

Große Anfrage

der Abgeordneten Peter Zamory, Lena Zagst, Eva Botzenhart, Filiz Demirel, Mareike Engels, Alske Freter, Linus Görg, Michael Gwosdz, Dr. Adrian Hector, Britta Herrmann, Sina Imhof, Jennifer Jasberg, Lisa Kern, Sina Aylin Koriath, Sonja Lattwesen, Christa Möller-Metzger, Lisa Maria Otte, Dr. Gudrun Schittek, Yusuf Uzundag (GRÜNE) und Fraktion

und

der Abgeordneten Urs Tabbert, Claudia Loss, Milan Pein, Dr. Christel Oldenburg, Arne Platzbecker, Olaf Steinbiß, Sarah Timmann, Carola Veit (SPD) und Fraktion vom 21.06.23

und Antwort des Senats

Betr.: Gesundheitsversorgung und Suchtkrankenhilfe verbessern sowie Infektionsrisiko für Strafgefangene reduzieren

Etwa die Hälfte aller erwachsenen Strafgefangenen wird nach ihrer Entlassung aus der Haft erneut straffällig. Bei Jugendlichen belaufen sich die Zahlen auf über die Hälfte. Nur wer gesund und ohne Suchtdruck in die Freiheit entlassen wird, kann erfolgreich ein straffreies Leben nach der Haft führen. Dies hängt jedoch davon ab, ob die Strafgefangenen eine entsprechende Diagnose, Suchtberatung sowie in der Folge medizinische sowie psychotherapeutische Therapie bekommen. Nur dann kann der Kampf gegen die Sucht und demnach gegen die Illegalität sowie Kriminalität gewonnen werden. Infolgedessen ist es von besonderer Bedeutung, dass Strafgefangene während ihrer Zeit in der Haft clean bleiben oder es werden.

*Die Stadt Hamburg fördert mittels Zuwendungen außerhalb der Justizvollzugsanstalten Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe. Alle Bürger*innen können sich an jede Beratungsstelle in der Stadt wenden und eine kostenfreie sowie suchtmittelübergreifende Beratung erhalten. Die medizinischen Leistungen für Strafgefangene in Justizvollzugsanstalten müssen nach einem Urteil des Europäischen Gerichtshofs gleichwertig mit den Leistungen in Freiheit sein.*

Schätzungsweise sind 30 Prozent aller Strafgefangenen in Deutschland abhängig von intravenös konsumierten Drogen, der Anteil unter den weiblichen Strafgefangenen liegt bei etwa 50 Prozent. Weiterhin berichtet die DRUCK-Studie des Robert Koch-Instituts von 2016, dass ein Teil der Strafgefangenen während der Haftzeit rückfällig und ein anderer Teil überhaupt drogenabhängig wird. Nach Drs. 22/6318 waren im Jahr 2020 in Hamburg 93 Prozent der Strafgefangenen Männer (4.859 Personen) und 7 Prozent der Strafgefangenen Frauen (323 Personen).

Keine Justizvollzugsanstalt in Deutschland ist drogenfrei. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ist jedoch die Anzahl der Drogen konsumierenden Personen in Justizvollzugsanstalten besonders stark ausgeprägt. Auch die

Zahl der Strafgefangenen mit Infektionskrankheiten wie HIV und Hepatitis C ist deutlich höher als im Durchschnitt der Bevölkerung. Aufgrund dessen sollten insbesondere in Justizvollzugsanstalten die Behandlung mit legalen Ersatzstoffen, die Behandlung von Infektionskrankheiten sowie psychotherapeutische Maßnahmen gewährleistet sein.

*Nach der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituti-
onsgestützten Behandlung wird Opioidabhängigkeit als „eine schwere chro-
nische Krankheit“ definiert. Weiterhin muss eine Suchterkrankung, der eine
Opioidabhängigkeit zugrunde liegt, ein Leben lang behandelt werden – auch
nach der Entlassung aus der Haft. Nur mit einer entsprechenden medizi-
nisch-therapeutischen Begleitung kann eine gesundheitliche sowie soziale
Stabilisierung gewährleistet werden. Insbesondere für Personengruppen, die
einen schlechteren Zugang zum Gesundheitssystem und zu Behandlungsin-
formationen haben, muss es ein Entlassungsmanagement geben, das den
Übergang zwischen der freien Heilfürsorge und dem gesetzlichen Versiche-
rungssystem nach der Haft organisatorisch unterstützt.*

*Strafgefangene gelten als eine besonders gesundheitlich vulnerable Gruppe.
Bereits vor der Haft leidet ein Großteil der Strafgefangenen an psychischen
Erkrankungen, mit einer Inhaftierung steigt dann das Risiko, an Infektions-
und Suchterkrankungen zu leiden. Psychische Erkrankungen, Drogenkon-
sum und die Inhaftierung sind eng miteinander gekoppelt. Für Strafgefange-
ne ist die Wahrscheinlichkeit doppelt so hoch, sich mit Infektionskrankheiten
anzustecken, als für den Rest der allgemeinen Bevölkerung. Laut der AIDS
Society ist der Anteil der HIV-Erkrankten in Justizvollzugsanstalten 20-mal
höher als in der übrigen Bevölkerung. Nach dem umfangreichen Forschungs-
programm zur HIV-Prävention der Europäischen Union „Harm reduction and
continuity of care in prisons“ können bereits leicht umsetzbare Ansätze zu
einer Infektionsminimierung führen. Exakte Daten können allerdings nur
erhoben werden, wenn nicht nur bei Haftantritt, sondern auch bei der Entlas-
sung der HIV-Status getestet wird.*

*Die Behandlung von Hepatitis C ist mittlerweile effektiv und kann nach nur
wenigen Wochen Personen, die an Hepatitis C erkrankt sind, heilen. Die
WHO hat das Ziel ausgegeben, Hepatitis C bis 2030 zu eliminieren. Die
Behandlung von Suchterkrankten und die Bekämpfung von Infektionskrank-
heiten ist nicht die alleinige Aufgabe von Justizvollzugsanstalten. Auch die
Gesundheitsbehörden, Justizbehörden, Pharmaunternehmen, die Sucht-
krankenhilfe und die Medizin müssen gemeinsam aktiv daran arbeiten, um
das Ziel „Hepatitis C bis 2030 zu eliminieren“ zu erreichen. Justizvollzugsan-
stalten bieten durch den geschützten und abgegrenzten Raum jedoch die
besondere Möglichkeit, Patienten, die an sexuell und intravenös übertragba-
ren Erkrankungen leiden, einer wirksamen Therapie zuzuführen und dadurch
in und nach der Haft das Verbreitungsrisiko effektiv zu reduzieren.*

*Nebst den sexuell und durch intravenösen Drogenkonsum übertragbaren
Erkrankungen sind Menschen mit Suchterkrankungen und solche ohne fes-
ten Wohnsitz besonders gefährdet, sich an Tuberkulose anzustecken, deren
Prävalenz durch Fluchtbewegungen nach Deutschland deutlich zunimmt. In
Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern können die Justizvollzugsan-
stalten eine wichtige Rolle im Screening nach Tuberkulose und in der Thera-
pie übernehmen, um auch hier die Verbreitung einzudämmen.*

Vor diesem Hintergrund fragen wir den Senat:

