglich?

ja ⇒ bitte bei Frage 1.1 fortfahren

nein ⇒ bitte bei Frage 3.1 fortfahren

1. Konsum von Suchtmitteln vor der Haft (Selbstauskunft des Gefangenen)

1.1 Wurden vor der aktuellen Inhaftierung jemals Drogen illegal konsumiert?

nein ⇒ bitte bei 1.6 fortfahren

ja ⇒ welche?

Substanz	Konsum
Amphetamine, Ecstasy o. ä.	<input type="checkbox"/>
Benzodiazepine	<input type="checkbox"/>
Haschisch, Marihuana	<input type="checkbox"/>
LSD/Mescaline, Pilze	<input type="checkbox"/>
Heroin/Codein andere Opioiden (ohne Legalsubstitution)	<input type="checkbox"/>
Methadon, Subutex (ohne Legalsubstitution)	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>
Crack	<input type="checkbox"/>
Antidepressiva	<input type="checkbox"/>



1.2 Wurden vor der aktuellen Inhaftierung jemals Drogen illegal intravenös konsumiert?

nein ⇒ bitte bei Frage 1.3 fortfahren ja ⇒ welche?

Substanz	intravenös
Amphetamine, Ecstasy o. ä.	<input type="checkbox"/>
Benzodiazepine	<input type="checkbox"/>
Heroin/Codein andere Opioide (ohne Legalsubstitution)	<input type="checkbox"/>
Methadon, Subutex (ohne Legalsubstitution)	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>
Crack	<input type="checkbox"/>
Antidepressiva	<input type="checkbox"/>

1.3 Fühlte sich der Gefangene unmittelbar vor der aktuellen Inhaftierung von einer oder mehreren der angegebenen Substanzen abhängig?

nein ⇒ bitte bei Frage 1.4 fortfahren ja ⇒ von welcher(n)?

Substanz	Abhängigkeit
Amphetamine, Ecstasy o. ä.	<input type="checkbox"/>
Benzodiazepine	<input type="checkbox"/>
Haschisch, Marihuana	<input type="checkbox"/>
LSD/Mescaline, Pilze	<input type="checkbox"/>
Heroin/Codein andere Opioide	<input type="checkbox"/>
Methadon, Subutex	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>
Crack	<input type="checkbox"/>
Antidepressiva	<input type="checkbox"/>

1.4 An wie vielen stationären Drogentherapien hat der Gefangene bis zum Ende der Maßnahme teilgenommen?

an keiner an einer an mehr als einer

1.5 Wie viele stationäre Drogentherapien wurden bisher vorzeitig beendet?

keine eine mehr als eine

1.6 Gab es einen/mehrere Aufenthalte in einem Landeskrankenhaus (LKH)?

ja nein

wenn ja, im Zusammenhang mit einer Suchterkrankung
 wegen anderer psychischer Erkrankungen

1.7 Zu einer möglichen Alkoholproblematik bitte den Gefangenen wortwörtlich fragen:

Haben Sie schon (erfolglos) versucht, Ihren Alkoholkonsum zu reduzieren? ja nein

Ärgern Sie sich über kritische Bemerkungen Ihrer Umgebung wegen Ihres Alkoholkonsums? ja nein

Haben Sie Schuldgefühle wegen Ihres Trinkens? ja nein

Brauchen Sie morgens manchmal Alkohol, um richtig leistungsfähig zu werden? ja nein



2. Suchtverhalten während der aktuellen Inhaftierung

(Selbstausskunft des Gefangenen)

2.1 Wurden während der aktuellen Inhaftierung jemals Drogen illegal konsumiert?

nein ⇒ bitte bei 2.4 fortfahren ja ⇒ welche?

Substanz	Konsum
Amphetamine, Ecstasy o. ä.	<input type="checkbox"/>
Benzodiazepine	<input type="checkbox"/>
Haschisch, Marihuana	<input type="checkbox"/>
LSD/Mescaline, Pilze	<input type="checkbox"/>
Heroin/Codein andere Opioiden (ohne Legalsubstitution)	<input type="checkbox"/>
Methadon, Subutex (ohne Legalsubstitution)	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>
Crack	<input type="checkbox"/>
Antidepressiva	<input type="checkbox"/>

2.2 Wurden in den letzten 8 Wochen Drogen illegal konsumiert (nur innerhalb der Haftzeit)?

nein ⇒ bitte bei 2.3 fortfahren ja ⇒ welche und wie häufig?

