

Kleine Anfrage

der Abgeordneten Niema Movassat, Dr. André Hahn, Gökay Akbulut, Sylvia Gabelmann, Ulla Jelpke, Dr. Achim Kessler, Katja Kipping, Jutta Krellmann, Cornelia Möhring, Amira Mohamed Ali, Kersten Steinke, Friedrich Straetmanns, Dr. Kirsten Tackmann, Harald Weinberg, Sabine Zimmermann (Zwickau) und der Fraktion DIE LINKE.

Schadensmindernde Maßnahmen beim intravenösen Drogenkonsum im Strafvollzug

Im Jahr 2017 befanden sich zum Stichtag des 30. November über 73 000 Gefangene und Verwahrte in den deutschen Justizvollzugsanstalten (www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Rechtspflege/StrafverfolgungVollzug/BestandGefangeneVerwahrtePDF_5243201.pdf?__blob=publicationFile). Unter denjenigen, die in den Justizvollzugsanstalten eine Freiheitsstrafe verbüßen, sind etwa 6 500 Menschen wegen Straftaten nach dem Betäubungsmittelgesetz verurteilt worden (Stand vom 31. März 2017: www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Rechtspflege/StrafverfolgungVollzug/Strafvollzug2100410177004.pdf;jsessionid=466E5E42A384CFF9EDE68308FE757352.InternetLive2?__blob=publicationFile). Die Anzahl der Inhaftierten, die eine Drogenabhängigkeit aufweisen, dürfte aber wesentlich höher sein. Das lassen kürzlich veröffentlichte Zahlen aus dem bayrischen Justizministerium vermuten, denn in Bayern ist jeder vierte Strafgefangene bei Haftantritt drogenabhängig (www.welt.de/regionales/bayern/article181260520/Jeder-vierte-Knast-Neuling-ist-drogenabhaengig.html). Bekannt ist zudem, dass etwa 30 Prozent der Drogenabhängigen mit Hafterfahrung bejahen, auch während ihrer Haftzeit intravenös (i. v.) Drogen konsumiert zu haben (RKI 2016: Drogen und chronische Infektionskrankheiten in Deutschland – DRUCK-Studie, S. 69). Die Abhängigkeit von Opiaten gilt allgemein als „schwere chronische Krankheit“ (Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger 2017, S. 6).

Der i. v. Drogenkonsum birgt auch in Freiheit viele Risiken, wie die einer Überdosis oder der Ansteckung mit Infektionskrankheiten. In Haft allerdings steigt das Risiko, sich mit HIV oder Hepatitis C (HCV) zu infizieren, erheblich – im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung sogar um das 20- bis 30-fache (www.aidshilfen.de/CMS/newsletter/upload/01_NL_ahnrw/2010/2010_03_17_NL_06/20100120_keppler_etal_prison_health.pdf) –, denn die meisten Konsumvorgänge erfolgen mit bereits benutzten und geteilten Konsumutensilien.

Schadensmindernde Maßnahmen (Harm Reduction) könnten dem entgegenwirken. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) stellt fest: „Als wirksamer Ansatz zur Prävention von HIV und Hepatitis hat sich ein Paket von schadensmindernden Maßnahmen (Harm Reduction) erwiesen, das u. a. Nadel- und

Spritzenaustauschprogramme und Drogensubstitutionstherapien einschließt“ (BIS 2030 – Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen, S. 25/26).

In den deutschen Haftanstalten fehlt allerdings die Umsetzung. Der vom BMG geförderte REITOX-Bericht konstatiert diesbezüglich: „Besonders schlecht ist die Versorgung in Gefängnissen“ (DBDD 2017: Kurzbericht – Situation illegaler Drogen in Deutschland. Basierend auf dem REITOX-Bericht 2017 an die EBDD, S. 5). Der Zugang zu sterilen Konsumutensilien – als Maßnahme zur Harm Reduction – scheint in Justizvollzugsanstalten nicht gesichert. So erläutert die Bundesregierung 2016, ihr sei „lediglich bekannt, dass es in der Frauenhaftanstalt Lichtenberg in Berlin einen Spritzenautomaten gibt“ (Bundestagsdrucksache 18/10047).

Zum Thema Substitution in Haft fassen die Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestages zusammen: „Die sehr hohe Zahl von Drogenabhängigen in deutschen Haftanstalten spiegelt sich in keiner Weise in der Zahl der Substituierten wider. Entgegen der ausdrücklichen Vorgaben der Richtlinie der Bundesärztekammer erfolgt in den meisten Fällen bei Inhaftierung ein Abbruch der in Freiheit begonnenen Behandlung“ (WD 9 – 3000 – 049/16). Dabei stellt die Substitutionsbehandlung für viele Opiatabhängige ein bewährtes Mittel zum Ausstieg aus Kriminalität und zur Aufrechterhaltung der körperlichen und psychosozialen Gesundheit dar.