Rückblickend auf die letzten drei Jahre:

*Alle Antworten bitte nach Jahren, Justizvollzugsanstalten und Geschlecht
(männlich, weiblich, divers) differenzieren.*

1. *Wie viele der Strafgefangenen wurden aufgrund von Straftaten nach dem Betäubungsmittelgesetz zu einer Freiheitsstrafe verurteilt (bitte aufteilen in Untersuchungshaft, reguläre Haft, Maßregelvollzug, Jugendstrafvollzug)?*

Stichtag 30. Juni 2020					
Anstalt	Strafhaft	U-Haft****	JS***	U-Haft**** jugendlich	sonstige Haft
*BW Frauen	6	4	1**	0	0
*BW Männer	111	34	2**	0	1 Auslieferungshaft
*FB	48	0	1**	0	0
*GM Frauen	1	0	0	0	0
*GM Männer	47	0	0	0	0
*HS		0	7	2	0
*SothA	10	1	0	0	1 Unterbringung nach § 63 Strafgesetzbuch (StGB)
*UHA Frauen	0	0	0	0	0
*UHA Männer	13	104	0	0	1 Auslieferungshaft

Stichtag 30. Juni 2021					
Anstalt	Strafhaft	U-Haft****	JS***	U-Haft**** jugendlich	sonstige Haft
*BW Frauen	7	3	0	0	0
*BW Männer	95	46	4**	0	1 Auslieferungshaft
*FB	86	2	0	0	1 Organisationshaft
*GM Frauen	0	0	0	0	0
*GM Männer	68	0	0	0	0
*HS	0	0	7	9	0
*SothA	5	2	0	0	0
*UHA Frauen	0	0	0	0	0
*UHA Männer	12	139	0	0	2 Auslieferungshaft

Stichtag 30. Juni 2022					
Anstalt	Strafhaft	U-Haft****	JS***	U-Haft**** jugendlich	sonstige Haft
*BW Frauen	9	6	0	0	0
*BW Männer	93	51	0	0	0
*FB	121	2	1**	0	0
*GM Frauen	1	0	0	0	0
*GM Männer	51	0	0	0	0
*HS	0	0	7	11	0
*SothA	10	2	0	0	0
*UHA Frauen	0	0	0	0	0
*UHA Männer	9	174	0	0	1 Auslieferungshaft, 1 Organisationshaft

Stichtag 30. Juni 2023					
Anstalt	Strafhaft	U-Haft****	Jugendstrafe	U-Haft**** jugendlich	sonstige Haft
*BW Frauen	8	5	0	0	0
*BW Männer	104	50	**1	0	0
*FB	141	0	0	0	1 Organisationshaft
*GM Frauen	6	0	0	0	0
*GM Männer	109	0	0	0	0
*HS	0	0	6	12	1 Organisationshaft
*SothA	15	1	0	0	0
*UH Frauen	0	0	0	0	0

Anstalt	Strafhaft	U-Haft****	Jugendstrafe	U-Haft**** jugendlich	sonstige Haft
*UH Männer	8	155	0	0	1 Auslieferungshaft, 1 Organisationshaft

* BW = JVA Billwerder, FB = JVA Fuhlsbüttel, GM = JVA Glasmoor, HS = JVA Hahnöfersand, SothA = Sozialtherapeutische Anstalt, UHA = Untersuchungshaftanstalt

** Nach dem Jugendstrafrecht verurteilte Heranwachsende, die sich für den Jugendvollzug nicht eignen und deshalb nach § 89b Jugendgerichtsgesetz (JGG) aus diesem ausgenommen wurden.

*** JS = Jugendstrafvollzug

**** U-Haft = Untersuchungshaft

Die erbetenen Daten wurden über die Fachanwendung BASIS-Web (Buchungs- und Abrechnungssystem für den Strafvollzug) recherchiert. Eine Auswertung mit einer Verlaufsstatistik ist in Bezug auf bestimmte Delikte mit dem Programm BASIS-Web nicht möglich, da die Fachanwendung überwiegend stichtagsbezogen arbeitet und nicht für statistische Zwecke konzipiert worden ist.

Es ist zu beachten, dass bei der Abfrage in BASIS-Web auch diejenigen Inhaftierten gezählt werden, die neben den Straftaten nach dem Betäubungsmittelgesetz auch wegen anderer Straftatbestände inhaftiert sind (zum Beispiel in Tateinheit oder bei Gesamtfreiheitsstrafen mit anderen notierten Straftaten).

2. Was umfasst die Eingangsuntersuchung?

a. Auf welche Infektionserkrankungen werden die Strafgefangenen getestet?

Alle Inhaftierten mit einem entsprechenden Risikoprofil und/oder auch auf Wunsch der Inhaftierten werden auf Humanes Immundefizienz-Virus (HIV), Hepatitis-B-Virus (HBV), Hepatitis-C-Virus (HCV) und Syphilis getestet. Zur HIV-Testung muss eine Einverständniserklärung der beziehungsweise des Inhaftierten vorliegen. Weitere Infektionskrankheiten (zum Beispiel Gonorrhoe) erfolgen je nach Symptomen und Anamnese.

Außerdem erfolgt nach dem Infektionsschutzgesetz eine Röntgenuntersuchung aller Inhaftierten, die ein erhöhtes Risiko für Tuberkulose (TBC) haben. Darunter fallen Inhaftierte ohne festen Wohnsitz, mit Alkohol- oder Drogensucht, mit Migrationshintergrund aus Tuberkulose-Endemiegebieten und symptomatische Menschen mit typischen Krankheitszeichen einer TBC.

b. Auf welche weiteren Erkrankungen werden die Strafgefangenen untersucht?

Bei jeder beziehungsweise jedem Inhaftierten erfolgt meist am folgenden Werktag nach der Inhaftierung oder am Tag nach Entlassung von der Beobachtungsstation eine standardisierte Aufnahmeuntersuchung. Diese umfasst die Erhebung der Anamnese (ernsthafte Vorerkrankungen, Suchtverhalten, Suizidanamnese, psychiatrische oder somatische Vorbefunde, aktuelle Beschwerden, Medikamenteneinnahme, Familienanamnese, Allergien und so weiter) sowie eine gründliche körperliche Untersuchung (Herz-Kreislauf-System, Abdomen, Nieren, Lunge, neurologische oder psychiatrische Störungen, Körperbau und Gelenke, Haut, Zustand der Zähne und symptombezogene zusätzliche Untersuchungen). Auch die Zugangsuntersuchung jugendlicher Straftäterinnen und Straftäter erfolgt meist in der UHA.

Bereits bei Haftantritt wird Folgendes sichergestellt:

- Erfassung aller bekannten Vorerkrankungen und einer eventuellen bestehenden Therapie,
- Überprüfung und gegebenenfalls Weiterführung und Modifizierung einer bereits laufenden Therapie,
- ergeben sich krankhafte Veränderungen oder Verdachtsdiagnosen, so wird die weitere notwendige Diagnostik geplant,

- gegebenenfalls Beginn einer Therapie bei offensichtlicher Therapienotwendigkeit,
- Veranlassung von Labordiagnostik insbesondere im Hinblick auf Infektionskrankheiten wie HIV, Syphilis, Virushepatitis und TBC,
- Veranlassung von Röntgenuntersuchungen bei TBC-Risikogruppen,
- gegebenenfalls Überweisung zu den in der UHA konsiliarisch tätigen Fachärztinnen und Fachärzten und
- gegebenenfalls Veranlassung einer stationären Einweisung ins Zentralkrankenhaus der UHA (ZKH) unter anderem bei Verdacht auf infektiöse, insbesondere meldepflichtige Erkrankungen, bei anderen stationär zu behandelnden Erkrankungen oder bestehendem Pflege- oder Hilfsbedarf, der so in der Haftanstalt nicht gewährleistet werden könnte.

