

Gesundheit und Sucht in Haft in Hamburg

6-Punkte-Papier vom Landesverband Hamburger Straffälligenhilfe e.V. und der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen e.V. (HLS)

Die Ausgangslage

Etwa 61.000 Menschen befanden sich in Deutschland zum Stichtag 31.03.2018 in Haft, wie das statistische Bundesamt erhoben hat. Dabei ist der Anteil der Geschlechter hier sehr unterschiedlich – nur etwa 6% aller Gefangenen sind Frauen.

Dabei lässt sich feststellen, dass die Thematik von Suchterkrankungen unter den Gefangenen sehr präsent ist. Rund 6500 Menschen wurden laut einer Statistik von Destatis in 2017 auf Grund von Straftaten nach dem Betäubungsmittelgesetz verurteilt, aber die Zahl derjenigen, die mit Sucht oder Suchtmittelmissbrauch zu kämpfen haben, ist deutlich höher: Eine bundeseinheitliche Erhebung zur Suchtproblematik im Justizvollzug, die 2017 durchgeführt wurde, kam zu dem Ergebnis, dass bei 44% aller Gefangenen eine Abhängigkeit oder ein Missbrauch von psychotropen Substanzen einschließlich Alkohol festgestellt werden konnten.

Im Drogen- und Suchtbericht 2019 der Bundesdrogenbeauftragten finden sich erstmals auch differenziertere Zahlen zu den Substanzen, von denen unter Gefangenen in Deutschland Abhängigkeiten bestehen: Etwa 32% der männlichen und 44% der weiblichen Gefangenen weisen multiplen Substanzgebrauch auf, d.h. sie konsumieren regelmäßig mehrere Substanzen in schädlicher Form und sind von mindestens einer davon auch abhängig. Bei 21% der männlichen und 11% der weiblichen Gefangenen mit Abhängigkeitsproblem lässt sich eine Alkoholabhängigkeit feststellen, 19% der männlichen und 34% der weiblichen Gefangenen mit Suchtproblem sind abhängig von Opioiden. Kokain und Cannabinoide folgen auf den Plätzen danach.

Sieht man sich die Situation nach Haftarten an, so ist die Problematik unter den nach Jugendstrafrecht Verurteilten am höchsten: 56% weisen eine Substanzabhängigkeit (27%) oder einen Substanzmissbrauch (29%) nach den Kriterien des ICD-10 auf.

Allerdings fallen all diese Zahlen sehr unterschiedlich aus, wenn man sie auf die Bundesländer heruntergebrochen ansieht, wie im Drogen- und Suchtbericht 2019 ebenfalls erläutert wird. Während in einigen Ländern nur etwa ein Viertel der männlichen Gefangenen eine Suchtproblematik aufweisen, gibt es andererseits auch welche, in denen die Quote zwei Drittel beträgt. Bei den weiblichen Gefangenen gehen die Quoten noch stärker auseinander: es gibt Länder, in denen für 10% der Frauen eine Suchtproblematik erfasst wurde, in anderen Bundesländern betrifft dies jede zweite Frau in Haft. Speziell auf Hamburg heruntergebrochen sind all diese Zahlen leider bisher nach Recherchen der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen e.V. nicht veröffentlicht.

Substitution in Haft

Speziell der Abhängigkeit von Opioiden lässt sich wirkungsvoll begegnen durch Substitutionsbehandlungen.

Gerade dann, wenn Drogen auch intravenös konsumiert werden, geht das zudem mit einem erhöhten Risiko einher, sich mit Infektionskrankheiten wie HIV oder Hepatitis C zu infizieren und die Krankheiten auch weiterzutragen. Unter Inhaftierten sind diese Infektionskrankheiten Untersuchungen der Deutschen Aidshilfe zufolge deutlich häufiger anzutreffen, als im Bevölkerungs-Gesamtdurchschnitt. Auch infizieren sich zahlreiche Gefangene nachweislich im Gefängnis.