Substanz	Konsum:	nie	selten (bis zu 1 mal monatlich)	regelmäßig (mehr als 1 mal monatlich)
Amphetamine, Ecstasy o. ä.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benzodiazepine		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haschisch, Marihuana		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LSD/Mescaline, Pilze		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroin/Codein andere Opioiden (ohne Legalsubstitution)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Methadon, Subutex (ohne Legalsubstitution)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crack		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidepressiva		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



2.3 Wurden während der aktuellen Inhaftierung jemals Drogen illegal intravenös konsumiert?

nein ⇒ bitte bei 2.4 fortfahren ja ⇒ welche?

Substanz	intravenös
Amphetamine, Ecstasy o. ä.	<input type="checkbox"/>
Benzodiazepine	<input type="checkbox"/>
Heroin/Codein andere Opioiden (ohne Legalsubstitution)	<input type="checkbox"/>
Methadon, Subutex (ohne Legalsubstitution)	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>
Crack	<input type="checkbox"/>
Antidepressiva	<input type="checkbox"/>

2.4 Fühlt sich der Gefangene zurzeit von einer oder mehreren der angegebenen Substanzen abhängig?

nein ⇒ bitte bei 2.5 fortfahren ja ⇒ von welcher(n)?

Substanz	Abhängigkeit
Amphetamine, Ecstasy o. ä.	<input type="checkbox"/>
Benzodiazepine	<input type="checkbox"/>
Haschisch, Marihuana	<input type="checkbox"/>
LSD/Mescaline, Pilze	<input type="checkbox"/>
Heroin/Codein andere Opioiden (ohne Legalsubstitution)	<input type="checkbox"/>
Methadon, Subutex (ohne Legalsubstitution)	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>
Crack	<input type="checkbox"/>
Antidepressiva	<input type="checkbox"/>

2.5 Wurde während der aktuellen Inhaftierung jemals Alkohol konsumiert?

ja nein

2.6 Werden aktuell subjektive Entzugssymptome geäußert oder besteht aktuell Suchtdruck?

in Bezug auf Drogen ja nein

in Bezug auf Alkohol ja nein



3. Ergebnisse der medizinischen Untersuchung

3.1 Waren oder sind objektive Entzugssymptome erkennbar?

nein ja

3.2 Liegt eine Hepatitis-B-Infektion vor?

nein ja, anamnestisch ja, gesichert ja, AG z.B. HbsAG positiv

3.3 Liegt eine Hepatitis-C-Infektion vor?

nein ja, anamnestisch ja, gesichert ja, AG Hep.C-RNA positiv

3.4 Ist eine HIV-Infektion bekannt?

nein ja

3.5 Liegen eine/mehrere substanzbezogene ICD-10–Diagnose(n) vor (F10-19)?

nein ja

Wenn ja, welche?

ICD-10 Nr. _____
ICD-10 Nr. _____
ICD-10 Nr. _____

weitere ICD-10-Suchtdiagnosen, und zwar _____

3.6 Liegen psychiatrische Koerkrankungen vor?

nein ja

Wenn ja, welche? (bitte möglichst nach ICD-10 angeben)

ICD-10 Nr. _____
ICD-10 Nr. _____
ICD-10 Nr. _____

weitere, und zwar _____

3.7 Erfolgt/e während der aktuellen Inhaftierung eine Legalsubstitution gemäß „Substitutionserlass“?

nein ja



3.8 Wurde/wird während der aktuellen Inhaftierung eine medikamentöse Entzugs-/ Entgiftungsbehandlung durchgeführt (z. B. Carbamazepin, Valproinsäure)?

- nein ja

Wenn ja: Mit welchen Medikamenten wurde/wird die Entzugs-/Entgiftungsbehandlung durchgeführt?

- Benzodiazepine
- Opioide, z. B. Methadon
- Neuroleptika
- Anticonvulsiva
- Antidepressiva

3.9 Wurde/wird während der aktuellen Inhaftierung eine (über Substitution und/oder Entzugs-/Entgiftungsbehandlung hinaus gehende) Entwöhnungsbehandlung durchgeführt?

