

Problem Suchtmittel: Gesundheitsfürsorge trifft Kriminaltherapie

Missbrauch oder Abhängigkeit von Alkohol oder illegalen Drogen ist nach Andrews & Bonta¹ einer der „Central Eight“ – der acht wichtigsten Risikofaktoren für Straffälligkeit –, aus denen sich Behandlungsbedarfe („kriminogene Bedürfnisse“) ableiten lassen. Metaanalysen finden einen starken Zusammenhang zwischen Suchtmittelproblematiken und Delinquenz.

Im Folgenden sind, wenn nicht anders angegeben, mit dem Begriff „Suchtmittel“ Alkohol und illegale Drogen gemeint. Andere stoffgebundene Suchtmittel wie etwa Tabak sind zwar gesundheitsschädlich, jedoch für kriminelles Verhalten kaum relevant. Auch auf pathologisches Glücksspielen oder problematischen Mediengebrauch wird hier nicht eingegangen, obwohl sie die soziale Integration beeinträchtigen können.

Für wen ist der Konsum von Suchtmitteln ein kriminogener Faktor?

Eine Suchtmittelproblematik ist im Jugendstrafvollzug besonders relevant, wenn sie bei einem Jugendstrafgefangenen (JSG) Straffälligkeit begünstigt oder verursacht. Dann nämlich dient ihre Behandlung nicht nur der Gesundheitsfürsorge sondern auch dem Vollzugsziel, „die Gefangenen zu befähigen, künftig in sozialer Verantwortung ein Leben ohne Straftaten zu führen“ (§ 2 SächsJStVollzG).

Für die Behandlung wie auch für die Psychoedukation von JSG ist hilfreich, den individuellen Zusammenhang zwischen Suchtmittelproblematik und Straffälligkeit zu klären. Im Folgenden werden sechs typische Zusammenhänge dargestellt – orientiert an den vier Typisierungen im Manual „MATE-Crimi“². Die Abbildung oben auf der folgenden Seite zeigt die sechs Zusammenhänge schematisch.

¹ Andrews, D. A. & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct*, 5. Aufl. LexisNexis Matthew Bender: New Providence NJ.

² Schippers, G. M. & Broekman, T. G. (2012). *MATE-Crimi 2.1. Handbuch und Leitfaden*. Deutsche Bearbeitung: A. Buchholz, M. Schliek, I. Rosch & R. Wolf. Nijmegen: Bêta Boeken.

„**S. gesondert**“ Die Suchtmittelproblematik hat andere Ursachen als die Straffälligkeit. Beispiel: Dissoziale Einstellungen führen zu Körperverletzungen, unabhängig davon werden Suchtmittel missbraucht. Der Missbrauch ist nicht kriminogen.

„**gemeinsame Ursache**“ Suchtmittelproblematik und Straffälligkeit haben die gleiche Ursache. Beispiel: Die Suche nach neuen Spannungsreizen führt zu Einbrüchen, Fahren ohne Fahrerlaubnis wie auch zum Drogenmissbrauch. Der Suchtmittelkonsum selbst ist nicht kriminogen. Eine Behandlung der Suchtmittelproblematik kann kriminalpräventiv wirken, wenn dabei die (gemeinsame) Ursache behandelt wird.

„**S. direkt ursächlich**“ Der Suchtmittelkonsum führt direkt zur Straffälligkeit. Beispiel: Beschaffungskriminalität. Die Behandlung der Suchtmittelproblematik ist primäre kriminalpräventive Aufgabe.

„**S. begünstigend**“ Der Suchtmittelkonsum erleichtert die Straffälligkeit. Beispiel: Durch Alkohol enthemmt wird eine Körperverletzung begangen. Eine Behandlung der Suchtmittelproblematik ist kriminalpräventiv aber nicht hinreichend.

„**S. indirekt ursächlich**“ Der Suchtmittelkonsum beeinflusst andere Faktoren, die (ggf. langfristig) zu Straffälligkeit führen. Beispiel: Durch stetig stärkeren Alkoholkonsum erfolgt die Lebensführung immer unkontrollierter, was schließlich zu Schwarzfahren führt. Eine Behandlung der Suchtmittelproblematik ist kriminalpräventiv.

„**S. resultierend**“ Der Suchtmittelkonsum ist indirekte Folge von Straffälligkeit. Beispiel: Eine Gewalttat gegen ein Familienmitglied führt zu sozialem Ausschluss und fehlendem Halt; der mit dem Verlust verbundene Schmerz wird mit Alkohol „betäubt“.

Sicherlich können für eine Person mehrere dieser Zusammenhänge zutreffen. Diese theoretische Einordnung problematischen Suchtmittelkonsums in (vereinfachte)

Über Daten & Dialog

Die Reihe „Daten & Dialog“ informiert über Ergebnisse der Evaluation des Jugendstrafvollzugs in der sächsischen Jugendstrafvollzugsanstalt Regis-Breitungen. Jede Ausgabe widmet sich einem umgrenzten Aspekt des Jugendstrafvollzugs: mit Ergebnissen von Datenanalysen, Interpretationen und Denkanstößen.

„Daten & Dialog“ erscheint ca. viermal jährlich digital. Bisherige Ausgaben und weitere Informationen finden Sie im Internet unter <http://www.justiz.sachsen.de/kd/>.

Herausgeber:

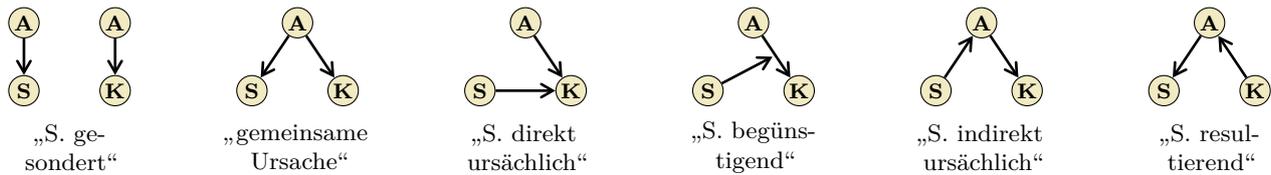
Kriminologischer Dienst des Freistaates Sachsen
JVA Leipzig mit Krankenhaus
Leinestraße 111, 04279 Leipzig

Verantwortlicher Redakteur: Sven Hartenstein

Kontakt:

✉ kd@smj.justiz.sachsen.de
☎ 0341 8639-118

🌐 www.justiz.sachsen.de/kd/



Suchtmittel (S), andere Faktoren (A) und Kriminalität (K): typische Zusammenhänge

Modelle straffälligen Verhaltens soll dazu anregen, etwaige individuelle Suchtmittelproblematiken von JSG bewusster und differenzierter in Vollzugs- und Behandlungsplanungen zu berücksichtigen.