Psychiatrische Grunderkrankungen

3. Wie viele Strafgefangene sind laut medizinischer Diagnose psychiatrisch erkrankt?

Im Jahr 2022 sind 2.539 Diagnosen vergeben worden, wobei in den meisten Fällen Mehrfachdiagnosen bei einer Person vorliegen. 2022 waren danach 563 Insassen psychisch erkrankt; im ersten Halbjahr 2023 waren es 418.

4. Welche Angebote gibt es zur Behandlung von psychischen Erkrankungen?

Wöchentlich finden stationsbezogene, primärärztliche Sprechstunden für alle Inhaftierten statt. Bei Notfällen in der UHA sind Vorstellungen rund um die Uhr möglich. Aus den Justizvollzugsanstalten (JVAs) kann der Vollzugsdienst telefonisch Kontakt zu den Bereitschaftsärzten der UHA aufnehmen.

Eine regelmäßige fachpsychiatrische Präsenz an mehreren Tagen pro Woche in der UHA sowie in den JVAs im Sinne einer erweiterten konsiliarärztlichen Tätigkeit ist sichergestellt. Dorthin wird in der Regel primärärztlich überwiesen.

Neben dem konsiliarpsychiatrischen Fachdienst ist vor allem durch die Kooperation mit dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) und der Asklepios Klinik Nord (AKN) eine externe psychotherapeutische Versorgung für die Insassen und Untergebrachten möglich, die diese Versorgung in Anspruch nehmen wollen.

5. Welche Wartezeiten müssen von den Erkrankten in Kauf genommen werden?

Es bestehen wöchentlich angebotene stationsbezogene, primärärztliche Sprechstunden für alle Inhaftierten. Bei Notfällen in der UHA sind Vorstellungen rund um die Uhr möglich.

Bei Überweisungen zur Psychiaterin beziehungsweise zum Psychiater findet der Kontakt in der Regel in der jeweiligen Woche, spätestens in der Folgewoche statt. Bei Notfällen finden intramural Kontakte zwischen der Primärärztin beziehungsweise dem Primärarzt und der Psychiaterin beziehungsweise dem Psychiater mit dem Ziel statt, den Zeitpunkt der Konsultation möglichst vorzuziehen.

Die Vermittlung zur externen Psychotherapie im UKE oder AKN nimmt wenige Tage in Anspruch und startet zügig mit fünf probatorischen Sitzungen.

Daten zu Wartezeiten bis zur Behandlung werden nicht erfasst. Im Vergleich zur Versorgungssituation außerhalb des Vollzuges erfolgt die ärztliche Vorstellung jedoch unmittelbar oder mit sehr geringem zeitlichem Vorlauf.

*6. Wie viele Psychotherapeut*innen sind aktuell im Justizvollzug an der Versorgung psychisch erkrankter Insassen beteiligt?*

Im Justizvollzug gibt es in der Sozialtherapie zwei approbierte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Aktuell befinden sich weitere fünf Kolleginnen und Kollegen der Psychologischen Fachdienste in Ausbildung zum/zur psychologischen Psychothe-

rapeutin beziehungsweise Psychotherapeuten. Die Approbation ist in den nächsten Jahren zu erwarten. Insgesamt ist die Versorgung psychisch erkrankter Insassen mit Psychotherapeutinnen beziehungsweise Psychotherapeuten gegenwärtig vorrangig in den externen Psychotherapien (UKE und AKN) verankert.

7. *Wie erfolgt die Zusammenarbeit intramural beziehungsweise extramural zwischen Psychotherapeut*innen und Psychiater*innen?*

Zwischen den Konsiliarpsychiaterinnen und Konsiliarpsychiatern und dem intramuralen psychologischen Fachdienst finden regelmäßig Treffen statt. Wenn in der Sprechstunde bekannt wird, dass Vorbehandlungen stattgefunden haben, werden – bei vorliegender Schweigepflichtentbindungserklärung – die entsprechenden Befunde angefordert und je nach Fallkonstellation Kontakt zu den extramuralen Behandelnden aufgenommen.

Die Zusammenarbeit läuft routiniert und zielführend.

Im Übrigen siehe Antwort zu 4.

8. *Gibt es in den Hamburger Strafvollzugsanstalten das Angebot der Suchtakupunktur (nach NADA-Protokoll)?*
- a. *Wenn ja, wie häufig wurde diese Behandlung bereits angewendet?*
- b. *Wenn nein, warum nicht?*

Hinsichtlich einer Wirksamkeit liegt für die Suchtakupunktur keine breite Evidenz vor. Daher wird sie im Vollzug nicht praktiziert. Die Behandlung von Suchterkrankungen erfolgt seitens des medizinischen Dienstes gemäß geltender Leitlinien und erfolgt weiterhin über die Einbeziehung der Hamburger Suchthilfeeinrichtungen.

Infektionserkrankungen

9. *Ist das Screening auf Infektionserkrankungen zu Beginn und bei Entlassung ein obligatorischer Vorgang?*
- Wenn nein, warum nicht?*

Es ist vorgesehen, bei Inhaftierten mit schwerem Suchthintergrund oder aufgrund von anderen Gefährdungsparametern den aktuellen Infektionsstatus durch folgende Maßnahmen festzustellen:

- Einleitung aktueller Blutentnahmen,
- Vorbefunde von kürzlich abgeschlossenen Vorinhaftierungen und
- Hinzuziehung von auswärtigen Voruntersuchungen bei Vorliegen einer Schweigepflichtentbindungserklärung.

Zusätzlich erfolgen anlassbezogen oder bei Nachfrage infektionsserologische Untersuchungen.

10. *Welche Erkrankungen können durch das Screening aufgedeckt werden?*
11. *Welche und wie viele der aufgedeckten Erkrankungen werden durch eine angebotene Therapie entsprechend medizinisch und therapeutisch behandelt?*

Die infektionsserologischen Standarduntersuchungen erfassen die Erkrankungen HBV, HCV, HIV und Syphilis.

Für TBC besteht die obligate Veranlassung von Röntgenuntersuchungen bei TBC-Risikogruppen.