- nein
 - ja, interne Entwöhnungsbehandlung
 - ja, externe Entwöhnungsbehandlung im Rahmen von Lockerungen
-

4. Glaubwürdigkeit

Der Gefangene war	<input type="checkbox"/> sehr glaubwürdig
	<input type="checkbox"/> teils / teils
	<input type="checkbox"/> wenig glaubwürdig

Weitere Informationen:

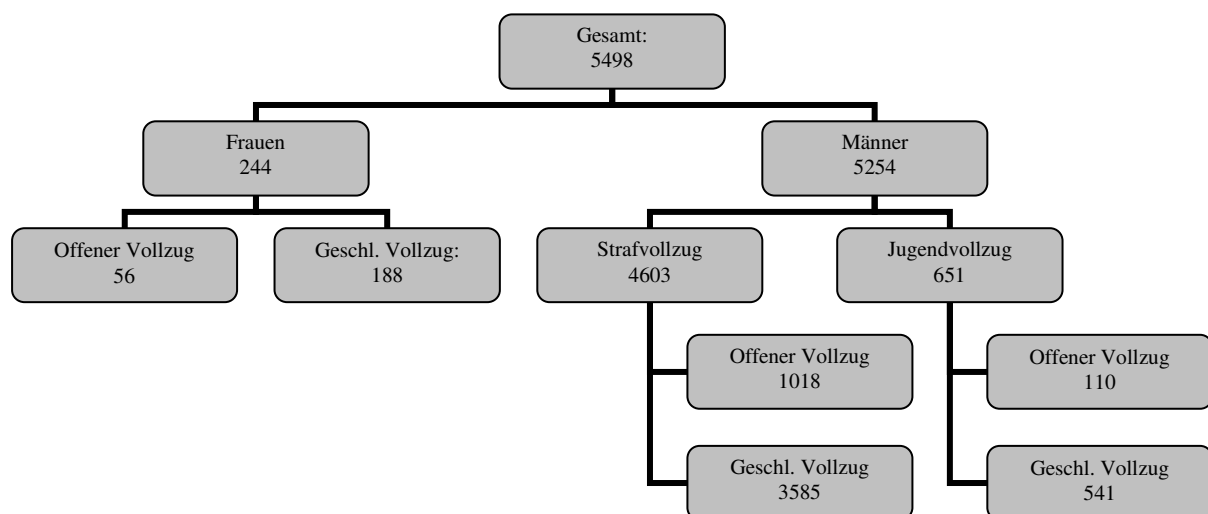
C Modelle der Stichprobenauswahl in der Stichtagserhebung

Im Folgenden wird beschrieben, wie die Zahl der zu untersuchenden Inhaftierten ermittelt wurde und welche Gefangenen in die Stichprobe gelangen sollen.

Wenn man erfahren möchte, wie viele Personen einer Population (hier: Strafgefangene in Niedersachsen) ein bestimmtes Merkmal aufweisen (hier: Konsum von Drogen, Drogenabhängigkeit, Empfang von Behandlung), so ist es meistens aus organisatorischen und finanziellen Gründen nicht möglich, alle Personen dieser Population zu untersuchen. Deshalb behilft man sich mit der Untersuchung von Stichproben, also Teilen der Population, mit dem Ziel, über die Verbreitung des Merkmals in der Stichprobe die Verbreitung in der Population zu schätzen. Ziel sollte dabei sein, die Stichprobe so zu ziehen, dass die Schätzung möglichst präzise und wenig fehlerhaft wird. Dies gelingt umso besser, je mehr man über die Population und die wahrscheinliche Verbreitung ihrer Merkmale weiß, z.B. aus vergangenen Studien. Auch deshalb ist die Studie von Wirth (2002) aus Nordrhein-Westfalen so wertvoll, denn aus ihr lassen sich Anhaltspunkte für das angemessene Stichprobenmodell gewinnen. Seine Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass eine nach Geschlecht und Vollzugsform (Jugendstrafvollzug – Erwachsenenvollzug – Frauenvollzug, offen – geschlossen) geschichtete Zufallstichprobenziehung die zuverlässigsten Ergebnisse liefern dürfte.

Abbildung C1 veranschaulicht die Verteilung der Strafgefangenen in Bezug auf die angesprochenen Merkmale anhand der Durchschnittsbelegung zwischen Januar und Oktober 2005 in niedersächsischen Vollzugsanstalten. Dabei sind weibliche Personen im Jugendvollzug wegen ihrer Seltenheit in die Gruppe der Frauen im geschlossenen Vollzug aufgenommen worden.

Abbildung C1. Die Verteilung der Strafgefangenen in Niedersachsen (Durchschnittsbelegung Januar bis Oktober 2005) auf Geschlecht und Vollzugsform.