Ein bestimmter Fall indirekter Wirkung von Suchtmitteln auf die Straffälligkeit spielt im Justizvollzug noch eine besondere Rolle: wenn frühere Konsumerfahrung oder Konsum in Haft die Veränderungsmotivation und Mitarbeit der Inhaftierten beeinträchtigt. Dann ist die positive Einwirkung auch auf andere kriminogene Faktoren erschwert.

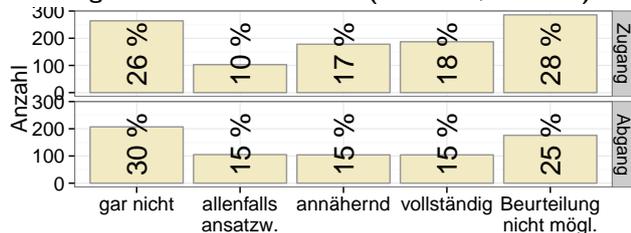
Verwendete Daten

Die im Folgenden berichteten Ergebnisse basieren auf Daten von denjenigen JSG, die seit Anfang 2011 (Beginn der Evaluation) in die JSA gekommen sind und von denen die jeweiligen Erhebungsbögen vorliegen.³ Aus verschiedenen Gründen schwankt die Anzahl der JSG zwischen den Analysen, etwa weil bei kurzem Aufenthalt in der Jugendstrafvollzugsanstalt (JSA) keine Vollzugsplanung durchgeführt wird oder weil JSG nicht in der Lage oder bereit sind, Fragebögen auszufüllen.

Verbreitung von Suchtmittelproblematiken unter Jugendstrafgefangenen

Im Rahmen der ersten Vollzugsplanung („Zugang“) und nachdem die JSG die JSA verlassen haben („Abgang“), schätzen Fachdienste für jeden JSG die etwaige Suchtmittelproblematik in Bezug auf Alkohol und Drogen anhand einer vierstufigen Skala von „gar nicht“ bis „vollständig“ oder der Angabe „Beurteilung nicht möglich“ ein.

Bei dem Gefangenen ist eine erhebliche Suchtproblematik in Bezug auf Alkohol erkennbar. (n1=1018, n2=696)

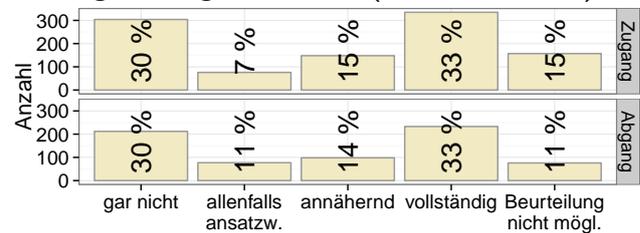


Bei ca. einem Viertel der JSG geben die Fachdienste an, dass eine Beurteilung der Alkoholproblematik nicht möglich ist – selbst zum Zeitpunkt des Abgangs aus der JSA. Nach dem Zugang wird der Hälfte der übrigen JSG eine Alkoholproblematik „annähernd“ oder „vollständig“ attestiert. Bei der anderen Hälfte wird eine Problematik häufiger „gar nicht“ als „allenfalls ansatzweise“ gesehen.

³Wir danken den Fachdiensten für die Unterstützung bei der Datenerhebung im Rahmen der Vollzugsplanungen. Auch danken wir den Jugendstrafgefangenen, die den Zugangs- und/oder Abgangsfragebogen ausgefüllt haben.

Nachdem die JSG die Anstalt verlassen haben wird etwas seltener eine Alkoholproblematik gesehen. Verschiedene Gründe dafür sind denkbar; problematisch wäre, wenn Alkoholproblematiken „vergessen“ oder verharmlöst würden, weil sie sich in Haft weniger zeigen. Die Veränderungen der Einschätzung sind allerdings eher gering.

Bei dem Gefangenen ist eine erhebliche Suchtproblematik in Bezug auf Drogen erkennbar. (n1=1020, n2=696)



Die Beurteilung einer Drogenproblematik ist häufiger möglich. Deutlich über die Hälfte der JSG, für die eine Einschätzung vorliegt, weisen eine solche annähernd oder vollständig auf. Die Verteilung ändert sich kaum zwischen Zugang und Abgang.

Die folgende Tabelle zeigt, wie häufig Alkohol- und Drogenproblematik die gleichen oder verschiedene JSG betreffen. Hier gehen nur die JSG mit einer Beurteilung beim Zugang ein. Die Einschätzungen „gar nicht“ und „allenfalls ansatzweise“ wurden zu „nein“ zusammengefasst während „annähernd“ und „vollständig“ zu „ja“ kodiert wurden.

(n=680)	Drogen nein	Drogen ja	Summe
Alkohol nein	30 %	20 %	50 %
Alkohol ja	19 %	31 %	50 %
Summe	49 %	51 %	100 %

Nur rund 30 % der JSG weisen keine der beiden Problematiken auf. Ebenfalls rund 30 % konsumieren sowohl Alkohol als auch Drogen in problematischer Weise. Die restlichen rund 40 % zeigen eine der beiden Problematiken.

Die bisherigen Ergebnisse zeigen, dass die Verbreitung von Suchtmittelproblematiken unter den JSG nach Einschätzung der Fachdienste enorm ist.

