

# **Schriftenreihe „Gesundheitsförderung im Justizvollzug“ – „Health Promotion in Prisons“**

*Herausgegeben von H. Stöver, J. Jacob*

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein angemessenes körperliches und seelisches Wohlbefinden zu erlangen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen, sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern zu können.“ Diese Gedanken leiten die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung ein, die 1986 von einer internationalen Konferenz verabschiedet wurde. Versucht man den Leitgedanken der Ottawa-Charta, die Stärkung der Selbstbestimmung über die Gesundheit, auf den Strafvollzug zu beziehen, stößt man schnell an Grenzen der Übertragbarkeit: Äußere Beschränkungen, Fremdbestimmungen, eingeschränkte Rechte prägen das Leben und die gesundheitliche Lage der Gefangenen.

Mit der Schriftenreihe „Gesundheitsförderung im Justizvollzug“ wollen wir Beiträge veröffentlichen, die innovative gesundheitspolitische Anregungen für den Justizvollzug geben und gesundheitsfördernde Praxisformen des Vollzugsalltags vorstellen.

Außerhalb des Vollzugs bewährte Präventionsangebote und Versorgungsstrukturen werden auf ihre Relevanz zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation Inhaftierter hin überprüft und auf die Bedingungen des Justizvollzugs bezogen.

Letztendlich kann nur eine größere Transparenz und Durchlässigkeit des Systems „Justizvollzug“ dazu beitragen, individuelle gesundheitsorientierte Potenziale Gefangener anzuregen und zu fördern.

Die HerausgeberInnen

Heino Stöver, Bärbel Knorr

# **HIV und Hepatitis-Prävention in Haft – keine Angst vor Spritzen!**

**Band 28**



BIS-Verlag der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Umschlagfoto: Heino Stöver

Oldenburg, 2014

Verlag / Druck / Vertrieb

BIS-Verlag  
der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg  
Postfach 2541  
26015 Oldenburg

E-Mail: [bisverlag@uni-oldenburg.de](mailto:bisverlag@uni-oldenburg.de)  
Internet: [www.bis-verlag.de](http://www.bis-verlag.de)

ISBN 978-3-8142-2315-5

## **Inhalt**

Begrüßung <i>Silke Klumb</i>	7
Grußwort <i>Marco Jesse</i>	9
„DrogengebraucherInnen, Infektionen und Haft – Ergebnisse der Gefängnisstudie 2006/2007 und vorläufige Ergebnisse der DRUCK-Studie 2011-15 des RKI“ <i>Ruth Zimmermann, Doris Radun,</i>	13
Spritzenvergabe in (deutschen) Haftanstalten: Geschichte und Perspektiven <i>Heino Stöver, Bärbel Knorr</i>	31
Spritzenvergabe in spanischen Gefängnissen <i>Xavier Majo</i>	47
Spritzenvergabe in Haft in der Schweiz <i>Hans Wolff</i>	55
Normalisierung eines Modellprojektes? Spritzentausch in der JVA Lichtenberg <i>Daniela Staack</i>	65
„... und dann war’s plötzlich weg“ – Talkrunde	81
70 Jahre Hepatitis, 30 Jahre HIV: Prävention in Haft jetzt! Diskussionsrunde	91

Letter to Leon – a Perspective from Australia <i>Michael Levy</i>	105
Über die AutorInnen	109

## **Begrüßung**

Silke Klumb



Sehr geehrte Frau Ministerin a. D. Merk,  
sehr geehrte Frau Senatorin a. D. Peschel-Gutzeit,  
sehr geehrte Vertreter\_innen des Bundesgesundheitsministeriums  
und der Landesministerien für Justiz, Gesundheit und Soziales,  
sehr geehrte Leiter\_innen und Mitarbeiter\_innen der Justizvollzugsanstalten,  
sehr geehrte Mitarbeiter\_innen von Aidshilfen, Drogeneinrichtungen und  
Gefangenhilfe  
und ganz besonders unseren Gast aus Spanien

heiße ich im Namen der Deutschen AIDS-Hilfe, im Publikum auch vertreten  
durch Sylvia Urban, Vorstandsmitglied, herzlich willkommen oder auch bien  
venidos zu diesem Fachtag „HIV und Hepatitis-Prävention in Haft: Keine  
Angst vor Spritzen“.