Behandelt wurden im Jahr 2020

Anstalt	FB*	GM*	HS*	UHA*	BW*	gesamt
HIV gesamt	1	0	0	11	3	14
weiblich	0	0	0	1	1	2
männlich	1	0	0	10	2	12

Anstalt	FB*	GM*	HS*	UHA*	BW*	gesamt
TBC gesamt	0	0	0	1	1	2
weiblich	0	0	0	0	0	0
männlich	0	0	0	1	1	2
HCV gesamt	0	0	0	1	1	2
weiblich	0	0	0	0	0	0
männlich	0	0	0	1	1	2
Syphilis gesamt	0	0	0	0	0	1
weiblich	0	0	0	0	0	0
männlich	0	0	0	0	1	1

Im Jahr 2021

Anstalt	FB*	GM*	HS*	UHA*	BW*	gesamt
HIV gesamt	4	1	0	35	8	48
weiblich	0	0	0	4	3	7
männlich	4	1	0	31	5	41
TBC gesamt	0	0	0	5	2	7
weiblich	0	0	0	0	0	0
männlich	0	0	0	5	2	7
HCV gesamt	0	0	0	0	2	2
weiblich	0	0	0	0	0	0
männlich	0	0	0	0	2	2
Syphilis gesamt	0	0	0	3	1	4
weiblich	0	0	0	0	0	0
männlich	0	0	0	3	1	4

Im Jahr 2022

Anstalt	FB*	GM*	HS*	UHA*	BW*	gesamt
HIV gesamt	7	1	0	62	29	99
weiblich	0	0	0	5	5	10
männlich	7	1	0	57	24	89
TBC gesamt	1	0	0	12	2	15
weiblich	0	0	0	0	0	0
männlich	1	0	0	12	2	15
HCV gesamt	0	0	0	2	1	3
weiblich	0	0	0	0	0	0
männlich	0	0	0	2	1	3
Syphilis gesamt	0	0	0	4	3	7
weiblich	0	0	0	0	0	0
männlich	0	0	0	4	3	7

* BW = JVA Billwerder, FB = JVA Fuhlsbüttel, GM = JVA Glasmoor, HS = JVA Hahnöfersand, UHA = Untersuchungshaftanstalt

Folgende Therapien werden durchgeführt:

HIV:

- Obligatorische Fortführung oder Modifizierung einer bereits auswärts eingeleiteten Therapie durch die monatlich hier konsiliarisch tätige Infektiologin des UKE.
- Einleitung einer Therapie bei therapienaiven Patienten.

TBC:

- Obligatorische Fortführung oder Einleitung einer adäquaten tuberkulostatischen Therapie mit fachpulmologischer Begleitung unter stationären und – solange notwendig – auch Isolationsbedingungen im Vollzugskrankenhaus.

HCV:

- Eine antivirale Therapie erfolgt bei chronifizierter Hepatitis (> sechs Monate bestehend) aus gegebenen Anlässen erst nach definitiver Kenntnis der Hafterwartung. Die Therapie muss sicher in Haft beendet werden können. Somit erfolgt der Großteil der Therapien in Strafhaft.

- Zuvor erfolgt nach Durchführung der Diagnostik (Sonografie und spezielle Laboruntersuchungen zu Viruslast und Genotypisierung) die fachinfektiologische Stellung der Therapieindikation.

Syphilis:

- Therapie aller hier detektierten Neuinfektionen, serologische Aktivitätsüberprüfung bei Altfällen.

12. Wird allen, bei denen eine Infektion festgestellt wird, eine Therapie angeboten?

Wenn nein, warum nicht?

Die Fortführung oder die Einleitung einer HIV-Therapie wird obligatorisch angeboten und bei Behandlungswunsch durchgeführt.

Die HCV-Behandlung findet aus Gründen – siehe Antwort zu 10. und 11. – hauptsächlich in den Strafanstalten statt. Bei Diagnosestellung werden die Inhaftierten auf die spätere Therapiemöglichkeit hingewiesen. Inhaftierte mit Therapiewunsch wenden sich dann an den medizinischen Dienst und werden nach Durchlaufen der abschließenden Diagnostik (Labor, Sonografie, infektiologisches Konsil, Prüfung der Medikamenteninteraktionen) therapiert.

Es ist vorgesehen, die Betroffenen künftig noch verstärkt auf die Therapiemöglichkeit anzusprechen, um die Behandlungszahl zu erhöhen.

13. Wird in den Justizvollzugsanstalten Hamburgs gegen Hepatitis A und B geimpft?

Hepatitis-A- und -B-Impfungen werden angeboten.

14. Wird bei Aufnahme von neuen Strafgefangenen der Impfstatus kontrolliert? (Tetanus, Diphtherie, Keuchhusten, Masern, Mumps, Röteln)

Eine regelmäßige Erhebung des Impfstatus erfolgt nur im Rahmen einer Schwangerschaft entsprechend den Vorgaben der Vorsorgeuntersuchung.

Die Anamnese des Impfstatus im Übrigen ist aufgrund zumeist fehlender Impfdokumente kaum möglich. Besteht allerdings der Wunsch nach einer Impfberatung oder ist eine Stuserhebung vor immunsuppressiver Therapie erforderlich, wird dies individuell durchgeführt.

15. Wie viele der an Hepatitis C erkrankten Strafgefangenen werden entsprechend medizinisch behandelt und geheilt?

Zahlen der im Hamburger Strafvollzug erfolgten HCV-Therapien:

- Im Jahr 2017: 6
- Im Jahr 2018: 20
- Im Jahr 2019: 20
- Im Jahr 2020: 15
- Im Jahr 2021: 21
- Im Jahr 2022: 30
- Bis 14.07.2023: 13

16. Wie teuer ist eine Hepatitis-C-Behandlung im Vollzug?

Die Kosten belaufen sich derzeit auf circa 30.000 Euro zuzüglich laufender Laborkosten pro behandelten Inhaftierten.

17. Wird aktiv auf die Hepatitis-C-Behandlung aufmerksam gemacht?

Ja, Therapiemöglichkeiten werden regelmäßig in den suchtmmedizinischen Sprechstunden thematisiert.

18. *In den Justizvollzugsanstalten Hamburgs gibt es keine anonymen und diskreten Spritzenautomaten.*

- a. *Warum nicht?*
- b. *Wird derzeit eine Wiedereinführung geprüft?*

Wenn nein, warum?

Der intravenöse Konsum von Opiaten, wie etwa Heroin, wird nur noch sehr selten praktiziert. Vielmehr stehen ganz überwiegend andere Applikationsformen und Drogen im Vordergrund. Das wird durch Drogenfunde, Urinkontrollen und Spritzenfunde et cetera bestätigt. Weder die Einführung von Spritzentauschprogrammen noch von Spritzenautomaten werden daher aufgrund der festgestellten Konsummuster derzeit als erforderlich beziehungsweise sinnvoll erachtet.

19. *Wie wird ein anonymer und diskreter Zugang zu Kondomen in den Justizvollzugsanstalten Hamburgs möglich gemacht?*

Kondome werden bei Bedarf über die Ambulanzen ausgegeben.

Organische Erkrankungen

20. *Wie viele der Strafgefangenen der Hamburger Justizvollzugsanstalten waren coronapositiv?*

Im Jahr 2021 waren es 317, im Jahr 2022 1.813 und im Zeitraum vom 1. Januar 2023 bis zum 31. Mai 2023 742.

21. *Wie wurden die positiv getesteten Strafgefangenen isoliert?*

Seit Beginn der Pandemie werden bei Krankheitsverdacht auf eine COVID-9-Infektion die Inhaftierten in ihrem Haftraum in Quarantäne genommen. Sodann wird ein Abstrich genommen.