Stimmen die Einschätzungen der Fachdienste mit der Selbsteinschätzung der JSG überein? Die folgende Tabelle zeigt, wie häufig dies der Fall ist. Dabei wurden für die Einschätzung im Rahmen der ersten Vollzugsplanung („VZP“) die Einschätzungen zu Alko-

Suchtmittel	0	<1	1-2	3-8	>8	k.A.
Bier, unter der Woche (Flaschen/Tag)	43 %	14 %	13 %	16 %	6 %	9 %
Bier, am Wochenende (Flaschen/Tag)	21 %	11 %	18 %	29 %	15 %	8 %
Spirituosen, unter der Woche (Gläser/Tag)	71 %	6 %	4 %	3 %	3 %	12 %
Spirituosen, am Wochenende (Gläser/Tag)	45 %	10 %	11 %	14 %	8 %	12 %
Zigaretten (Stück/Tag)	4 %	1 %	1 %	17 %	74 %	5 %
Kaffee (Tassen/Tag)	32 %	10 %	29 %	20 %	3 %	7 %
Cannabis (mal/Woche)	47 %	9 %	6 %	12 %	18 %	8 %
Crystal (mal/Monat)	47 %	5 %	6 %	10 %	24 %	7 %
Medikamente (Tabletten/Tag)	77 %	5 %	4 %	3 %	1 %	11 %

Konsummengen: Anteile der JSG mit bestimmten Konsummengen für verschiedene Substanzen

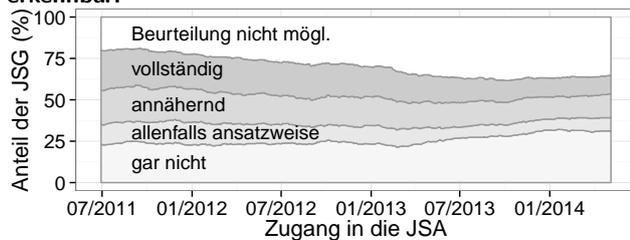
hol und Drogen zusammengefasst: wenn mindestens eine der beiden Problematiken vorliegt, wird dies als „ja“ gewertet. Die Einschätzung der JSG erfolgt im Zugangsfragebogen anhand des Items „Ich habe ein Alkohol/Drogen-Problem.“, das mit „ja“ oder „nein“ beantwortet werden kann.

(n=944)	JSG: „nein“	JSG: „ja“	Summe
VZP: „nein“	18,5 %	1,4 %	19,9 %
VZP: „ja“	26,1 %	36,7 %	62,8 %
VZP: ?	13,1 %	4,2 %	17,3 %
Summe	57,7 %	42,3 %	100 %

Wenn JSG selbst eine Problematik sehen, so wird diese auch meistens von den Fachdiensten angegeben. Anders, wenn JSG die Problematik verneinen: dann wird von den Fachdiensten trotzdem häufiger eine Problematik gesehen als keine. Diese einseitige Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung dürfte vor allem dadurch zustande kommen, dass JSG ihre eigene Fähigkeit, ihren Konsum zu kontrollieren, überschätzen bzw. andere Normen für Suchtmittelkonsum vertreten – was Symptom einer Suchterkrankung sein kann.

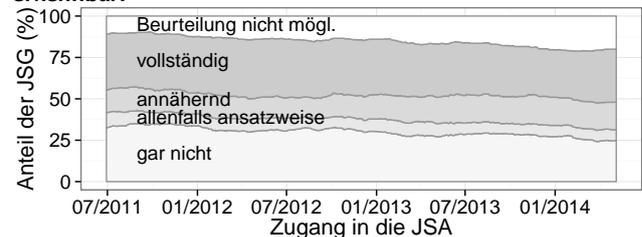
Hat sich die Häufigkeit von Suchtmittelproblematiken in den letzten Jahren verändert? Darüber geben die folgenden beiden Diagramme Auskunft. Sie zeigen Anteile der oben beschriebenen Einschätzungen der Fachdienste in der ersten Vollzugsplanung.

Alkoholproblematik im Längsschnitt: Bei dem Gefangenen ist eine erhebliche Suchtproblematik in Bezug auf Alkohol erkennbar.



Wie ersichtlich, wird prozentual zunehmend häufiger angegeben, dass eine Beurteilung nicht möglich ist. Auch die Einschätzung „gar nicht“ nimmt zu. Entsprechend nimmt die Einschätzung, dass eine Alkoholproblematik vorliegt, in den letzten Jahren prozentual ab.

Drogenproblematik im Längsschnitt: Bei dem Gefangenen ist eine erhebliche Suchtproblematik in Bezug auf Drogen erkennbar.



Die Einschätzung der Drogenproblematiken ändert sich weniger stark. Auch hier wird mit der Zeit häufiger angegeben, dass keine Beurteilung möglich ist. Die Angabe „gar nicht“ nimmt hier eher ab.

Konsummengen

Im Zugangsfragebogen werden die JSG gefragt, wie viel sie von bestimmten Suchtmitteln in bestimmten Zeiträumen in den letzten sechs Monaten vor der Haft konsumierten. Die Tabelle oben auf dieser Seite zeigt, welche Konsummengen wie häufig angegeben werden. Bei der Interpretation der Angaben ist zu berücksichtigen, dass sie teilweise strategisch gemacht sein können, etwa wenn JSG sich erhoffen, durch Darstellung einer schweren Suchtproblematik eine Entlassung in eine stationäre Suchttherapie zu erreichen. Darüber hinaus ist möglich, dass einige JSG bei ungleichmäßigem Konsum in den letzten sechs Monaten vor der Haft mit einer Durchschnittsbildung überfordert sind und etwa den maximalen Konsum angeben. Immerhin wirkt der Vergleich der angegebenen Mengen zwischen den verschiedenen Suchtmitteln recht plausibel, was für ein differenziertes Antworten der meisten JSG spricht.