Heute ist der internationale Tag der Menschenrechte, wir wollen anlässlich  
des Tages in diesem Jahr Menschen in Haft in den Mittelpunkt stellen und  
das Thema Spritzenvergabe wieder auf die politische Agenda bringen. Dafür  
haben wir gemeinsam mit akzept e.V., dem Bundesverband der Eltern und  
Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit und dem Paritätischen Gesamt-  
verband einen Aufruf gestartet – unter [www.drogenundmensenrechte.de](http://www.drogenundmensenrechte.de)  
können Sie den Aufruf unterzeichnen, wir sagen danke dafür!

Der Titel „Keine Angst vor Spritzen“ ist bewusst gewählt – wir nehmen die Ängste der Mitarbeiter\_innen und Verantwortlichen ernst und fragen: was können wir dazu beitragen, Ängste abzubauen?

Die Deutsche AIDS-Hilfe ist in diesem Jahr 30 Jahre alt geworden und ist fast von Anfang im Haftbereich engagiert. Ende der 80er Jahre wurde begonnen, die Spritzenvergabe außerhalb von Haftanstalten einzurichten, was damals auch noch nicht erlaubt war. Das war aus unserer Sicht und der unserer Mitstreiter\_innen die richtige Reaktion auf die bekannt gewordenen Infektionswege und eine sinnvolle Maßnahme. Die Forderung nach Spritzenvergabe auch im Strafvollzug gibt es seit Anfang der neunziger Jahre – über die Modelle und Hindernisse werden wir heute ausführlich diskutieren können.

In diesem Sommer hat die Deutsche AIDS-Hilfe einen „Antrag“ auf Spritzenvergabe an alle Justizanstalten gestellt – symbolisch natürlich, denn antragsberechtigt ist die Deutsche AIDS-Hilfe nicht. Die Reaktionen auf unseren Antrag haben wir so nicht erwartet, aber es war uns wichtig, unsere Position, d. h. die Spritzenvergabe als Maßnahme im Bereich des Infektionsschutzgesetzes, deutlich zu machen.

Was wir auch nicht erwartet haben: so viel Interesse an diesem Fachtag. Über 100 Menschen, die sich mit dem Thema beschäftigen wollen, ist ein großer Erfolg.

Nun wünsche ich uns allen konstruktive Diskussionen und spannende Erkenntnisse!



## Grußwort

Marco Jesse

*„HIV und Hepatitis-Prävention in Haft – keine Angst vor Spritzen !“*

Sehr geehrte Damen und Herren,  
liebe Kolleginnen und Kollegen,

ich danke den Veranstalter dieses Fachtages – der Deutschen Aids Hilfe und dem akzept-Bundesverband – dass Sie das Thema Spritzenvergabe in Haft erneut in den Blick genommen haben und mir die Gelegenheit geben hier mit einem Grußwort des Bundesverbands der Junkies, Ehemaligen, und Substituierten den Belangen von Drogen gebrauchenden Menschen Gehör zu verschaffen.

Die Inhaftierung von Konsumenten illegalisierter Substanzen gehört in ganz Deutschland nach wie vor zur traurigen Realität.

Besonders dieser Teil der Insassen lebt oftmals schon außerhalb von Vollzugsanstalten, aufgrund der schlechten Konsum- und Lebensbedingungen, mit einem deutlich höheren gesundheitlichen Risiko als andere Teile der Gesellschaft. Dies ist ebenso Folge von fehlenden Informationen wie – besonders auch in ländlichen Regionen – von Defiziten im Versorgungssystem.

Das Fehlen flächendeckender und passgenauer Unterstützungs- und Behandlungsangebote führt in vielen Fällen dazu, dass Drogengebraucher bereit sein müssen, vermeidbare Risiken für sich und ihre Gesundheit in Kauf zu nehmen.

Es liegt auf der Hand, dass sich diese ohnehin schlechte Ausgangslage im Fall einer Inhaftierung noch einmal massiv verschärft. Diese Tatsache ist



umso bedauerlicher, als das es in Justizvollzugsanstalten die Chance gibt, Neuinfektionen mit HIV und Hepatitis mit einfachsten Mitteln zu vermeiden!