Schätzgenauigkeit

Jede Studie, die nicht die gesamte Population, also alle an einem bestimmten Stichtag einsitzenden Personen, sondern nur einen Teil davon untersucht, beinhaltet mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit Schätzfehler, ist also in einem gewissen Umfang unpräzise. Das Ausmaß des Schätzfehlers, also vorliegend die Genauigkeit, mit der z.B. der Anteil Drogen konsumierender Gefangener bestimmt wird, hängt dabei von mehreren Faktoren ab, nämlich von:

- (a) der Größe der Stichprobe relativ zur Populationsgröße (je mehr Personen untersucht werden, desto genauer die Schätzung),
- (b) dem Anteil der Personen, die das Merkmal aufweisen (je höher der Anteil, desto weniger genau die Schätzung).

Diese drei Größen (Schätzgenauigkeit, Größe der Stichprobe, Merkmalsverbreitung) stehen statistisch sehr eng miteinander in Verbindung, so dass man – bei Festlegung der angestrebten Genauigkeit und einer Vorannahme über die Merkmalsverbreitung – optimale Stichprobenumfänge für zuverlässige Aussagen berechnen kann.

Stichprobenumfang

In Tabelle C1 sind auf der Grundlage der von Wirth (2002) ermittelten Zahlen hinsichtlich des Anteils Drogen konsumierender Gefangener für mehrere Vertrauensintervalle und Sicherheitsstufen optimale Stichprobenzahlen für Frauen, Männer und Jugendliche berechnet worden. Eine Differenzierung nach der Vollzugsart (offen / geschlossen) erscheint dabei nur bei der größten Gruppe der männlichen Personen im Erwachsenenvollzug sinnvoll. Zu den Berechnungen muss allerdings angemerkt werden, dass natürlich auch die Nordrhein-Westfälischen Daten Schätzgenauigkeiten unterliegen. Insofern kann es sich bei den Berechnungen immer nur um Annäherungen handeln; die tatsächliche Schätzgenauigkeit kann nur anhand der späteren Ergebnisse bestimmt werden.

Zur Erläuterung der Tabelle C1: Sollen die Stichprobenergebnisse den Anteil Drogen konsumierender Frauen in der Population mit 95 %iger Wahrscheinlichkeit um höchstens +/- 2.5 % verschätzen, so werden zur Schätzung insgesamt 170 Frauen in der Stichprobe benötigt. Werden hingegen nur 56 Frauen untersucht, nimmt man Schwankungen des gefundenen Anteils um +/- 5.0 % in Kauf und kann selbst bei diesem Intervall in geringerem Maße (85 %) sicher sein, dass es zutrifft. Geht man von den in Abbildung C1 aufgeführten Zahlen aus, müsste man im ersten Fall 69,7 % aller inhaftierten Frauen in die Stichprobe aufnehmen, im letzten 23 %.

Bei den erwachsenen Männern (insgesamt) würde man den Populationsanteil Drogen konsumierender Gefangener mit 95 %iger Wahrscheinlichkeit um höchstens +/- 2.5 % verschätzen, wenn man 667 Inhaftierte bzw. 14,5 % der Population untersuchen würde. Nur 103 männliche Erwachsene (das sind 2,2 % der Population) müssten untersucht werden, wenn man nur zu 85 % sicher sein möchte, dass der Schätzwert um höchstens +/- 5 % verschätzt wird.

Stellt man eher auf die Schätzgenauigkeit der im Strafvollzug drogenabhängigen Inhaftierten ab, so resultieren wiederum andere optimale Stichprobenumfänge, da die Anteile Drogenabhängiger andere sind als die Drogen Konsumierender.



Tabelle C1. Optimale Stichprobenumfänge (N) in Abhängigkeit von Schichtmerkmal (Frauen, erwachsene Männer im offenen bzw. geschlossenen Vollzug, männliche Jugendliche), Vertrauensintervall und Sicherheit für die Bestimmung der Verbreitung von Drogenkonsum⁷

	Vertrauens- intervall in +/- %	Sicherheit in %	N
Frauen insgesamt	2,5	95	170
(bei Wirth konsumierten insgesamt	5,0	95	87
9,5 % der Frauen)	2,5	90	150
	5,0	90	68
	2,5	85	134
	5,0	85	56
Erwachsene Männer insgesamt	2,5	95	667
(bei Wirth konsumierten insgesamt	5,0	95	187
14,9 % der Männer)	2,5	90	491
	5,0	90	134
	2,5	85	386
	5,0	85	103
Erwachsene Männer, geschlossen	2,5	95	683
(bei Wirth konsumierten 16,4 % der	5,0	95	199
Männer im geschl. Vollzug)	2,5	90	510
	5,0	90	143
	2,5	85	404
	5,0	85	111
Erwachsene Männer, offen	2,5	95	386
(bei Wirth konsumierten 11,4 % der	5,0	95	135
Männer im geschl. Vollzug)	2,5	90	307
	5,0	90	99
	2,5	85	253
	5,0	85	78
Männliche Jugendliche insgesamt	2,5	95	284
(bei Wirth konsumierten insgesamt	5,0	95	106
9,0 % der männlichen	2,5	90	230
Jugendlichen)	5,0	90	78
	2,5	85	192
	5,0	85	62

Proportionale Schichtung?