Über ein Drittel der JSG gibt an, im Durchschnitt unter der Woche täglich mindestens eine Flasche Bier zu sich zu nehmen. 15 % trinken am Wochenendtag mehr als 8 Flaschen. Immerhin 10 % konsumieren unter der Woche mindestens ein Glas Spirituosen; am Wochenende über ein Drittel der JSG. Tabak wird von fast allen JSG geraucht. Über die Hälfte der JSG konsumiert Cannabis. Ebenfalls über die Hälfte gibt an, Crystal zu konsumieren; über ein Drittel regelmäßig (mehrmals im Monat).⁴ In die Angaben zu Medikamenten dürften

⁴Der Konsum der synthetisch hergestellten, euphorisierenden Droge Crystal ist in Sachsen in den letzten Jahren stark angestiegen. Laut dem Bericht „Sucht 2014. Bericht der Sucht-

	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)	(h)	(i)
(a) Bier, unter der Woche (Flaschen/Tag)	1	.62	.49	.40	.13	.16	.13	.13	.07
(b) Bier, am Wochenende (Flaschen/Tag)	.62	1	.37	.50	.12	.15	.06	.00	.00
(c) Spirituosen, unter der Woche (Gläser/Tag)	.49	.37	1	.54	.13	.07	.20	.21	.17
(d) Spirituosen, am Wochenende (Gläser/Tag)	.40	.50	.54	1	.10	.06	.12	.05	.08
(e) Zigaretten (Stück/Tag)	.13	.12	.13	.10	1	.19	.08	.13	.06
(f) Kaffee (Tassen/Tag)	.16	.15	.07	.06	.19	1	-.01	.03	.11
(g) Cannabis (mal/Woche)	.13	.06	.20	.12	.08	-.01	1	.54	.10
(h) Crystal (mal/Monat)	.13	.00	.21	.05	.13	.03	.54	1	.11
(i) Medikamente (Tabletten/Tag)	.07	.00	.17	.08	.06	.11	.10	.11	1

Zusammenhänge des Konsums verschiedener Substanzen

verordnete und missbräuchliche Einnahmen eingehen.

Zusammenfassend sind die angegebenen Konsummengen beträchtlich. Ein übermäßiger, oft gefährlicher Konsum gehört offenbar zum Alltag vieler JSG.

Der Konsum von Heroin wird im Zugangsfragebogen nicht wie bei den anderen Suchtmittel mit vorgegebenen Mengenangaben, sondern mit einem Textfeld abgefragt, in das die JSG etwas schreiben können. Häufig wurde keine Angabe gemacht; dies kann bedeuten, dass die JSG keine Angabe machen möchten, oder aber, dass sie Heroin nicht konsumiert haben, dies aber nicht explizit angeben. 633 JSG haben eine Angabe zum Konsum gemacht. Von diesen geben 575 JSG (das sind 91 Prozent) an, gar nicht konsumiert zu haben. 17 JSG geben einen täglichen Konsum an, 11 JSG einen wöchentlichen, 5 JSG einen monatlichen und 13 JSG einen selteneren. 12 JSG geben einen Konsum an, ohne ihn auf ein Zeitintervall zu beziehen.

Welche Substanzen werden gemeinsam konsumiert?

Welche Suchtmittel häufiger von den gleichen Personen konsumiert werden, zeigt die Tabelle oben auf dieser Seite. Sie führt statistische Zusammenhangsmaße⁵ mit einem Wertebereich von -1 bis 1 auf. Der Wert 0 bedeutet keinen (d. h. fehlenden) Zusammenhang, die Werte -1 und 1 einen negativen bzw. positiven „perfekten“ Zusammenhang. Ein positiver Zusammenhang zwischen zwei Suchtmitteln bedeutet, dass diejenigen, welche mehr von der einen Substanz konsumieren, tendenziell auch mehr der anderen konsumieren.

Relativ hohe Zusammenhänge zeigen sich unter den vier Fragen zum Alkoholkonsum: wer größere Mengen Bier trinkt, trinkt wahrscheinlich auch mehr Spirituosen; wer unter der Woche mehr trinkt, trinkt wahrscheinlich auch am Wochenende mehr. Eine weiterer höherer Zusammenhang besteht zwischen Cannabis- und Crystalkonsum. Auffällig sind die Zusammenhänge mit dem Konsum von Spirituosen unter der Woche: JSG, die hier größere Mengen angegeben haben, konsumieren nach eigener Angabe praktisch alle Suchtmittel in höheren

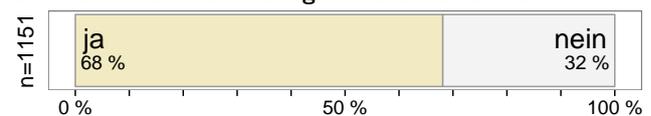
Dosen (außer vielleicht Kaffee). Viele andere Zusammenhänge sind gering, aber fast alle positiv; so gilt, dass JSG, die mehr einer bestimmten Substanz konsumieren, tendenziell auch mehr aller anderen konsumieren.

Die statistischen Zusammenhänge erlauben lediglich Wahrscheinlichkeitsaussagen; auf einzelne JSG darf dabei nicht geschlossen werden. Da die Zusammenhänge deutlich unter dem Wert 1 liegen, gibt es viele JSG, die von der gefundenen Tendenz abweichen, also etwa Cannabis aber kein Crystal oder Spirituosen aber keine andere Substanz konsumieren.

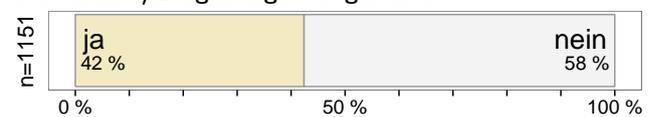
Probleme durch Alkohol- oder Drogenkonsum

Im Zugangsfragebogen werden die JSG nach bestimmten negativen Auswirkungen von Alkohol- oder Drogenkonsum gefragt. Zu verschiedenen Aussagen sollen sie angeben, ob diese auf sie zutreffen („ja“) oder nicht („nein“). Die folgenden Diagramme zeigen, wieviel Prozent der JSG den einzelnen Aussagen zustimmen.

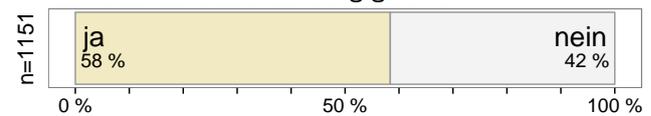
Ich hatte schon einmal das Gefühl, dass ich meinen Konsum von Alkohol oder Drogen reduzieren sollte.



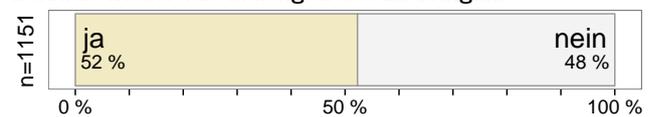
Mich hat schon jemand durch Kritik an meinem Konsum von Alkohol/Drogen ärgerlich gemacht.



Ich habe mich schon mal wegen meines Alkohol/Drogenkonsums schlecht oder schuldig gefühlt.