Als einzige umfassender deutschlandweiter Überblick zur Substitutionsbehandlung in deutschen Gefängnissen lassen sich erneut die Untersuchung des statistischen Bundesamtes von 2018 sowie Statistiken aus dem WHO-Bericht „Gesundheitsvorsorge im Justizvollzug in europäischen Regionen“ – ebenfalls aus 2018 heranziehen. Die WHO zählte mit Stichtagserhebungen aus 2016 und 2017 etwa 4150 Menschen in Substitutionsbehandlung in deutschen Gefängnissen. Aus Niedersachsen und Brandenburg lagen dabei allerdings keine Daten vor. Für Hamburg sind in der WHO-Statistik etwa 150 Menschen in Substitutionsbehandlung aufgelistet.

Das statistische Bundesamt geht davon aus, dass allerdings ein größerer Teil von Menschen – nämlich etwa 6000 – bei Haftantritt die Kriterien einer Substanzabhängigkeit in einer Form erfüllen, die eine Substitutionsbehandlung sinnvoll erscheinen lassen.

In einer Anfrage mit Drucksachenummer 19/5225 der Partei Die Linke wurde auch danach gefragt, in wie vielen Fällen eine Substitution mit Diamorphin stattfindet. Nach Auskunft der Bundesregierung gibt es dazu zwar keine separaten Statistiken, aber generell darf demnach nur mit dem Stoff substituiert werden, wenn Einrichtungen dazu die Erlaubnis der zuständigen Landesbehörde erhalten haben. Eine generelle gesetzlich geregelte Erlaubnis zur Substitution mit Diamorphin gibt es demnach nur in Baden-Württemberg.

Politische Positionierung

Generell fällt eine politische Positionierung zum Thema „Gesundheit und Sucht in Haft“ recht schwer, da die Datenlage, wie in den vorherigen Absätzen erläutert, ziemlich dünn und teilweise lückenhaft ist. Zudem hat das Thema sehr viele verschiedene Aspekte – z.B. von den verschiedenen Behandlungsmethoden bei Alkohol- oder Opiatabhängigkeit bis hin zu einem guten Entlassungsmanagement. Die Hamburgische Landesstelle für Suchtfragen e.V. (HLS) hat sich in ihrem 19-Punkte-Forderungspapier aus dem Oktober 2019 nur in einem Punkt zum Thema „Sucht in Haft“ positioniert: In Bezug auf den §35 Abs. 1 des Betäubungsmittelgesetzes („Therapie statt Strafe“) fordert sie, dass dieser in Hamburg auch für Substitutionspatient*innen Anwendung finden müsse, was bisher in der Rechtsprechung des Bundeslandes nicht der Fall ist.

Bundesweit haben sich zu Beginn des Jahres 2018 unterschiedlichste Akteur*innen wie die Deutsche AIDS-Hilfe, akzept e.V., die DG Sucht oder auch der Dachverband substituierender Ärzte auf ein 6-Punkte-Eckpapier Haft geeinigt, das unter dem Motto „Prison Health is „Public Health“ verschiedene Punkte auflistet, die in Bezug auf Sucht in Haft verbesserungswürdig sind.

An dieses Papier angelehnt formulieren der Hamburger Fürsorgeverein von 1948 e.V. und die HLS hier auch ihre Forderungen an die politischen Akteur*innen speziell in Hamburg. Dabei ist stets mitgedacht, dass Hamburg in seiner Rolle als Bundesland auch in bundesweiten Gremien politisch Einfluss nehmen kann und sollte!

1. Äquivalenzprinzip umsetzen - Kontinuität von Behandlung auch in Haft gewährleisten

Gemäß Richtlinie der Bundesärztekammer „soll die Kontinuität der (Substitutions-) Behandlung durch die übernehmende Institution (Haftanstalt) sichergestellt werden“. Dabei sollten die medizinischen Leistungen in Haft gleichwertig denen der gesetzlichen Krankenversicherung in Freiheit sein.