Bei positivem Testausgang werden die infizierten Inhaftierten mit fehlenden, leichten oder mittelschweren Krankheitssymptomen in Einzelhafträumen auf einer speziell ausgewiesenen Haftstation isoliert. Dort finden täglich ärztliche oder pflegerische Visiten statt.

Infizierte Inhaftierte mit stärkeren Krankheitssymptomen werden in Einzelzimmern des ZKH isoliert und dort behandelt. Bei Bedarf werden kritisch erkrankte Inhaftierte zur Behandlung kurzfristig in ein öffentliches Krankenhaus verlegt und anschließend im ZKH weiterbehandelt.

22. *Wie hoch ist die COVID-19-Impfquote bei den Beschäftigten in den Justizvollzugsanstalten?*

Beschäftigte sind seit dem 1. Januar 2023 gegenüber ihrem Arbeitgeber oder Dienstherrn nicht mehr verpflichtet, Nachweise über Impfung, Genesung oder Bestehen einer Kontraindikation vorzulegen. Die für die Zwecke der Prüfung der Nachweispflicht verarbeiteten Daten waren mit Ablauf des 31. Dezember 2022 zu löschen. Nach Einschätzung der Anstaltsleitungen wird von einer Impfquote von 85 bis 90 Prozent ausgegangen.

23. *Findet ein Screening auf Tuberkulose statt?*

Siehe Antwort zu 10. und 11.

24. *Wenn ja: Wie hoch ist die Prävalenz unter den Inhaftierten oder die Anzahl der positiven Fälle pro Jahr?*

Wenn nein: warum nicht?

Die Anzahl der TBC-positiv diagnostizierten und anschließend leitliniengemäß behandelten Inhaftierten betrug im Jahr 2020 elf, im Jahr 2021 14, im Jahr 2022 neun und im Jahr 2023 bis zum Stichtag 14. Juli 2023 sieben.

25. Wie erfolgt der Schutz der Mithäftlinge und Bediensteten vor Ansteckung?

Bei klinischem TBC-Verdacht werden Röntgenaufnahmen sofort oder sobald wie möglich durchgeführt. Bereits ab diesem Zeitpunkt sind Kontaktpersonen und die Krankheitsverdächtigen angehalten, FFP2-Masken zu tragen. Ein zügiger Transfer auf die Infektionsstation zur weiteren Diagnostik ist gewährleistet.

Dort wird der Krankheitsverdacht entweder im Rahmen der weiteren Diagnostik entkräftet oder es erfolgt bei TBC-Nachweis eine leitliniengerechte Behandlung.

Bei klinisch unauffälligen Inhaftierten, bei denen lediglich radiologisch ein TBC-Verdacht festgestellt wird, kann sich die Zeit bis zur obligatorischen Aufnahme ins ZKH verlängern.

Wird eine offene Tuberkulose diagnostiziert, werden die Kontaktpersonen ermittelt und bei relevanter Kontaktzeit, die eine Ansteckung möglich macht, finden durch das Gesundheitsamt, dem die TBC-Erkrankung gemeldet wird, Röntgenkontrollen statt.

26. Wird Tuberkulose während der Haftzeit behandelt?

Ja, Tuberkulose wird immer unter fachpulmologischer Begleitung und in engem Kontakt mit der Tuberkulosebekämpfungsstelle des Gesundheitsamtes Hamburg-Mitte, wohin jede Tuberkulose gemeldet wird, behandelt. Siehe im Übrigen Antwort zu 10. und 11.

Suchterkrankungen

27. Wie viele der Strafgefangenen sind von einer Suchterkrankung betroffen? Bitte nach Vollzugsarten, Geschlecht und relevanten Substanzen (mindestens Alkohol, Cannabinoide, Kokain, Opioide) differenzieren.

28. Bei wie vielen der Suchterkrankten werden bei Haftantritt umfassende Drogen-Screenings durchgeführt? Sofern es Eingangsuntersuchungen gibt, welche Abhängigkeiten werden erfasst (bitte nach legalen und illegalen Substanzen und stoffungebundenen Süchten differenzieren)?

Die Anzahl der Drogen-Screenings wird statistisch nicht erfasst. Eine zur Beantwortung der Frage erforderliche händische Auswertung von mehreren Tausend Akten kann in der für die Beantwortung einer Parlamentarischen Anfrage zur Verfügung stehenden Zeit nicht geleistet werden.

Alle Inhaftierten, die direkt bei Haftantritt einen Alkohol- oder Betäubungsmittelkonsum jeglicher Art selbst mitteilen, bei denen ein solcher Konsum offensichtlich ist oder er durch das Aufnahmepersonal vermutet wird, werden in der UHA unverzüglich dem Arzt vorgestellt.

Im Übrigen siehe Anlage.

29. Falls Abhängigkeiten bei der Eingangsuntersuchung erfasst werden, wie viele Alkohol- und Glücksspielabhängige werden jährlich erfasst (bitte nach Jahr und Geschlecht differenzieren)?

Stoffgebundene Suchterkrankungen werden am Beginn der Haft vom medizinischen Fachdienst erhoben. Glücksspiel als nicht stoffgebundene Suchterkrankung wird nicht erhoben.

Im Übrigen siehe Anlage.

30. Wie ist der übliche Vorgang nach Feststellung einer Suchterkrankung in Haft?

Alkohol

Klinisch relevante Entzüge finden in der Regel auf der Beobachtungsstation statt. Bereits beim ersten Arztkontakt unmittelbar nach Inhaftierung wird ein Therapieplan erstellt: Medikation, Taktung pflegerischer Kontrollen und Messungen sowie Siche-

zung der oralen Flüssigkeitsaufnahme. Gegebenenfalls erfolgt eine direkte Aufnahme im ZKH.

Während des Behandlungsverlaufs erfolgen mindestens einmal täglich ein Arztkontakt und mehrfache pflegerische Kontrollen zur Anpassung erforderlicher therapeutischer Maßnahmen.

Im weiteren Verlauf erfolgt nach ärztlichem Eindruck die Entlassung in den Regelvollzug unter ausschleichender Fortführung der Medikation. Ein medikamentöser Entzug wird stationär im ZKH fortgeführt und beendet.

Opiate

Es erfolgt eine Überstellung auf die Beobachtungsstation bei bereits eingetretener oder zu erwartender Entzugssymptomatik direkt nach Haftantritt und erstem Arztkontakt. Der Nachweis einschlägiger Substanzen im Urinscreening ist Voraussetzung der Gabe eines Substitutionsmittels. Die Erstgabe des Substitutionsmittels unmittelbar bei Haftantritt erfolgt nach dem ersten Arztkontakt oder nach klinischem Ermessen am Folgetag.

Opiatentgiftungen mit Methadon erfolgen bei Inhaftierten, die auswärts nicht in einer Substitutionseinrichtung eingebunden sind, mit Initialdosen von 39 beziehungsweise 30 mg und täglicher Dosisreduktion um 3 mg über zehn beziehungsweise 13 Tage.

Im weiteren Verlauf wird die Fortführung der Entgiftungstherapie den Erfordernissen angepasst bis hin zur Übernahme in die Dauersubstitution, wenn eine Entgiftung vorerst nicht möglich ist. Dabei erfolgen eine differenzierte Indikationsstellung und die Verschreibung nach den Richtlinien der Bundesärztekammer und der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtmVV).