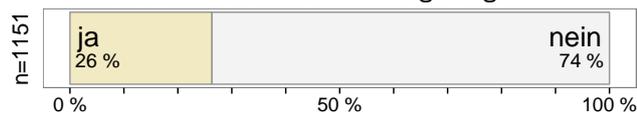
Ich habe schon mal morgens als erstes Alkohol/Drogen konsumiert, um mein Unwohlsein loszuwerden oder mich nervlich wieder ins Gleichgewicht zu bringen.



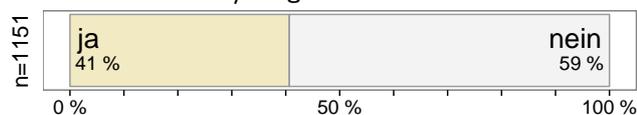
krankenhilfe in Sachsen“ (Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e. V.) suchen mehr und mehr CrystalkonsumtInnen die Suchtberatung auf: „Innerhalb von zwei Jahren hat sich das Beratungsaufkommen pro 100.000 Einwohner sachsenweit von 86 Klienten auf 122 Klienten signifikant (+ 42 %) erhöht.“

⁵Es handelt sich um den Koeffizient für Rangkorrelationen Kendalls tau.

Ich war bereits in der stationären Entgiftung.



Ich habe ein Alkohol/Drogen-Problem.



Große Anteile der JSG bejahen die Aussagen zu Auswirkungen von Suchtmittelkonsum, teilweise über die Hälfte. Ein Viertel der JSG berichtet, bereits in stationärer Entgiftung gewesen zu sein – wobei dies möglicherweise viele JSG angeben, die wegen akuter Intoxikation, nicht aber mit einer Abhängigkeit im Krankenhaus waren. Rund 40 % der JSG schätzen ein, ein Alkohol- oder Drogenproblem zu haben.

Das folgende Diagramm zeigt die Häufigkeit der Zustimmung zur Aussage „Ich habe ein Alkohol/Drogen-Problem.“ im Längsschnitt.

Angabe zum Alkohol/Drogen-Problem im Längsschnitt

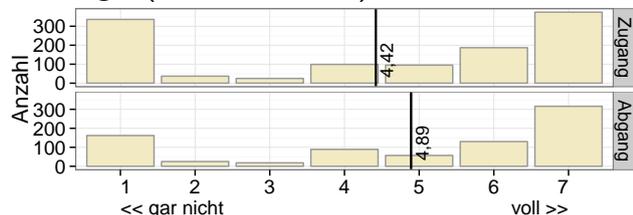


Der Anteil der JSG, der angibt, ein Suchtmittelproblem zu haben, steigt in den letzten Jahren leicht an.

Suchtmittel und Straftaten

Kurz nach dem Zugang wie auch kurz vor dem Verlassen der JSA werden die JSG im Fragebogen gefragt: „Wie sehr sind die folgenden Personen/Dinge verantwortlich dafür, dass Sie Straftaten begangen haben?“ Dazu werden verschiedene Personen und andere Faktoren vorgegeben, für die jeweils auf einem „Maßband“ eingeschätzt werden soll – von „gar nicht“ bis „voll“ verantwortlich. Das folgende Diagramm zeigt die Antworten der JSG. Als vertikale Linien sind die Mittelwerte eingetragen.

Verantwortlich für das Begehen von Straftaten: Alkohol und Drogen (n1=1153, n2=797)



Mehr als die Hälfte der JSG sehen eine deutliche Verantwortung von Alkohol und/oder Drogen für die eigene Straffälligkeit. Vor dem Verlassen der JSA sind es sogar über zwei Drittel. Dabei ist zu beachten, dass die Antworten sowohl ein Bewusstsein für die eigene Suchtmittelproblematik als auch eine Abwehr eigener Verantwortung durch Zuschreibung der Verantwortung auf äußere Faktoren spiegeln können.

Die folgende Tabelle zeigt, wie sehr verschiedenen Personen und Faktoren Verantwortung für die eigene

Straffälligkeit zugeschrieben wird. Die Spalte „MW“ zeigt die Mittelwerte über alle JSG hinweg. Die Spalte „Prozent“ zeigt, wieviel Prozent der JSG für den jeweiligen Faktor die Mitte des Maßbands oder eine höhere Verantwortung angegeben haben.

„Personen/Dinge“	MW	Prozent
Ich selbst	6,0	92 %
Alkohol, Drogen	4,4	65 %
Die Umstände	3,9	61 %
Meine Kumpel	3,5	53 %
Das Opfer	2,2	27 %
Schulden	2,2	26 %
Richter, Polizei, Justiz	2,0	22 %
Mein Vater	1,9	20 %
Meine Mutter	1,7	15 %

Alkohol und/oder Drogen ist unter den vorgegebenen Personen und Faktoren derjenige, dem am zweitmeisten Verantwortung für die Straffälligkeit zugeschrieben wird – vor „Umständen“ und „Kumpeln“. Auch dies verdeutlicht, welche beträchtliche negative Rolle Suchtmittel im Leben der JSG spielen und den erheblichen Interventionsbedarf.

Suchtmittel und Delikte

Von 1287 JSG sind 157 JSG (auch) wegen Delikten gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) verurteilt. Das sind rund 12 %. Jeder neunte JSG wurde also wegen Handels oder Herstellung illegaler Drogen verurteilt.