Inhaftierte sind allerdings nicht in der gesetzlichen Krankenkasse versichert. Ihre Behandlungen und Gesunderhaltung sind im gesamten Bundesgebiet stets alleinige Aufgabe der Justiz. Justizministerien fällt es dabei offensichtlich schwer, öffentlich Gelder für die bessere Gesundheitsversorgung von Inhaftierten einzufordern, um damit alle Behandlungsformen abdecken zu können, die auch von den Gesetzlichen Kassen übernommen werden. Aus unserer Sicht sollte sich Hamburg daher dafür stark machen, dass Inhaftierte in die gesetzliche Kasse mit einbezogen werden und ihre Behandlungskosten auch in Haft damit von den Kassen übernommen werden. Damit wird die Gesunderhaltung von Inhaftierten zu einer über die Justizbehörde hinausgehenden gemeinsamen Aufgabe.

Auch wenn die Substitutionsbehandlung in Haft in Hamburg nach den vorliegenden Rückmeldungen durch ehemals Inhaftierte recht gut läuft, so gibt es doch Probleme mit der Kostenübernahme von Medikamenten und Behandlungen in anderen Bereichen. Außerdem ist unklar, inwiefern in Hamburg eine Substitution auch mit Diamorphin im Bedarfsfall durchgeführt wird. Hierzu sind regelhafte Informationen durch die Justizbehörde wünschenswert.

Das Bundesland sollte sich zudem bundesweit im Rahmen seiner Möglichkeiten dafür einsetzen, dass es eine vollständige Umsetzung des Äquivalenzprinzips in Haft überall in Deutschland gibt, was sich aus unserer Sicht am besten dadurch verwirklichen lässt, dass Inhaftierte über die gesetzlichen Kassen versichert sind. Sofern es Hamburg rechtlich möglich ist, dies als Modellprojekt möglicherweise erst einmal nur in Hamburg umzusetzen, sollte das schnellstmöglich in Angriff genommen werden.

2. Reduktion von Handel mit Opioiden in Haft und Reduktion der Ausbreitung von Infektionskrankheiten

Teilen sich Inhaftierte Konsumutensilien, so ist die Gefahr der Ansteckung mit Infektionskrankheiten hoch. In dem 6-Punkte-Papier zur Gesundheit in Haft durch verschiedenste bundespolitische Akteur*innen wird davon gesprochen, dass die Rate von mit HIV oder Hepatitis C Infizierten in Haft bis zu 200-mal höher sei, als in der Allgemeinbevölkerung.

Die Haftanstalten können somit als Hauptmultiplikatoren dieser Krankheiten gelten, die sich eigentlich heutzutage effektiv und wirkungsvoll behandeln lassen. Doch die Behandlungsrate in Haft ist sehr niedrig. Wie die Ziele des Bundesprogramms „BIS 2030 – Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen“ erreicht werden sollen, so lange keine zusätzlichen Mittel für die Prävention und Behandlung der Inhaftierten, aber auch anderer nicht-krankenversicherter Gruppen zur Verfügung gestellt werden, erscheint unklar.

Etwa 30% aller Drogenabhängigen mit Hafterfahrung bejahten nach einer Studie des Robert Koch Institutes in 2016, dass sie auch in ihrer Zeit im Gefängnis intravenös Drogen konsumiert hätten. Auch wenn dies natürlich zu unterbinden versucht wird, so ist es nach unserer Einschätzung illusorisch zu glauben, dass es in Deutschland komplett drogenfreie Gefängnisse gibt oder geben wird.

Substitutionsbehandlungen für alle dafür in Frage kommenden Inhaftierten und mit allen gängigen Substituten sind aus unserer Sicht ein Weg, um die Rate der intravenösen Konsumvorgänge in Haft zu senken. Darüber hinaus müssen aus unserer Sicht außerdem aber risikominimierende Maßnahmen wie Spritzentausch angeboten werden.

Zudem muss die medikamentöse Behandlung von Hepatitis C und HIV auch in Haft ermöglicht werden. All das, was die Krankenkassen in Freiheit übernehmen, soll Inhaftierten gemäß Äquivalenzprinzip auch in Haft zustehen.

3. Todesfälle nach Haftentlassung durch besseres Übergangsmanagement vermeiden

Gerade direkt nach der Entlassung aus der Haft haben Opioid-Abhängige häufig Probleme, ihren Opioid-Gebrauch in kontrollierter Form weiterzuführen. Einerseits wissen sie häufig nicht mehr einzuschätzen, wie „der Markt gerade tickt“ und welchen Reinheitsgrad die Stoffe wirklich haben, die sie in Freiheit von Dealern erwerben können. Auch haben sie kein Gefühl mehr dafür, wie sich der Körper auf Substanzen im Vergleich zu einem in Haft möglicherweise erhaltenen Substitut verhält. Es kommt aus diesen Gründen immer wieder speziell nach der Haftentlassung zu Todesfällen durch Überdosierungen.