Bei der Entscheidung über die Stichprobengröße insgesamt (Frauen, erwachsene Männer im offenen und geschlossenen Vollzug und männliche Jugendliche zusammen) sind diese Überlegungen abzuwägen gegen eine so genannte „proportionale“ Schichtung: In dieser würde der optimale Stichprobenumfang auf der Basis der Gesamtgruppe berechnet werden, und man würde dann jeweils so viele Frauen, er-

⁷ Die Berechnungen erfolgten mittels des Programmes PASS (© Number Cruncher Statistical Systems).



wachsene Männer und männliche Jugendliche untersuchen, wie sie anteilmäßig in der Population vertreten sind. Wenn man beispielsweise vermutet, dass insgesamt ca. 14 % aller Strafgefangenen in Haft Drogen konsumiert (wie bei Wirth, 2002) und man möchte für Niedersachsen den Gesamtanteil Drogen konsumierender Strafgefangener mit 95 %iger Wahrscheinlichkeit um höchstens +/- 2.5 % verschätzen, benötigt man insgesamt 656 untersuchte Personen. Bei diesem Vorgehen würden dann beispielsweise nur 29 Frauen in der Stichprobe sein, da diese Zahl ihrem Gesamtanteil von 4,4 % in der Population entspricht. Man würde allerdings 428 erwachsene Männer im geschlossenen und 121 Männer im offenen Vollzug in die Stichprobe aufnehmen, weil diese 65,2 bzw. 18,5 % der niedersächsischen Strafgefangenen ausmachen. 77 männliche Jugendliche würden sich in der Stichprobe befinden (sie machen 11,8 % aller Strafgefangenen aus).

Eine proportionale Stichprobenschichtung ist rechnerisch vorteilhaft: Um die Gesamtverbreitung des Drogenkonsums zu bestimmen, kann man diesen Wert ganz einfach berechnen bzw. ablesen, denn alle Schichten sind ja in genau den Anteilen in der Stichprobe repräsentiert, wie sie auch in der Population vorkommen. Bei einem wie oben skizzierten Vorgehen, das Wert auf die Schätzgenauigkeit in den einzelnen Populationsschichten legt, also auf die proportionale Schichtung verzichtet, müssten zur Berechnung von Merkmalsverteilungen in der gesamten Population die Ergebnisse der Einzelschichten gewichtet werden, da ja überproportional viele Frauen und Jugendliche und unterproportional wenige erwachsene Männer untersucht werden würden.

Problematisch an der proportionalen Schichtung ist allerdings, dass dann relativ geringe Fallzahlen für Frauen und männliche Jugendliche resultieren, die Ungenauigkeiten in den Merkmalsschätzungen implizieren. Möchte man mit 29 untersuchten Frauen eine 90 %ige Wahrscheinlichkeit im Vertrauensintervall erhalten, so kann dieses (bei einem angenommenen Anteil Drogen konsumierender Frauen von 9.5 %) nur auf +/- 8,4 % genau geschätzt werden. Den Anteil männlicher Jugendlicher würde man mit 90%iger Wahrscheinlichkeit auf +/- 5,5 % genau schätzen. Gleichzeitig resultiert für die große Gruppe männlicher Erwachsener eine Schätzgenauigkeit von +/- 2.2 %, der man 95%ig trauen könnte. Wie man anhand eines Vergleiches mit Tabelle C1 sehen kann, werden der Wert der größten Gruppe besser, der Wert der kleinsten Gruppe der Frauen hingegen schlechter geschätzt. Wirth (2002) wählte trotz dieser Einschränkungen eine proportionale Schichtung der Stichprobe.