Bei Inhaftierten, die sich bereits in einer auswärts etablierten Substitutionstherapie befanden, wird diese nach Vorgabe des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) fortgeführt. Es werden Angaben zur Vorsubstitution in den angegebenen Einrichtungen eingeholt.

Insbesondere bei Angabe einer Take-home-Vergabe wird meist mit niedrigeren Dosierungen begonnen, da die Erfahrung zeigt, dass nicht immer die ganze Dosis durch den Substituierten selber eingenommen wird. Im Hamburger Strafvollzug wird in der Regel mit Methadon 1 Prozent substituiert.

Bei Substanzen mit körperlichen Entzugssymptomen (Benzodiazepine, Pregabalin):

- langsam ausschleichende Substitution mit Oxazepam beziehungsweise Pregabalin, meist über mehrere Wochen.

Bei anderen Suchterkrankungen ohne eine klassische somatische Entzugsproblematik:

- symptomatische primärärztliche Behandlung und großzügige fachpsychiatrische Vorstellungen bei bekannter oder angenommener Komorbidität.

31. Bei wie vielen der Suchterkrankten werden entsprechende medizinische sowie therapeutische Maßnahmen angesetzt und durchgeführt?

a. Welche und wie viele Maßnahmen gibt es?

b. Bei wie vielen der suchterkrankten Strafgefangenen erfolgt eine Entzugsbehandlung?

Therapeutische Maßnahmen bei Haftbeginn konzentrieren sich auf die Erfassung der Suchterkrankung sowie begleitender somatischer und psychiatrischer Komorbiditäten. Zudem sind sämtliche Maßnahmen, die in der Antwort zu 30. aufgeführt werden, als therapeutische Sofortmaßnahme zu werten.

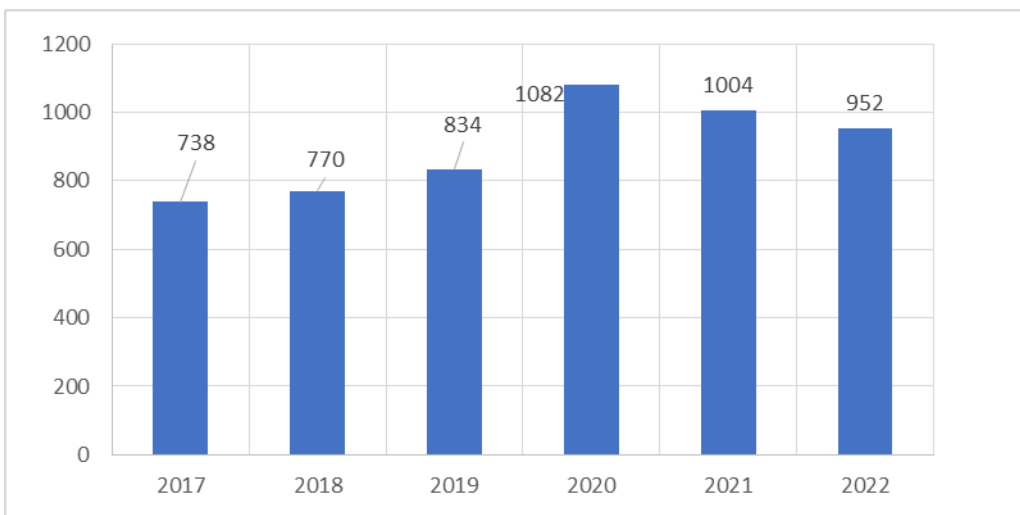
Im weiteren Verlauf werden regelmäßige suchtmittelmedizinische beziehungsweise nach Entgiftung reguläre primärärztliche Sprechstunden angeboten. Jeweils von dort aus ist die Überweisung zu Fachärztinnen und Fachärzten der Psychiatrie und anderer Fachrichtungen möglich.

Für einen Kontakt mit externen Drogenberatungseinrichtungen, die in den Haftanstalten Sprechzeiten anbieten, melden sich die Suchterkrankten dann selber an. Die von dort an den ärztlichen Dienst weitergeleiteten Kostenübernahmeanträge für Therapiemaßnahmen nach Haftentlassung werden von den zuständigen Ärztinnen und Ärzten der Anstalt bearbeitet.

Im Jahr 2022 wurden zudem 30 Inhaftierte gemäß § 35 Betäubungsmittelgesetz (BtMG) entlassen.

Die Anzahl der Inhaftierten, die eine externe Suchtberatung in Anspruch nehmen, stieg in den letzten Jahren tendenziell an.

Anzahl der Inhaftierten in der externen Suchtberatung 2017 bis 2022



32. Wie viele der Ärzt*innen des Justizvollzugs haben die Zusatz-Weiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ erworben?

Über die Zusatzqualifikation „Suchtmedizinische Grundversorgung“ sollen alle im Justizvollzug tätigen hauptamtlichen Ärztinnen und Ärzte verfügen. Neue Kolleginnen und Kollegen sind angehalten, diese zügig zu erlangen.

Der aktuelle Anteil der Ärztinnen und Ärzte mit der Zusatzqualifikation:

- UHA: fünf von sieben
- FB: wird derzeit von der UHA mitversorgt
- BW: ein von zwei
- HS: ein Dienstleistungsarzt mit der Zusatzqualifikation
- GM: Substitutionstherapie über externe Einrichtungen

33. Die Kosten medizinischer Versorgung und Behandlung für Menschen in Haft werden insgesamt durch die Justizkassen der Länder getragen. Wie hoch waren diese Kosten in Hamburg in den letzten drei Jahren jährlich?

Die Kosten der medizinischen Versorgung und Behandlung für Inhaftierte in Hamburg betragen in den letzten drei Jahren:

Jahr	Kosten in Euro
2020	7.111.799,79
2021	8.298.528,62
2022	8.190.256,02
bis 30. Juni 2023	3.489.692,07

Substitution

34. Wie viele Strafgefangene sind an einer Opioid-Sucht erkrankt?

Siehe Anlage.

35. *Bei wie vielen der Strafgefangenen, die an einer Opioid-Sucht erkrankt sind und die Bereitschaft zu einer Substitution zeigen, wird eine Substitution durchgeführt?*

Substitutionsquote – Bezugsgröße Abhängigkeit von Opioiden und multiplen Substanzen					
	Hauptsubstanz			Substitution	
	Opioide	Multipler Substanzgebrauch/ Konsum sonst. Psychotroper Substanzen	Insgesamt	Substituierte (Anzahl)	Substitutionsquote (Substituierte gesamt)
weiblich	4	22	26	17	65,4 %
männlich	103	238	341	172	50,4 %
Gesamt	107	260	367	189	51,5 %

Stichtag: 31. März 2023

36. *Wonach entscheidet sich, ob eine Substitutionsbehandlung durchgeführt wird oder nicht?*

Die Substitution erfolgt nach den Leitlinien der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung von 10/2017 im Einvernehmen mit den Inhaftierten.

37. *Liegen der Landesregierung Informationen darüber vor, inwiefern Strafgefangenen die Behandlung mit bestimmten Substituten schon einmal explizit verweigert wurde? Warum?*

Entsprechende Daten stehen nicht zur Verfügung.