Die anonyme und kostenfreie Abgabe von sterilen Spritzbestecken und sonstigen Konsumutensilien wie „Safer Sniff Set's“ und speziellen Rauchfolien ist in Haftanstalten erwiesenermaßen absolut risikolos möglich. Es kommt weder zu einem Anstieg der aufgefundenen Drogenmengen noch zu einem Anstieg des i. v.-Konsums an sich. Auch versehentliche oder gar vorsätzliche Nadelstichverletzungen bei Mitgefangenen und/oder Vollzugspersonal sind nicht dokumentiert.

Die Versuche, die im In- und Ausland mit solchen schadensminimierenden Angeboten gemacht werden und wurden zeigen überdeutlich, dass dieser bewährte Weg der Risikominderung, innerhalb des Justizvollzugs ohne die von vielen befürchteten Übergriffe Inhaftierter auf das Vollzugspersonal oder andere Gefangene, umsetzbar ist.

Solange aber die Spritzenvergabe im Strafvollzug auf sich warten lässt, sind wir alle gefordert, auch alternative Wege zu gehen. So wären beispielsweise Trainings zur Notfalldesinfektion denkbar, nach deren Absolvierung die notwendigen Materialien wie Jodlösung etc. zur Verfügung gestellt werden.

Erfolgreich können jedoch alle diese Maßnahmen nur dann wirklich sein, wenn sie anonym angeboten oder – wo das nicht möglich ist – absolut sanktionsfrei gehalten werden. Nur wenn dies mit allen Parteien verlässlich vereinbart ist, können wir Drogengebraucherinnen und Drogengebraucher, motivieren präventive Angebote wahrzunehmen. Erfolgt direkt nach der Aushändigung von Spritzen oder der Teilnahme an Trainings eine Zellendurchsuchung, werden Lockerungen verwehrt oder ähnliches, wird niemand an diesen Maßnahmen teilnehmen wollen.

Aber nicht nur für solch präventive Maßnahmen birgt der Strafvollzug Chancen, die bisher ungenutzt bleiben.

Die vorgeschriebenen Zugangsuntersuchungen ermöglichen einen schnellen und umfassenden Überblick über den aktuellen Gesundheitszustand der inhaftierten Konsumenten. Daraus können und müssen sich weitere Schritte ableiten – beispielsweise eine Impfpflicht gegen Hepatitis A und B –. Die Teilnahme an den notwendigen Wiederholungsimpfungen, die in Freiheit oftmals schwierig sein kann, weil Drogengebraucher gezwungen sind andere Prioritäten zu setzen, sind in einem geschlossenen System wie es der Justizvollzug bildet, absolut problemlos zu realisieren.

Ähnlich verhält es sich mit der Behandlung bereits vorliegender schwerwiegender chronischer Erkrankungen wie der Hepatitis C. Auch hier kann und sollte die Zeit der Inhaftierung sinnvoll genutzt werden, um die Möglichkeiten einer Interferonbehandlung ernsthaft zu prüfen. Konsumenten an die Behandlung heranzuführen, sie über Risiken und Chancen einer solchen Therapie aufzuklären und ggfs. mit der Behandlung zu beginnen kann und darf nicht aus Kostengründen auf die Zeit nach der Entlassung verschoben werden. Die Gesundheitsschäden, die in dieser verlorenen Zeit weiter fortschreiten, sind in den meisten Fällen nicht mehr reparabel. Besonders mit aufkommen der neuen Kombinationstherapien sind auch bei kürzeren Haftstrafen Behandlungen erfolgreich zu beenden.

Wo eine Behandlung nicht aufgenommen werden kann, stellen sich besondere Herausforderungen für die Zeit nach der Inhaftierung. Der Zugang zu Informationen über Fachärzte und ggfs. auch die zielgenaue Vermittlung in weiterführende Behandlung muss zum Standard in der Entlassungsvorbereitung werden.

Gleiches gilt selbstverständlich auch für die Therapie anderer chronischer Erkrankungen wie HIV. Die Behandlung solch massiver Folgen des Drogenkonsums ist ein wichtiger Teil der Reintegration.

Die Versorgungsqualität muss dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechen und darf nicht dem geringen Budget eines medizinischen Dienstes entspringen. Der Zugang zu spezialisierten Medizinern aus den einzelnen Fachrichtungen muss – wenn nicht innerhalb der JVA dann über Ausführungen – jederzeit möglich gemacht werden.