Fehlende schadensminimierende Maßnahmen wirken dem Strafvollzugsziel entgegen. In ständiger Rechtsprechung verweist das Bundesverfassungsgericht auf das Resozialisierungsziel des Strafvollzugs. Aus diesem Ziel werden drei Grundsätze für den Strafvollzug hergeleitet. Der Angleichungsgrundsatz besagt, dass das Leben im Vollzug den allgemeinen Lebensverhältnissen soweit wie möglich angeglichen werden muss. Der Gegenwirkungsgrundsatz beinhaltet, dass der Staat, in dessen Obhut sich die Gefangenen befinden, den schädlichen Folgen des Freiheitsentzuges entgegenwirken muss. So sollen die schädlichen Nebenfolgen, die den Gefangenen lebensuntüchtig machen, vermieden werden. Des Weiteren bestimmt der Eingliederungsgrundsatz, dass der Vollzug darauf auszurichten ist, dass er dem Gefangenen hilft, sich in das Leben in Freiheit einzugliedern (Köhne: Drogenkonsum im Strafvollzug. Zeitschrift für Rechtspolitik. 43(7)). Inwiefern diese Grundsätze und damit die Resozialisierung in Gänze mit mangelnden Maßnahmen zur Harm Reduction vereinbar sind, ist fraglich.

Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte entschied schon 2016, dass die Ablehnung einer Substitutionsbehandlung seitens deutscher Vollzugsbehörden gegen Artikel 3 der Europäischen Menschenrechtskonvention – Verbot der unmenschlichen Behandlung – (EMRK) verstößt. Gemäß Artikel 3 der EMRK hat der Konventionsstaat dem Gefangenen eine notwendige und angemessene medizinische Hilfe und Behandlung zur Verfügung zu stellen. Diese angemessene medizinische Versorgung in einer Haftanstalt muss vergleichbar damit sein, was der Staat der Bevölkerung insgesamt an medizinischer Versorgung zur Verfügung stellt. Dieser Schutzpflicht ist Deutschland nicht nachgekommen (<http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-165758>). Dass der Strafvollzug seit der Föderalismusreform von 2006 der Gesetzgebungskompetenz der Länder untersteht, entlässt nach Ansicht der Fragesteller den Bund nicht aus seiner Verantwortung.

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung die Anzahl der suchtmittelabhängigen Inhaftierten bzw. Verwahrten 2016, 2017 und 2018 am jeweiligen Stichtag der bundeseinheitlichen Erhebung zur stoffgebundenen Suchtproblematik im Justizvollzug (bitte nach Hauptsubstanz, Art des Freiheitsentzugs und Geschlecht auflisten)?

2. Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung die Anzahl der Inhaftierten bzw. Verwahrten mit Suchtmittelmissbrauch 2016, 2017 und 2018 am jeweiligen Stichtag der bundeseinheitlichen Erhebung zur stoffgebundenen Suchtproblematik im Justizvollzug (bitte nach Hauptsubstanz, Art des Freiheitsentzugs und Geschlecht auflisten)?
3. Inwiefern hält die Bundesregierung drogenfreie Haftanstalten für erreichbar, und welche Rückschlüsse zieht sie daraus für die Bewertung von schadensminimierenden Maßnahmen?
4. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über die Zahl von Menschen, die in Haft erstmals Drogen konsumieren und ggf. eine Abhängigkeit entwickeln (bitte nach Hauptsubstanz und Geschlecht auflisten)?
5. Schließt sich die Bundesregierung der Definition der Bundesärztekammer an, dass eine Opiatabhängigkeit eine schwere chronische Krankheit ist?
6. Wie bewertet die Bundesregierung die Substitutionsbehandlung in Justizvollzugsanstalten?
7. Stellt nach Ansicht der Bundesregierung die Substitutionstherapie eine „angemessene und notwendige“ medizinische Behandlung in Gefängnissen dar?
8. Welche Vorkehrungen hat die Bundesregierung nach der Entscheidung des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte (EGMR, Urt. v. 1. September 2016 – 62303/13 – Wenner/Deutschland) getroffen, eine Substitutionstherapie zu gewährleisten?
9. Inwiefern unterstützt der Bund die Länder im Hinblick auf die Angebote der Substitutionstherapie?
10. Wie viele Menschen befanden sich 2016 bis 2018 während ihrer Haft in Substitution (bitte jährliche Zahlen zum Stichtag auflisten)?
 - a) Wie viele dieser Personen werden jeweils mit Methadon bzw. Polamidon oder Buprenorphin substituiert (bitte nach Geschlecht auflisten)?
 - b) Wie viele dieser Personen befinden sich jeweils in einer diamorphingestützten Behandlung (bitte nach Geschlecht auflisten)?
11. In wie vielen Justizvollzugsanstalten gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung zu den jeweiligen Stichtagen keine Personen in Substitution (bitte nach Bundesländern auflisten)?
12. In wie vielen Justizvollzugsanstalten gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung keine Substitutionstherapie (bitte nach Bundesländern auflisten)?
13. In wie vielen Justizvollzugsanstalten gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung keine Substitutionstherapie mit Diamorphin (bitte nach Bundesländern auflisten)?
14. Inwiefern sind fehlende Substitutionsprogramme nach Ansicht der Bundesregierung damit vereinbar, dass die Lebensverhältnisse im Strafvollzug den allgemeinen Lebensverhältnissen soweit wie möglich angepasst werden sollen (Angleichungsgrundsatz)?
15. Inwiefern ist der durch Haftantritt verursachte Abbruch einer Substitutionsbehandlung der in ICD-10 F11.2 klassifizierten Opiatabhängigkeit nach Ansicht der Bundesregierung mit dem Gegenwirkungsgrundsatz vereinbar?
16. Wie viele Menschen müssen nach Kenntnis der Bundesregierung jedes Jahr mit Haftantritt ihre Substitutionstherapie abbrechen (bitte für den Zeitraum 2004 bis 2018 und nach Geschlecht auflisten)?
17. Wie hoch war nach Kenntnis der Bundesregierung die jährliche Anzahl der medizinisch begleiteten Entgiftungen im Jahr 2016 und 2017 (bitte nach Geschlecht auflisten)?