38. *Wie lange wird im Durchschnitt eine Substitutionsbehandlung durchgeführt?*

Wegen der uneinheitlichen Haftdauer sind keine Durchschnittsangaben möglich. Eine etablierte Substitutionstherapie wird in der Regel über die Haft hinaus durchgeführt.

39. *Wie viele der substituierten Personen erhalten eine psychiatrische und psychotherapeutische Begleitung?*

Substituierte Inhaftierte haben die Möglichkeit, an den Gruppenangeboten der externen Suchtberatung teilzunehmen, die auf Substituierte zugeschnitten sind. Im Vordergrund der Behandlung stehen psychosoziale Unterstützung und Psychoedukation. Das heißt insbesondere bei diesem Krankheitsbild, welches meist mit Wohnungslosigkeit und Unterversorgung anderer Lebensbereiche (etwa Gesundheit und Ernährung) einhergeht, müssen die Grundbedürfnisse zunächst stabilisiert werden, um sich in weiterer Folge Reflexionsprozessen innerhalb der Psychotherapie widmen zu können. Falls die Suchterkrankung mit einer Psychose einhergeht, wird die/der Inhaftierte ambulant psychiatrisch versorgt.

Eine Statistik im Sinne der Fragestellung wird seitens des Justizvollzugs nicht geführt. Eine zur Beantwortung der Frage erforderliche händische Auswertung von mehreren Tausend Akten kann in der für die Beantwortung einer Parlamentarischen Anfrage zur Verfügung stehenden Zeit nicht geleistet werden.

40. *Wenn Strafgefangene bereits vor Antritt der Haft in Substitutionstherapie gewesen sind, wird diese dann im Vollzug fortgeführt?*

Ja.

41. *Werden Strafgefangene bei Haftbeginn auf neue/andere Medikamente ein- und umgestellt?*

Nach Erhebung einer Anamnese, Hinzuziehung von Vorbefunden und aktuellen Untersuchungsergebnissen wird bei allen Inhaftierten eine bedarfsgerechte Therapie ermittelt. Diese kann sich von der Vormedikation unterscheiden.

Insbesondere die Vormedikation mit Benzodiazepinen und Pregabalin wird kritisch geprüft. In der Regel wird über ein mehrwöchiges Ausschleichprogramm entgiftet und entwöhnt.

42. Mit welchen Substituten wird substituiert?

Im Hamburger Strafvollzug wird in der Regel mit Methadon 1 Prozent substituiert. Eine etwaige Vorsubstitution wird jeweils angeglichen. In Ausnahmefällen finden alternative Substitutionsmittel Einsatz:

- Buprenorphin (Subutex) wird bei der Substitutionseinleitung Schwangerer eingesetzt.
- Bei nur kurzfristigem Verbleib wird eine vorbestehende Medikation mit Buprenorphin beibehalten.
- Inhaftierte mit pathologisch veränderter QT-Zeit im EKG (verlängerte Erregungsrückbildung mit Gefahr von lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörungen) werden auf L-Polamidon oder Buprenorphin ein- oder umgestellt.
- In Einzelfällen wurde zum Beispiel zur Vorbereitung von Lockerungen auf ein Depot-Substitut wie Buvidal (Buprenorphin) umgestellt.

43. Wie häufig und mit welcher Methode wird Beikonsum kontrolliert? Bitte nach relevanten Methoden (mindestens Urinkontrollen, Speichelproben, Kapillarblutproben) differenzieren.

Eingangs- und Kontrolluntersuchungen werden über Urin-Bechertests durchgeführt, die in der Regel zutreffende Ergebnisse erbringen. Sofern das Ergebnis bezweifelt wird, wird eine Gaschromatografische Untersuchung des Urins über das Rechtsmedizinische Institut des UKE durchgeführt.

In der UHA werden medizinisch intendiert werktäglich zwei bis drei Stichproben bei in der UHA länger verweilenden Inhaftierten durchgeführt.

Darüber hinaus veranlasst der Justizvollzug unangekündigte Kontrollen aus vollzuglichem Interesse (zum Beispiel vor Vollzugslockerungen oder bei Verdachtslagen hinsichtlich Betäubungsmittelmissbrauch).

Entlassungsmanagement

44. Wie arbeiten die Hamburger Suchthilfeeinrichtungen mit den Hamburger Justizvollzugsanstalten zusammen?

Die Hamburger Suchthilfeeinrichtungen sind mehrmals in der Woche vor Ort in den Justizvollzugsanstalten und beraten alle Inhaftierten und Untergebrachten, die sich zur Sprechstunde oder zu einer Gruppe anmelden.

In jeder Hamburger Justizvollzugsanstalt sind Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner im Vollzugsdienst hauptverantwortlich für die externen Suchtberatungsstellen zuständig und sichern die reibungslosen Abläufe in der Zusammenarbeit.

Die Hamburger Suchthilfeeinrichtungen senden pro Quartal Tätigkeitsberichte sowohl an die Anstalten als auch an das Aufsichtsreferat in der für den Justizvollzug zuständigen Behörde. Anhand dieser Berichte erfolgt eine rasche Steuerung von Geschäftsprozessen in den Justizvollzugsanstalten und den Hamburger Suchthilfeeinrichtungen. Sowohl die Tätigkeitsberichte im jeweiligen Quartal als auch die zeitnahe Kommunikation über den jährlichen Suchtbericht hinaus haben sich bewährt.

Im Übrigen siehe Antwort zu 39.

45. Wie werden Strafgefangene bei anstehender Entlassung bei der Suche von medizinisch-therapeutischer Begleitung und Versorgung unterstützt?

46. Wie wird die medizinische Versorgung bei anstehender Entlassung von Strafgefangenen im Vorfeld gesichert?

47. Wie werden sie bei der Vorbereitung der Entlassung unterstützt?

Es erfolgt eine obligatorische schriftliche Auflistung der laufenden Medikation sowie die Aushändigung einer Substitutionsbescheinigung am Tag der Haftentlassung. Kopien von relevanten Befunden werden den Inhaftierten fortlaufend bei Sprechstundenkontakten ausgehändigt. Kopien der Entlassungsbriefe nach ZKH- oder externen Krankenhausaufenthalten, Adressen von Behandlerinnen und Behandlern und Befunde in der infektiologischen Sprechstunde werden ebenfalls übergeben. Bei kurzen Haftstrafen werden Adressen der behandelnden Personen zur weiteren Therapieplanung in der infektiologischen Sprechstunde ausgehändigt. Bei laufender TBC-Behandlung wird eng mit dem Gesundheitsamt Hamburg-Mitte zur Sicherstellung einer Unterkunft und der Therapie kooperiert. Bei Entlassung von Inhaftierten mit Absonderungsbeschluss wird mit den Gesundheitsämtern zur Sicherstellung der weiteren Isolierungsaufflage kooperiert. Die Verlegung von kritisch erkrankten Inhaftierten aus dem ZKH oder der Beobachtungsstation in externe Kliniken bei Ad-hoc-Entlassungen wird sichergestellt.