Die folgende Tabelle zeigt statistische Zusammenhänge zwischen Delikten, für welche die JSG verurteilt wurden, und den Einschätzungen der Fachdienste zur Suchtmittelproblematik (in der ersten Vollzugsplanung). Negative Zusammenhänge bedeuten, dass JSG mit diesem Delikt eher geringere Suchtmittelproblematiken aufweisen. Fett hervorgehoben sind Zusammenhangsmaße, die statistisch bedeutsam sind.⁶

Delikt	Alk.	Drog.
BtMG-Delikt	-.10	.27
Körperverletzung	.15	-.09
Betrug	-.11	.11
Diebstahl	-.03	.14
Sexualdelikt	-.07	-.13
Brandstiftung	-.03	-.08
Raub	.02	.04

Die statistischen Zusammenhänge sind durchweg gering; d. h. ein Schluss von Delikt auf Suchtmittelproblematik ist im individuellen Fall sehr unsicher. Immerhin spiegeln die Werte plausible Zusammenhänge wider: JSG mit BtMG-Delikt haben häufiger eine Drogenproblematik als solche ohne BtMG-Delikt. Diebstahl und Betrug sind mit Drogenproblematiken assoziiert; der Zusammenhang dürfte durch Beschaffungskriminalität zustande kommen. Körperverletzungen gehen mit Alkoholproblematiken einher; nicht selten wird Alkohol eine

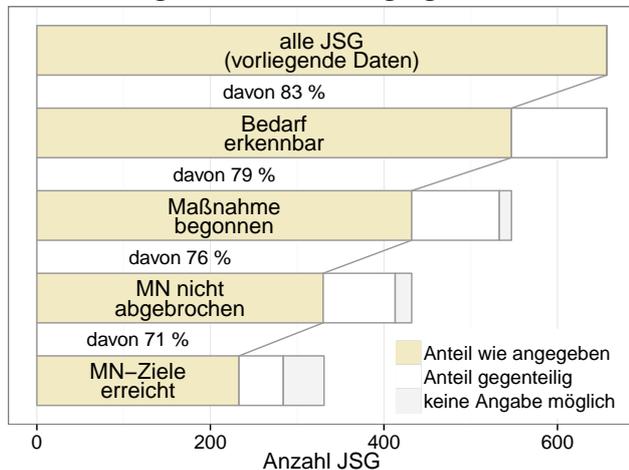
⁶Es wurde ein „strenges“ Signifikanzniveau von $\alpha=0,01$ gewählt.

unmittelbar enthemmende Rolle im Tatgeschehen spielen. Negative Zusammenhänge finden sich etwa zwischen Sexualdelikt und Drogenproblematik sowie Betrug und Alkoholproblematik. JSG mit diesen Delikten weisen die jeweilige Problematik in geringerem Maße bzw. seltener auf.

Interventionsbedarf und Versorgung

Auf einem Datenbogen, der in jeder Vollzugsplanung aktualisiert und nach der Entlassung der JSG vervollständigt wird, geben Fachdienste unter anderem den Bedarf an Suchtberatung sowie an Suchttherapie an und dokumentieren, ob eine entsprechende Maßnahme begonnen wurde, ob diese gegebenenfalls abgebrochen wurde und wie sehr die Maßnahmeziele erreicht wurden.⁷ Der Bogen wird nur für JSG, die mindestens sechs Monate in der JSA waren, vollständig ausgefüllt. Die folgende Graphik zeigt abgestuft Anteile jeweils der übergeordneten Menge.

Suchtberatung: Bedarf und Versorgung



Für über 80 % der JSG wird ein Bedarf an Suchtberatung dokumentiert. Suchtberatung ist damit neben Maßnahmen zur beruflichen Ausbildung die Maßnahme mit dem höchsten Bedarfsanteil. Von den JSG mit dokumentiertem Bedarf beginnen rund 80 % eine Suchtberatung. Von diesen bricht jedoch – laut Dokumentation der Fachdienste – fast ein Viertel die Maßnahme ab. Auch wenn JSG vollständig an der Suchtberatung teilnehmen, wird nicht immer das Ziel erreicht. Von den JSG mit Bedarf an Suchtberatung wird insgesamt bei nur rund 43 % – also weniger als der Hälfte – eine erfolgreiche Zielerreichung dokumentiert.

An jeder dieser selektierenden Stufen kann Qualitätssicherung ansetzen: Wie kann gewährleistet werden, dass möglichst viele JSG mit Bedarf eine Suchtberatung beginnen? Wodurch bleiben möglichst viele JSG kontinuierlich in der Maßnahme? Was ist zu tun, damit möglichst viele JSG das Maßnahmeziel erreichen?

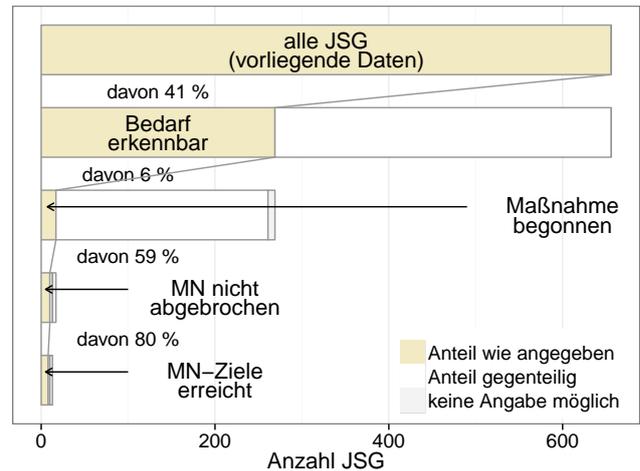
Verändert sich der Bedarf an Suchtberatung innerhalb der letzten Jahre? Die folgende Graphik zeigt den dokumentierten Bedarf im Längsschnitt.

Bedarf an Suchtberatung im Längsschnitt



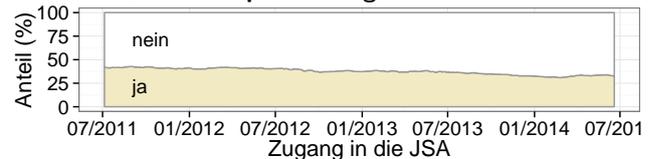
Der Anteil der JSG mit Bedarf an Suchtberatung ändert sich seit Anfang 2011 (Beginn der Datenerhebung) kaum.

Suchttherapie: Bedarf und Versorgung



Bei 40 % der JSG wird ein Bedarf an Suchttherapie festgestellt – auch diese Zahl zeigt die Bedeutung von Suchtmittelproblematiken im Jugendstrafvollzug auf. Eine Suchttherapie wird in der JSA bisher nicht angeboten. Wenn dennoch für einige JSG der Beginn einer Therapie dokumentiert wurde, ist damit vermutlich die „Motivationsstation Sucht“ der JSA gemeint. Dort bereiten sich Inhaftierte auf eine stationäre Therapie nach der Entlassung vor.

Bedarf an Suchttherapie im Längsschnitt



Die Häufigkeit, mit der Bedarf an Suchttherapie dokumentiert wird, nimmt in den letzten Jahren leicht ab.