Entscheidung

Angesichts der obigen Zahlen und Beispiele erscheint eine Stichproben-Strategie angemessen, die die Größe der einzelnen Schichten nicht proportional zum Populationsanteil bestimmt, sondern Aspekte der Genauigkeit der Schätzungen in den Teilgruppen berücksichtigt. Obigen Berechnungen folgend wird vorgeschlagen, insgesamt 677 Strafgefangene zu untersuchen, und zwar im einzelnen

- 68 Untersuchungen weiblicher Gefangener (mit 90 %iger Wahrscheinlichkeit schätzt man den Anteil Drogen konsumierender Gefangener dann mit einer Abweichung von +/- 5 %),



- 106 Untersuchungen von männlichen Jugendlichen (mit 95%iger Wahrscheinlichkeit schätzt man den Anteil Drogen konsumierender dann mit einer Abweichung von +/- 5%)
- 404 Untersuchungen erwachsener Männer im geschlossenen Vollzug (mit 85%iger Wahrscheinlichkeit schätzt man dann den Anteil mit einer Abweichung von +/- 2,5 %),
- 99 Untersuchungen erwachsener Männer im offenen Vollzug (mit 90%iger Wahrscheinlichkeit schätzt man dann den Anteil mit einer Abweichung von +/- 5 %).

Bei diesem Vorgehen würden ca. 28% aller weiblichen, 11% aller männlichen erwachsenen im geschlossenen, 10 % der männlichen erwachsenen im offenen Vollzug und 16% aller männlichen jugendlichen Strafgefangenen in die Stichprobe einbezogen.

Wie viele Personen sind in den Justizvollzugsanstalten zu untersuchen?

Bei den in die Querschnittsuntersuchung einbezogenen Justizvollzugsanstalten für die Verbüßung von Straftat wurde darauf geachtet, dass nicht nur Geschlechtszugehörigkeit und Vollzugsarten sowie die verschiedenen Vollzugszeiten berücksichtigt werden, sondern auch die regionale Heterogenität der Klientel. Beispielsweise ist zu erwarten, dass der Anteil Drogen konsumierender Inhaftierter unterschätzt würde, würde keine Anstalt in der Nähe der Niederlande einbezogen.

Tabelle C2 gibt die Belegung der in die Stichtagsuntersuchung einzubeziehenden Justizvollzugsanstalten mit Strafgefangenen am 22.11.2005 wieder. Aus Tabelle C2 ist erkennbar, wie sich die Strafgefangenen der verschiedenen Vollzugsarten auf die Anstalten verteilen, die an der Stichtagserhebung teilnehmen. Unter den Belegungszahlen ist prozentual angegeben, welchen Anteil die Zahl an allen Gefangenen dieser Kategorie innerhalb der ausgewählten Anstalten hat. In Lingen befanden sich beispielsweise 20,3 % erwachsenen Männer im geschlossenen Vollzug. In Lingen sollen deshalb in der Stichtagsbefragung 20,3 % der 404 Untersuchungen in dieser Gruppe stattfinden, also 82 Untersuchungen. In dieser Weise lässt sich folgendes berechnen:

(a) für den geschlossenen Strafvollzug Männer:

- JVA Hannover: 102 Untersuchungen
- JVA Lingen: 82 Untersuchungen
- JVA Sehnde: 67 Untersuchungen
- JVA Uelzen: 40 Untersuchungen
- JVA Vechta (m): 52 Untersuchungen
- JVA Wolfenbüttel: 61 Untersuchungen

(b) für den offenen Strafvollzug Männer:

- JVA Hannover: 9 Untersuchungen
- JVA Lingen-Dam.: 86 Untersuchungen
- JVA Uelzen: 4 Untersuchungen.



(c) Für den Jugendvollzug wurde berechnet, dass insgesamt 106 Untersuchungen stattfinden sollten. Diese sollen proportional auf die beiden Anstalten (Hameln/Göttingen) verteilt werden, und zwar entsprechend der Belegung am 22.11.05. Dann ergeben sich für die

- JVA Hameln: 88 Untersuchungen
- JVA Rosdorf/Göttingen: 18 Untersuchungen.

(d) Für den Frauenvollzug bietet sich diese Unterteilung nicht an, da die Abteilung Hildesheim nicht dabei ist und deshalb in Vechta ein Drittel aller Haftplätze offene sind. Würde man die Zahl der Untersuchungen proportional aufteilen, würde der geschlossene Vollzug unterrepräsentiert sein. Stattdessen wird proportional zur durchschnittlichen Belegung zwischen Januar und Oktober 2005 geschichtet (dort waren 56 von 244 inhaftierten Frauen im offenen Vollzug, also 23 %). Es ergeben sich für

- den geschlossenen Vollzug der JVA für Frauen in Vechta: 52 Untersuchungen
- den offenen Vollzug der JVA für Frauen in Vechta: 16 Untersuchungen.