18. Wie viele Drogentote sind nach Kenntnis der Bundesregierung jährlich in Justizvollzugsanstalten zu verzeichnen (bitte für den Zeitraum 2007 bis 2017 und nach Geschlecht auflisten)?
19. Wie viele Justizvollzugsanstalten verfügen nach Kenntnis der Bundesregierung über Naloxon als Notfallmedikament gegen Opioid-Überdosen?
20. Bei wie vielen Inhaftierten erfolgt nach Kenntnis der Bundesregierung jährlich die Entlassung in eine stationäre bzw. ambulante Suchtentwöhnungsbehandlung im Rahmen der Zurückstellung der Strafvollstreckung nach § 35 des Betäubungsmittelgesetzes (bitte für den Zeitraum 2003 bis 2017 und nach Geschlecht auflisten)?
21. Wie interpretiert die Bundesregierung diese Zahlen?
22. Welches Ziel hat der Strafvollzug nach Auffassung der Bundesregierung?
23. Wie ist mit diesem Ziel vereinbar, dass das Ansteckungsrisiko von HIV und HCV im Strafvollzug deutlich höher ist als außerhalb des Strafvollzugs, obwohl es sich durch schadensmindernde Maßnahmen reduzieren ließe?
24. Wie viele Menschen stecken sich nach Kenntnis der Bundesregierung jährlich in Haft mit HIV oder HCV an (bitte für den Zeitraum 2007 bis 2017 und nach Geschlecht auflisten)?
25. Welche schadensreduzierenden Maßnahmen lassen sich nach Kenntnis der Bundesregierung in Haftanstalten durchführen?
26. Liegen der Bundesregierung neue Erkenntnisse vor, in wie vielen Justizvollzugsanstalten – außer der Frauenhaftanstalt Lichtenberg – Spritzenaustauschprogramme oder Spritzenautomaten angeboten werden?
27. Inwiefern erfüllt nach Ansicht der Bundesregierung der Staat aufgrund fehlender Spritzenaustauschprogramme seine Aufgabe nicht, dass
 - a) für die körperliche und geistige Gesundheit der Gefangenen – in diesem Falle von i. v. Drogenkonsumenten – zu sorgen ist, und
 - b) den Gefangenen eine Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln zu gewährleisten ist, wenn diese notwendig sind, eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen?
28. Welche weiteren schadensreduzierenden Maßnahmen werden nach Kenntnis der Bundesregierung in deutschen Haftanstalten durchgeführt (bitte wenn möglich Daten zur Häufigkeit angeben)?
29. Inwiefern widerspricht nach Ansicht der Bundesregierung die Situation, dass i. v. Drogenkonsumenten den in Freiheit praktizierten Safer Use (durch Nutzung von sterilen Konsumutensilien und Drogenkonsumräumen) in Haft nicht fortsetzen können, dem Gegenwirkungsgrundsatz, demzufolge schädlichen Folgen des Freiheitsentzuges entgegenzuwirken ist?
30. Inwiefern widersprechen nach Ansicht der Bundesregierung die mangelnden Maßnahmen zur Harm Reduction dem Vollzugsziel, dass die Gefangenen fähig werden, künftig in sozialer Verantwortung ein Leben ohne Straftaten zu führen?

Berlin, den 25. September 2018

Dr. Sahra Wagenknecht, Dr. Dietmar Bartsch und Fraktion