Die folgenden beiden Diagramme beschreiben den von Fachdiensten eingeschätzten Behandlungsbedarf an Suchtberatung und Suchttherapie nach der Entlassung.

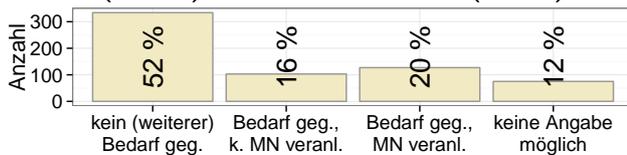
Suchtberatung: Behandlungsbedarf nach Entlassung gegeben und (weitere) Maßnahme veranlasst? (n=639)



Bei fast zwei Dritteln der JSG, für die eine Angabe vorliegt, ist nach der Entlassung ein (weiterer) Bedarf an Suchtberatung gegeben. Bei der Hälfte davon wurde eine solche Maßnahme veranlasst.

⁷Die Bedarfe an allen Maßnahmetypen und ihre Versorgung sind Thema der Ausgabe Nr. 2 von Daten & Dialog (März 2014).

Suchttherapie: Behandlungsbedarf nach Entlassung gegeben und (weitere) Maßnahme veranlasst? (n=639)



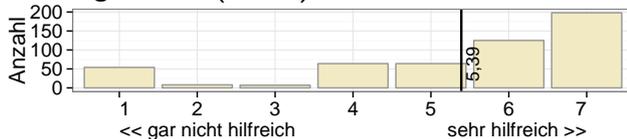
Bedarf an Suchttherapie nach der Entlassung wird für 40 % der JSG, für die eine Einschätzung vorliegt, festgestellt. Für über die Hälfte davon wurde eine solche Maßnahme veranlasst.

Die Behandlung der Suchtmittelproblematik sollte bei vielen JSG einen wichtigen Aspekt des Übergangsmangements darstellen.

Bewertung der Teilnahme an der Suchtberatung

Im Abgangsfragebogen erhalten die JSG die Gelegenheit, für verschiedene Angebote und Maßnahmen anzugeben, wie hilfreich sie diese finden.

Wie hilfreich finden Sie die Teilnahme an der Suchtberatung für das Ziel, dass die Inhaftierten nicht mehr straffällig werden? (n=520)

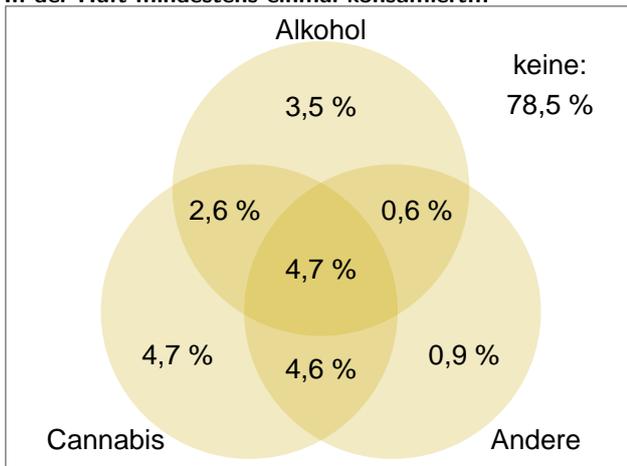


Die Suchtberatung wird von den meisten JSG als hilfreich, von vielen als sehr hilfreich bewertet. Wie in Daten & Dialog Nr. 3 berichtet wurde, wird die Suchtberatung auch im Vergleich zu anderen Maßnahmen als relativ hilfreich eingeschätzt.

Konsum von Suchtmitteln in Haft

Im Abgangsfragebogen werden die JSG gefragt, ob sie bestimmte Substanzen „in der Haft mindestens einmal konsumiert“ haben.

In der Haft mindestens einmal konsumiert...



Für jede der Substanzen Alkohol, Cannabis und andere Drogen geben mehr als 10 % an, sie in der Haft konsumiert zu haben (Summe der Prozentzahlen innerhalb jeweils eines Kreises). Cannabis wird am häufigsten genannt; vermutlich, weil es leichter in die JSA zu bringen und dort versteckt aufzubewahren ist als Alkohol, der meist selbst angesetzt wird, wobei das Verhältnis

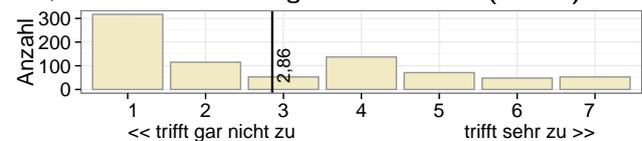
nicht einfach zu verstecken ist. Die Frage („in der Haft“) ist so gestellt, dass nicht sicher ist, ob der Konsum in der Jugendstrafvollzugsanstalt oder etwa während der U-Haft in einer anderen Anstalt geschah. Auch der Abgangsfragebogen wird nicht anonym ausgefüllt, sondern ist mit dem Namen des JSG versehen⁸; plausibel ist, dass tatsächlich einige JSG den Konsum fälschlich verneint haben, also das Dunkelfeld des Konsums in Haft größer ist.

Nach der Haft

Von 1065 JSG, die seit dem 1.1.2011 in die JSA kamen und diese bereits verlassen haben, wurde bei 31 JSG die Strafvollstreckung nach § 35 BtMG zurückgestellt. Das sind rund 3 %. Bei vielen weiteren JSG – hierzu liegen keine Zahlen vor – wird die Haftstrafe zur Bewährung ausgesetzt, mit der Auflage, eine stationäre Suchtentwöhnungstherapie zu absolvieren.

Gleichaltrige Bezugspersonen („Peers“) spielen für die Wahrscheinlichkeit von delinquentem Verhalten eine besondere Rolle. Im Abgangsfragebogen werden die JSG darum gefragt, ob sie nach der Entlassung vor allem mit Freunden zu tun haben, die Alkohol und Drogen konsumieren. Das folgende Diagramm zeigt die Antworten.

Ich habe nach der Entlassung vor allem mit Freunden zu tun, die Alkohol und Drogen konsumieren. (n=794)



Viele JSG verneinen die Aussage deutlich. Fast 40 % der JSG allerdings kreuzen die Mitte oder weiter in Richtung „trifft sehr zu“ an (Werte 4 bis 7). Damit erwartet ein erheblicher Teil der JSG bereits vor der Entlassung, dass er (wieder) in einen von Suchtmitteln geprägten Freundeskreis treffen wird.