Ein weiterer wichtiger Aspekt in der Auseinandersetzung mit dem Thema Schadensminimierung in Haft ist die substituionsgestützte Behandlung. Wie in Freiheit sollte jeder Gefangene die Gelegenheit haben sich substituieren zu lassen. Dabei sind dieselben Maßstäbe anzuwenden wie in der regulären Behandlung. Eine Beschränkung auf die bloße Fortführung bestehender Substitutionen reicht bei weitem nicht aus. Wir wissen seit langem, dass ein nicht unerheblicher Teil der Drogenkonsumenten erst im Knast mit psychoaktiven Substanzen in Berührung kommt. Auch für diesen Teil sind Behandlungszugänge zu schaffen.

Wahlfreiheit beim Substitutionsmittel ist auch im Strafvollzug ebenso geboten, wie das Vorhalten von Psycho-Sozialer Begleitung (PSB) wenn diese gewünscht wird. Insbesondere mit Blick auf die Resozialisierung kann der

PSB eine große Bedeutung zukommen. Nicht zuletzt muss perspektivisch auch die Behandlung mit Diamorphin in Haft in den Blick genommen werden und Umsetzung finden.

Last but not least stellt sich noch eine weitere Aufgabe vor der Haftentlassung Drogen gebrauchender Menschen.

Die Statistiken beweisen, dass in der Zeit kurz nach Entlassung aus geschlossenen Einrichtungen, ein Großteil der tödlichen Überdosierungen auftritt. Dies hauptsächlich im privaten Rahmen und oftmals im Beisein von anderen Drogenkonsumenten.

Diese Erkenntnis macht es notwendig, schon vor der Haftentlassung Drogennotfalltrainings anzubieten! Dieses sollte nach Möglichkeit mit einer Unterweisung in der Anwendung von Naloxon verbunden sein welches zur Entlassung ausgegeben werden kann. Diese Maßnahme würde sich sicher günstig auf die Zahl der Drogentoten auswirken.

Nun wissen wir alle Strafvollzug ist Sache der Bundesländer. Dennoch, die Bundespolitik ist hier ebenso in der Pflicht wie die jeweiligen Landesregierungen und die Justizverwaltungen. Dem, zumindest auf dem Papier existenten, Gleichbehandlungsgrundsatz muss endlich zu einer konsequenten Umsetzung verholfen werden.

Dies ist eine Frage elementarster Grund- und Menschenrechte!!

Der anonyme Zugang zu sterilen Einwegspritzen rettet Menschenleben! Auch wenn dies erst auf längere Sicht zum Tragen kommt so ist es doch das wichtigste Argument für dieses Angebot. Dass ein drogenfreier Strafvollzug eine Utopie ist, ist allen Verantwortlichen seit langem bekannt. Die logischen Konsequenzen die daraus gezogen werden müssen habe ich versucht darzulegen.

Auch wenn Drogenkonsumenten gegen Gesetze verstoßen haben, so geben sie nicht am Tor der Vollzugsanstalt ihre Grundrechte ab. Diese behalten ihre Gültigkeit und müssen in einer menschenwürdigen Behandlung Umsetzung finden.

Ich danke Ihnen für die Aufmerksamkeit und wünsche uns allen anregende Diskussionen und einen erfolgreichen Fachtag.

## **DrogengebraucherInnen, Infektionen und Haft**

### **Ergebnisse der Gefängnisstudie 2006/2007 und vorläufige Ergebnisse der DRUCK-Studie 2011-15 des RKI**

Ruth Zimmermann, Doris Radun

#### **Hintergrund**

In Deutschland durchlaufen jährlich über 200.000 sozial und gesundheitlich belastete Menschen die Justizvollzugsanstalten. Es wird angenommen, dass etwa die Hälfte aller Haftinsassen drogenerfahren ist und etwa 50% der Drogenkonsumenten mit intravenösem Konsum diesen auch in Haft mit z. T. riskanten Konsummustern fortsetzen. Es ist bekannt, dass Haftaufenthalte einen Risikofaktor für den Beginn eines Drogenkonsums darstellen.