Wurden Menschen in Haft substituiert, sollte es selbstverständlich Ziel sein, dass die Substitution auch im Anschluss an die Haft nahtlos weitergeht. Ein Problem, das damit einher geht, ist allerdings die Frage der sofortigen Substitut-Verfügbarkeit. Wer aus der Haft entlassen wird, braucht in Freiheit sofort den Krankenversicherungsschutz und einen substituierenden Arzt oder eine Ärztin verfügbar, um die Anschlussbehandlung zu gewährleisten. Ansonsten besteht die Gefahr, dass Betroffene auf illegale Substanzen zurückgreifen und es dann auch zum beschriebenen Problem der Überdosierung kommen kann.

Wir plädieren daher dafür, dass der Krankenversicherungsschutz und Kontakte zu substituierenden Ärzten im Rahmen des Übergangsmanagements zum Zeitpunkt der Entlassung geregelt sind. Insgesamt brauchen Menschen mit Suchterkrankung einen

sanften Übergang ins Hilfesystem in Freiheit – dass sie nahtlos in vernünftigen Wohnraum sowie Angebote der Suchtkrankenhilfe und gute Betreuung entlassen werden, muss selbstverständlich sein.

Über die Frage von Krankenversicherungsschutz, gutem Übergangsmanagement in einen geregelten Alltag in Freiheit und Ärzteverfügbarkeit hinaus erscheint uns die regelhafte Schulung in der Anwendung des Notfall-Medikaments Naloxon für in Freiheit zu entlassende Häftlinge sowie deren Angehörige als ein wichtiger und sinnvoller Baustein, um das Entlassungsmanagement zu verbessern. Seit Beginn des Jahres 2018 ist Naloxon auch in Form von Nasenspray auf dem deutschen Markt verfügbar und seitdem deutlich einfacher anzuwenden als in der intravenösen Verabreichungsform. Erste Modellprojekte mit Schulungen zum Umgang mit diesem Medikament in anderen deutschen Bundesländern laufen bereits erfolgreich.

4. Stigmatisierung von Suchtkranken beenden

Sucht ist seit über 50 Jahren medizinisch als chronische Krankheit anerkannt. Die Rechtsprechung eines Arbeitsgerichtes 1968 gilt dabei als Meilenstein, da das Gericht einem Suchtkranken damals das Recht auf Lohnfortzahlung für den Zeitraum der Behandlung zugestand und die Erkrankung dadurch mit anderen Erkrankungen gleichstellte.

Medizinisch Kranke brauchen gute Hilfe und Beratung. Eine Kriminalisierung derer, die illegalisierte Substanzen regelmäßig konsumieren, erscheint uns nicht zielführend, um hier gute Zugänge zu gewährleisten. Hilfe statt Repression sollte aus unserer Sicht der Ansatz sein.

In der Bevölkerung wird der Suchtbehandlung im Vergleich mit anderen Gesundheitsproblemen nach unserem Eindruck allerdings eher eine niedrige Priorität beigemessen, obwohl Suchtkrankheiten das Leben der Betroffenen, ihrer Angehörigen und ihres sozialen Umfeldes erheblich schädigen. Doch die Vorstellung davon, ein Suchtkranker sei „selbst schuld“ und einfach „zu schwach“, ist immer noch weit verbreitet. Stigmatisierung löst jedoch keine Probleme, sondern macht sie nur noch größer und isoliert Menschen, die dringend Unterstützung und Hilfe benötigen.

Wir fordern daher, dass ein Konzept oder Programm für den stigmafreen Umgang mit Suchtkrankheiten gemeinsam von Politik, Verbänden und Suchthilfeträgern entwickelt und gefördert wird. Hamburg kann hierfür mit einem Runden Tisch den Aufschlag machen und das Anliegen, eine umfassende Strategie zur Entstigmatisierung von Suchterkrankungen auch auf die Bundesebene tragen.