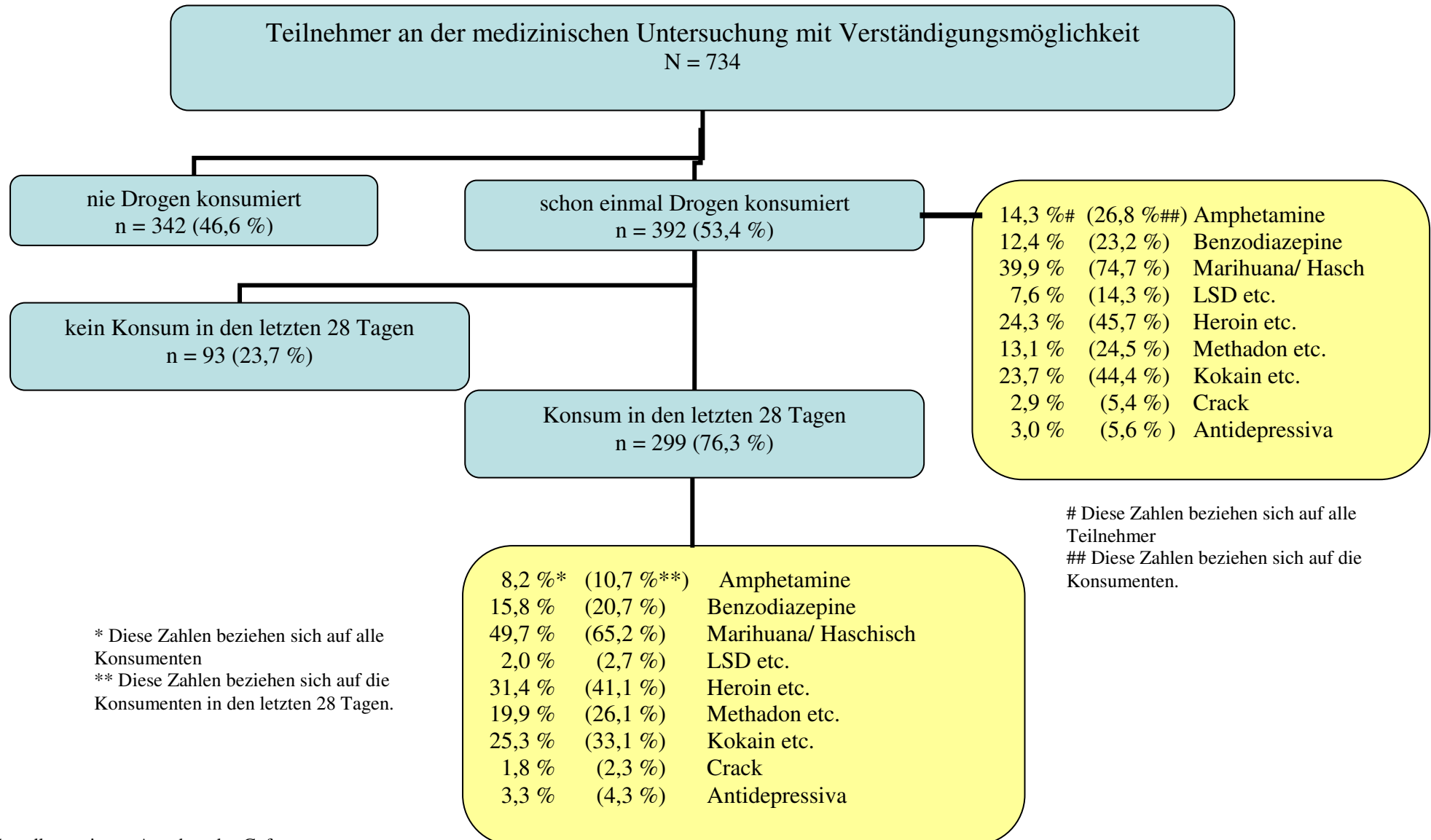
Tabelle C2. Belegung ausgewählter Justizvollzugsanstalten mit Strafgefangenen am 22.11.2005⁸.

	M geschl.	M offen	W Geschl	W offen	J geschl.	J offen
Hannover:	619 25,3 %	36 8,8 %				
Lingen (insges.)	496 20,3 %					
Lingen-Dam.		356 87,3 %				
Sehnde	404 16,5 %					
Uelzen	244 10 %	16 3,9 %				
Vechta f			101 100 %	49 100 %		
Vechta m	315 12,9 %					
Wobü	371 15,1 %					
Göttingen-L						103 100 %
Hameln					510 100 %	
Insgesamt	2449	408	132	51	510	140

⁸ Die Prozentzahlen beziehen sich auf den Anteil an der jeweiligen Population. In Hannover befanden sich am 22.11. 619 Strafgefangene im geschlossenen Männervollzug, das waren an jenem Tag 25,3 % aller Personen dieser Gruppe, die in einer der ausgewählten Anstalten einsaßen.