Schätzungen zufolge lebten im Jahr 2012 in Deutschland 229.000–272.000 Menschen mit problematischem Drogenkonsum vor allem von Heroin, Kokain und Amphetaminen, entsprechend einer Prävalenz von 4,3–5,0 pro 1.000 Einwohnern unter den 15–64 Jährigen (1). Nicht immer werden diese Substanzen injiziert. Um die Zahl auf injizierende Drogengebraucher/innen einzugrenzen, versucht man, durch Berechnungen auf der Basis von Zahlen aus Behandlung, Polizeikontakten und Drogentoten zu einer Schätzung der Zahl problematischer Konsumenten von Heroin zu kommen. Diese ergibt zwischen 62.000 und 203.000 Personen mit problematischem Heroinkonsum (im Jahr 2012), dies entspricht einer Rate von 1,1 bis 3,8 Personen pro 1.000 Einwohner zwischen 15 und 64 Jahren (1).

Sowohl Hepatitis B (HBV), Hepatitis C (HCV) wie auch HIV sind parenteral übertragbare Viruserkrankungen, die weltweit in der Risikopopulation von i.v. Drogengebraucher/innen (IVD) hyperendemisch sind und weiter verbreitet werden, wo Tausch von Injektionsmaterial oder anderem Zubehör praktiziert wird. Für die Übertragung dieser Infektionen können darüber hinaus ungeschützte sexuelle Kontakte sowie die in Haft (und auch extramural) verbreitete Praxis des Tätowierens unter unsterilen Bedingungen beitragen.

Repräsentative Daten für Deutschland fehlen allerdings. Daten aus jüngerer Zeit liegen nur vereinzelt vor und beziehen sich in der Regel auf kleinere Gruppen, die wenig repräsentativ sind. Backmund et al. fanden unter 1.049 Patienten, die zwischen 1991 und 1996 zur Entgiftung stationär in ein Münchener Krankenhaus aufgenommen wurden, eine HIV-Prävalenz von 4,8%. 92% der HIV-infizierten Personen waren gleichzeitig HCV infiziert. Insgesamt 61.3% waren Anti-HCV positiv, und 40.2% positiv für Anti-HBc (2, 3). In Untersuchungen bei Benutzern von niedrigschwelligen Drogenhilfeeinrichtungen in den 90er Jahren bestimmten Stark et al. HIV-Prävalenzen von 15% und 18% (4–6). 83% der männlichen IVD und 93% der weiblichen wiesen in der Querschnittsstudie in Berlin mit 324 Untersuchten Antikörper gegen HCV (Anti HCV) auf, und 65% der Männer bzw. 76% der Frauen hatten Antikörper gegen Hepatitis B (4). Brack untersuchte die HBV und HCV Prävalenz bei Heroinkonsumenten in Hamburg, die zur Behandlung ihrer Abhängigkeit stationär aufgenommen wurden und fand eine Hepatitis C-Antikörper-Prävalenz von 59,9%. Anti HBc als Marker eines Kontakts mit HBV war bei 41,4% nachweisbar, und HBsAg als Zeichen einer aktuellen HBV-Infektion bei 1,2%. HCV-HBV-Koinfektionen lagen bei 33,1% vor (7). Reimer et al. fanden bei 1.512 IVD, die zwischen 2001 und 2003 in einem westfälischen Krankenhaus zur Entgiftung aufgenommen wurden, Anti HCV bei 75% und Anti HBc bei 53% (8). Thane et al. werteten die Szenebefragung 2008 in Deutschland aus und fanden bei 791 Personen, die geantwortet hatten, aus 13 Städten, eine selbstberichtete Prävalenz von 4,8% für HIV und von 53,4% für HCV (9). In der Befragung der offenen Drogenszene Frankfurts gaben im Jahr 2010 65% der Befragten an, Hepatitis C positiv zu sein, 6% berichteten, eine HIV-Infektion und 2% eine Hepatitis B zu haben. Im Jahr 2012 wurden die Hepatitis C anders abgefragt, so dass die Angabe von 45% HCV nicht als sinkender Trend zu verstehen ist. Eine HIV-Infektion wurde 2012 von 4% berichtet, eine Hepatitis B Infektion von 3% (10).