Der §35 BtMG Abs 1 („Therapie statt Strafe“) ist ein vernünftiger Ansatz, um Menschen, deren delinquente Handlung auf eine Suchterkrankung zurückzuführen sind, wirksam in Therapie zu vermitteln. Wir fordern die Justizbehörde in Hamburg auf, eine entsprechende Anweisung zu erlassen, die besagt, dass dieser Paragraph auch für Substitutionspatient*innen Anwendung finden müsse, ohne dass Abstinenz vom

Substitut als Ziel definiert wird. Das ist offenbar bisher in der Rechtsprechung des Bundeslandes nicht der Fall.

5. Suchtkranke in Haft umfassend behandeln:

Nichtbehandlung schadet: Ein public health – Ansatz wie das Bundesprogramm „BIS 2030 – Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen“ betont die Bedeutung der Gefangenenpopulation bei der Bekämpfung von Infektionen.

Hier sind Menschen über einen festen Zeitraum für das Gesundheitssystem erreichbar. können beraten, geimpft und behandelt werden. Außerdem kann durch eine Behandlung vermieden werden, dass in Haft oder danach in Freiheit weitere Ansteckungen passieren.

Wir zweifeln an, dass die Ziele des Bundesprogrammes erreicht werden können, so lange keine zusätzlichen Mittel für die Prävention und Behandlung der Inhaftierten, aber auch anderer nicht-krankenversicherter Gruppen zur Verfügung gestellt werden. Inhaftierte müssen Zugang zu allen notwendigen Impfungen und Behandlungen (insbesondere HepC, hier sind 20% der Inhaftierten betroffen) erhalten.

Hier sollte Hamburg mit gutem Beispiel vorangehen und die Behandlung von Infektionskrankheiten bei Inhaftierten durch Initiativen auf Bundesebene befördern oder die Kosten vor Ort in Hamburg sogar selbst übernehmen so lange es keine bundeseinheitlichen Lösungen gibt.

6. Mehr Wissen über Sucht in Haft schaffen!

Auch wenn einige Studien und Erhebungen zur Versorgungssituation von Suchtkranken in Haft vorliegen, so fehlen doch flächendeckende Zahlen und systematische Erforschung – vor allem auch auf Hamburg heruntergebrochen. Aus zahlreichen Statistiken, die bundesweit veröffentlicht wurden, geht nicht genau hervor, auf die Zahlen welcher Bundesländer sie sich stützen und wie die Zahlen in den einzelnen Bundesländern aussehen.

Mit der „Bundeseinheitlichen Erhebung zur Suchtproblematik im Justizvollzug“ ist zwar bereits eine Basis gelegt, die in Hamburg bisher aber nicht umgesetzt und hinterher veröffentlicht wird. Erst eine umfassende bundesweite und nach Ländern differenzierte Erhebung über Zahlen von Suchterkrankungen und Behandlungsformen schafft Klarheit über die Situation süchtiger Inhaftierter und bietet Ansatzmöglichkeiten.

Hier sollte Hamburg sich dafür stark machen, die Datenerhebung und –veröffentlichung zum Thema „Sucht in Haft“ bundesweit zu verbessern, um ein realistisches Bild der Situation zu haben und an Schwachstellen konstruktiv arbeiten zu können. Außerdem fordern wir von der Hamburger Justizbehörde eine jährliche Veröffentlichung der Daten zum Thema „Sucht in Haft“ in der Hansestadt.

Es gilt allgemein: Verantwortung übernehmen!

Die Behandlung von Suchterkrankungen in Haft und die Bekämpfung der Infektionskrankheiten sind nicht allein Aufgabe der Justizvollzugsanstalten: Gesundheitsbehörden, Justizbehörden, Pharmaunternehmen, Suchtkrankenhilfe und Medizin müssen gemeinsam aktiv werden, um die Ziele des „Bis 2030“ auch nur annähernd zu erreichen. Und nicht zuletzt, um eine wirksame Resozialisierung und damit eine lebenswertere Gesellschaft für uns alle zu erreichen. Wir sind bereit dazu!

- *Stand: Juli 2020* -