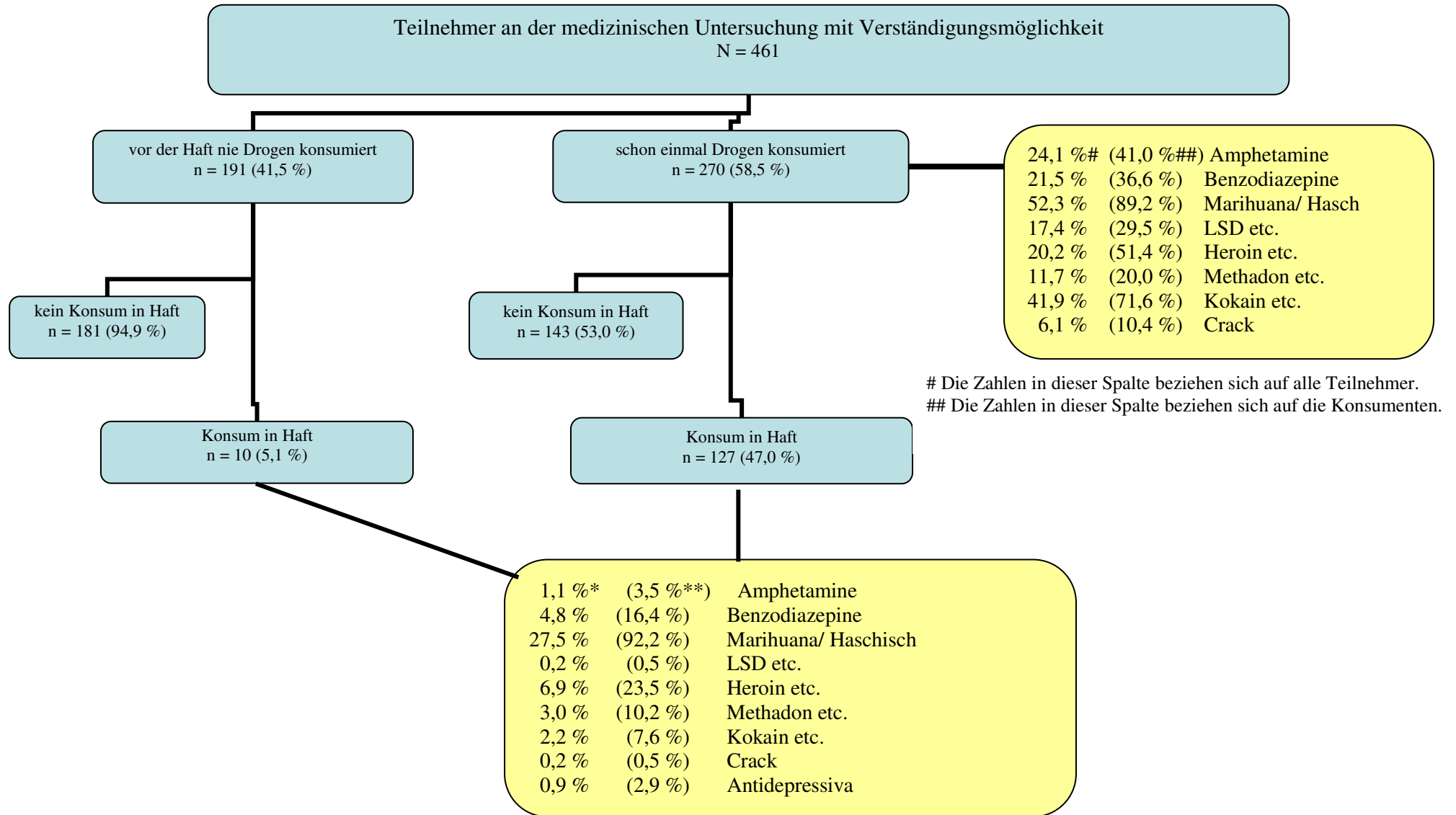


D Übersicht über die Verbreitung von Drogenkonsum in der Zugangsuntersuchung.





E Übersicht über die Verbreitung von Drogenkonsum in der Stichtagserhebung



Grundlage: eigene Angaben der Straf-
gefangenen, gewichtet

* Die Zahlen in dieser Spalte beziehen sich auf alle Teilnehmer.
** Die Zahlen in dieser Spalte beziehen sich auf die Konsumenten in Haft.