48. Wie wird der Übergang von der freien Heilfürsorge zur gesetzlichen Krankenversicherung gewährleistet?

Das Hamburgische Resozialisierungs- und Opferhilfegesetz (HmbResOG) benennt in § 7 Absatz 2 die wesentlichen Maßnahmen, die der Resozialisierung förderlich sein können. Nach § 7 Absatz 2 Satz 2 Nummer 10 HmbResOG gehört hierzu auch die Erlangung eines Krankenversicherungsschutzes. Dementsprechend enthalten die Eingliederungspläne des integrierten Übergangsmangements gemäß § 9 Absatz 4 HmbResOG insbesondere auch Angaben zu Gesundheit und Sucht. Die Maßnahmen zur Erlangung eines Krankenversicherungsschutzes werden entsprechend in den Eingliederungsplänen dokumentiert.

Untersuchungshaftgefangene erhalten gemäß § 11 HmbResOG in der Vollzugsanstalt Angebote zur Vorbereitung ihrer Entlassung, wozu auch Beratungsangebote mit dem Ziel der Sicherung der Gesundheitsversorgung einschließlich der Krankenversicherung zählen.

Die zuständige Behörde plant zudem, im Rahmen eines neu einzuführenden Übergangskoachings die Beratungsleistungen insbesondere durch dafür ausgebildete Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eines freien Trägers durchführen zu lassen, der auf dem Gebiet der Entlassungsvorbereitung in Hamburg bereits über langjährige Erfahrung verfügt. Siehe auch Drs. 22/11133 und Drs. 22/11064.

Bereits jetzt unterstützen der Justizvollzug, das Übergangsmangement und das Integrationscoaching der freien Träger die Inhaftierten bei der Kommunikation mit den Krankenkassen und versuchen einen möglichst nahtlosen Übergang in die gesetzliche Krankenversicherung zu erreichen. Den Inhaftierten werden entsprechend Unterlagen ausgehändigt. Bei Bedarf wird Hilfestellung bei dem Ausfüllen und Versenden an die Krankenkassen gewährleistet. Die Inhaftierten werden zudem schriftlich über die erneute Inanspruchnahme von Krankenversicherungsleistungen informiert. Mit diesen Unterlagen und dem Entlassungsschein müssen die Inhaftierten dann Kontakt zu ihrer Krankenkasse aufnehmen, um den Krankenversicherungsschutz zu erneuern.

Strafgefangene werden nach den Vorgaben des HmbResOG sechs Monate vor und sechs Monate nach der Haftentlassung durch Fallmanagerinnen und Fallmanager des Übergangsmangements auch hinsichtlich der Erlangung eines Krankenversicherungsschutzes betreut.

*49. Bekommen chronisch erkrankte Strafgefangene Anschriften von Ärzt*innen, bei denen sie weiter versorgt werden können?*

Chronisch erkrankte Inhaftierte erhalten stets Informationen zur Weiterbehandlung, teilweise werden im Vorwege auch schon Termine zur Weiterbehandlung vereinbart.

Die Fortführung der Therapie meldepflichtiger Erkrankungen nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) ist sichergestellt. Dies erfolgt in Kooperation mit dem Gesundheitsamt. Eine HCV-Therapie wird in aller Regel in Haft abgeschlossen.

Im Übrigen siehe Antwort zu 45. bis 47.

*50. Gibt es Informationen darüber, welche Ärzt*innen bereit sind, Entlassene aus den Justizvollzugsanstalten nahtlos aufzunehmen?*

Stehen die Inhaftierten nicht bereits mit einer nachbehandelnden Ärztin oder einem Arzt in Kontakt, werden sie an die Drogenambulanzen und das „Drob Inn“ verwiesen.

Gesamtüberblick nach Substanzen und Haftarten (Substanzmissbrauch und Substanzabhängigkeit – weiblich)

Hauptsubstanz	einbezogene Datensätze	U-Haft (21 Jahre u. älter)		Freiheitsstrafe		Ersatzfreiheitsstrafe		U-Haft (14 bis unter 21 Jahre)		Jugendstrafe		Sicherungsverwahrung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Alkohol	2	1	11%	1	6%	0	0%	0	-	0	-	0	-
Opioide	5	1	11%	2	12%	2	29%	0	-	0	-	0	-
Cannabinoide	1	1	11%	0	0%	0	0%	0	-	0	-	0	-
Sedativa oder Hypnotika	1	1	11%	0	0%	0	0%	0	-	0	-	0	-
Kokain	2	0	0%	1	6%	1	14%	0	-	0	-	0	-
Andere Stimulanzien	0	0	0%	0	0%	0	0%	0	-	0	-	0	-
Halluzinogene	0	0	0%	0	0%	0	0%	0	-	0	-	0	-
Flüchtige Lösungsmittel	0	0	0%	0	0%	0	0%	0	-	0	-	0	-
multipler Substanzgebrauch / sonst. psychotr. Substanzen	22	5	56%	13	76%	4	57%	0	-	0	-	0	-
Gesamt	33	9	100%	17	100%	7	100%	0	-	0	-	0	-

Stichtag 31. März 2023

Gesamtüberblick nach Substanzen und Haftarten (Substanzmissbrauch und Substanzabhängigkeit – männlich)

Hauptsubstanz	Einbezogene Datensätze		U-Haft (21 Jahre u. älter)		Freiheitsstrafe		Ersatzfreiheitsstrafe		U-Haft (14 bis unter 21 Jahre)		Jugendstrafe		Sicherungsverwahrung		
	N	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Alkohol	77	23	10%	36	11%	16	21%	1	5%	0	0%	1	20%		
Opioide	122	46	20%	56	18%	18	23%	1	5%	0	0%	1	20%		
Cannabinoide	86	21	9%	49	16%	8	10%	5	26%	3	43%	0	0%		
Sedativa oder Hypnotika	55	34	15%	11	3%	3	4%	5	26%	2	29%	0	0%		
Kokain	40	13	6%	25	8%	2	3%	0	0%	0	0%	0	0%		
Andere Stimulanzien	5	1	0%	4	1%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%		
Halluzinogene	2	0	0%	2	1%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%		
Flüchtige Lösungsmittel	1	0	0%	0	0%	1	1%	0	0%	0	0%	0	0%		
multipler Substanzgebrauch / sonst. psychotr. Substanzen	267	92	40%	133	42%	30	38%	7	37%	2	29%	3	60%		
Gesamt	655	230	100%	316	100%	78	100%	19	100%	7	100%	5	100%		

Stichtag 31. März 2023

Gesamtüberblick nach Substanzen (Bezugsgröße: Gesamtgefangenenbestand)

Hauptsubstanz	Substanzabhängigkeit		Substanzmissbrauch		Gesamtbelastung (Abhängigkeit und Missbrauch)	
	n	%	n	%	n	%
Alkohol	56	3%	23	1%	79	4%
Opiode	107	6%	20	1%	127	7%
Cannabinoide	51	3%	36	2%	87	5%
Sedativa oder Hypnotika	41	2%	15	1%	56	3%
Kokain	19	1%	23	1%	42	2%
Andere Stimulanzien	3	0%	2	0%	5	0%
Halluzinogene	2	0%	0	0%	2	0%
Flüchtige Lösungsmittel	1	0%	0	0%	1	0%
multipler Substanzgebrauch / sonst. psychotr. Substanzen	260	14%	29	2%	289	15%
Gefangenenbestand	1.873	29%	1.873	8%	1.873	37%

Stichtag 31. März 2023