Zusammenhänge mit Alter

Statistische Zusammenhänge zwischen dem Alter der JSG bei Zugang in die Anstalt auf der einen Seite und (jeweils einzeln) folgenden Merkmalen wurden untersucht, ergaben aber, dass keine bedeutsamen Zusammenhänge bestehen: (a) Alkoholproblematik laut Fachdiensten, (b) Drogenproblematik laut Fachdiensten, (c) Verantwortung von Suchtmitteln für die Straffälligkeit laut JSG, (d) Bedarf an Suchtberatung (Fachdienste) und (e) Konsum der Freunde, mit denen JSG nach der Entlassung zu tun haben (JSG).

Zusammenfassung und Fazit

Der übermäßige, zum Teil gefährliche Konsum von Suchtmitteln, auch von illegalen, gehört zum Alltag der meisten JSG. Bei über zwei Dritteln der JSG liegt laut Einschätzung der Fachdienste mindestens eine Alkohol- oder eine Drogenproblematik vor. Viele JSG geben auch selbst an, dass sie durch Suchtmittelkonsum Probleme

⁸Die einzelnen Befragungen geschehen nicht anonym, damit die Antworten gegenseitig zugeordnet werden können, um Zusammenhangsanalysen durchzuführen.

haben, und schreiben Suchtmitteln eine hohe Verantwortung für die eigene Straffälligkeit zu. Der eingeschätzte Bedarf an Suchtberatung ist enorm; nur ein Drittel der JSG mit Bedarf erreicht laut Einschätzung der Fachdienste die Ziele der Maßnahme. Auch der eingeschätzte Bedarf an Suchttherapie ist recht groß, allerdings wird diese in der JSA nicht angeboten; eine Maßnahme nach der Entlassung wird häufig veranlasst. Die Teilnahme an der Suchtberatung wird von den meisten JSG sehr positiv bewertet. Auch in der Haft werden Suchtmittel illegal konsumiert.

Eine Behandlung der Suchtmittelproblematik ist für einen Großteil der JSG zur Gesundheitsfürsorge angezeigt. Für viele JSG ist sie darüber hinaus notwendig, um das Vollzugsziel sicher zu erreichen. Dabei sollten verschiedene Rollen der Suchtmittel in der Entwicklung der Delinquenz unterschieden werden, um den JSG eine auf sie zugeschnittene Behandlung zu ermöglichen. Eine Typisierung wird oben vorgeschlagen. Um den verschiedenen Substanzen, Konsummustern und Rollen der Suchtmittel für die Delinquenz gerecht zu werden, bedarf es differenzierter Angebote sowie der Kombination von Angeboten von Sucht- und Kriminaltherapie.

Wir danken Frau Töpelt von der Suchtberatungs- und Behandlungsstelle Impuls für hilfreiche Anmerkungen zu einem Entwurf dieser Ausgabe.

Fragen, Anmerkungen, Ideen?

Wir freuen uns über Rückmeldungen zur Berichtsreihe allgemein oder zu einzelnen Ausgaben! Schreiben Sie an sven.hartenstein@jval.justiz.sachsen.de.

Infobox: Die Störungen „schädlicher Gebrauch“ und „Abhängigkeitssyndrom“ im ICD-10

Der Begriff „Suchtmittelproblematik“ ist nicht einheitlich definiert; mit ihm können leichtere Formen übermäßigen oder problematischen Konsums bis hin zu schwerer Abhängigkeit bezeichnet werden. Ab wann darf von einem Missbrauch oder einer Abhängigkeit gesprochen werden? Für solche klinischen Diagnosen werden im ICD-10, der internationalen Klassifikation psychischer Störungen, unter „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ u. a. der „schädlicher Gebrauch“ (oft „Missbrauch“ genannt) und das Abhängigkeitssyndrom („Sucht“) beschrieben. In der rechten Spalte sind die jeweiligen Kriterien aus dem ICD-10, die für eine Diagnose erfüllt sein müssen, zitiert. Eine solche klinische Diagnose dürfen nur Ärzte und approbierte, d. h. staatlich zugelassene Psychotherapeuten stellen.

(Quelle des folgenden Auszugs: WHO / Dilling et al. (Hrsg.) Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kap. V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien, 7. Aufl. 2010.)

schädlicher Gebrauch

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

Abhängigkeitssyndrom

- A. Drei oder mehr der folgenden Kriterien sollten zusammen mindestens einen Monat lang bestanden haben. Falls sie nur für eine kürzere Zeit gemeinsam aufgetreten sind, sollten sie innerhalb von zwölf Monaten wiederholt bestanden haben.
 1. Ein starkes Verlangen oder eine Art Zwang, die Substanz zu konsumieren.
 2. Verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch, d.h. über Beginn, Beendigung oder die Menge des Konsums, deutlich daran, dass oft mehr von der Substanz konsumiert wird oder über einen längeren Zeitraum als geplant oder an dem anhaltenden Wunsch oder an erfolglosen Versuchen, den Substanzkonsum zu verringern oder zu kontrollieren.
 3. Ein körperliches Entzugssyndrom, wenn die Substanz reduziert oder abgesetzt wird, mit den für die Substanz typischen Entzugssymptomen oder auch nachweisbar durch den Gebrauch derselben oder einer sehr ähnlichen Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.
 4. Toleranzentwicklung gegenüber den Wirkungen der Substanz. Für eine Intoxikation oder um den gewünschten Effekt zu erreichen, müssen größere Mengen der Substanz konsumiert werden, oder es treten bei fortgesetztem Konsum derselben Menge deutlich geringere Effekte auf.
 5. Einengung auf den Substanzgebrauch, deutlich an der Aufgabe oder Vernachlässigung anderer wichtiger Vergnügen oder Interessensbereiche wegen des Substanzgebrauchs; oder es wird viel Zeit darauf verwandt, die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich davon zu erholen.
 6. Anhaltender Substanzgebrauch trotz eindeutig schädlicher Folgen, deutlich an dem fortgesetzten Gebrauch, obwohl der Betreffende sich über die Art und das Ausmaß des Schadens bewusst ist oder bewusst sein könnte.