Ein systematischer Review untersuchte die Prävalenz des Drogenkonsums von 7.563 Inhaftierten und zeigte, dass Drogenmissbrauch oder -abhängigkeit bei 10 bis 48% der männlichen und bei 30 bis 60% der weiblichen Gefängnisinsassen bei Haftantritt vorlag (11). Eine Metaanalyse, die 30 Studien mit über 31.000 Gefängnisinsassen einschloss, ergab eine HCV-Antikörperprävalenz zwischen 30 und 40%. Das Risiko, HCV positiv zu sein, war für IVD im Vergleich zu Nicht-IVD 24-fach erhöht. Auch Tätowierung zeigte sich als Risiko: Tätowierte Insassen hatten eine 3-fach erhöhte HCV-Seroprävalenz im Vergleich zu Nicht-Tätowierten (12). Eine Querschnittsstudie in sechs europä-

ischen Gefängnissen, darunter auch ein deutsches, in der Speichelproben von 817 Insassen untersucht und diese befragt wurden, zeigte neben einer Drogenkonsum-Lebenszeitprävalenz von 27% eine HIV-Prävalenz von 4% unter IVD und 1% unter Nicht-IVD, sowie eine hohe Prävalenz von Tätowierung im Gefängnis (18%) (13). Länger zurückliegende deutsche Studien belegen die Risiken, die insbesondere beim Drogenkonsum in Haft eingegangen werden und parenteral und sexuell übertragene Infektionen begünstigen (6).

Drogen injizierende Menschen, sind sowohl außerhalb des Gefängnisses, besonders aber während einer Inhaftierung, also Infektionen mit Blut-übertragenen Erregern in hohem Maße ausgesetzt.

Im Folgenden werden zwei Studien vorgestellt, die sich mit diesem Thema beschäftigen, und an denen das Robert Koch-Institut (RKI) beteiligt war oder noch ist. Es handelt sich zum einen um eine Untersuchung bei Inhaftierten aus dem Jahr 2006/2007, die zeigt, wie verbreitet und risikobehaftet Drogenkonsum in Haft ist. Ergänzend werden ausgewählte Daten zum Thema von einer Befragung von JVA-Bediensteten vorgestellt. Zum anderen wird das Thema aus vorläufigen Daten einer derzeit laufenden Studie bei IVD beleuchtet.

## **(1) Studie zur Prävalenz von Hepatitis B, Hepatitis C, HIV und infektionsrelevantem Risikoverhalten unter Insassen ausgewählter Justizvollzugsanstalten in Deutschland**

in Verbindung mit einer standardisierten Befragung von Justizbediensteten zu Wissen, Einstellungen, Risikobewusstsein und Verhalten zu Hepatitis B, Hepatitis C, HIV und Drogenkonsum

Da repräsentative und aktuelle Daten zum Thema fehlten, wurde 2006/2007 eine räumlich umfassendere Querschnittsstudie zur Prävalenz von Hepatitis B, Hepatitis C, HIV und zu Kenntnissen, Einstellungen und Risikoverhalten in Bezug auf Infektionskrankheiten unter Insassen ausgewählter Justizvoll-

zugsanstalten (JVAen) in Deutschland initiiert. Neben der Bestimmung der Seroprävalenz von HIV, HBV und HCV sollte das mit diesen Infektionen assoziierte Risiko- und Präventionsverhalten und Wissen von Inhaftierten erhoben werden. Des Weiteren wurde der Wissensstand zu o. g. Infektionskrankheiten auch bei Justizbediensteten untersucht. Übergeordnetes Ziel der Studie war es, infektionsrelevante Präventionspotentiale im deutschen Justizvollzug zu erschließen.

Von Oktober 2006 bis März 2007 führten das Robert Koch-Institut (RKI) und das Wissenschaftliche Institut der Ärzte Deutschlands e.V. (WIAD) die Querschnittsstudie unter Insassen ausgewählter JVAen in Deutschland durch, ergänzt durch eine standardisierte Befragung von Justizbediensteten zu Wissen, Einstellungen, Risikobewusstsein und Verhalten zu HBV, HCV, HIV und Drogenkonsum durchgeführt. Die Studie wurde aus Mitteln des *European Network on Drugs' and Infections' Prevention in Prison* (ENDIPP) sowie vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert. Das Votum der Ethikkommission der Charité sowie des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit lagen vor.

Die Stichprobe der teilnehmenden JVA-Insassen sollte im Wesentlichen die Gesamtheit der Haftinsassen Deutschlands repräsentieren, was durch eine entsprechende Auswahl der in Frage kommenden Haftanstalten gewährleistet wurde. Um auch für kleinere Gruppen, wie weibliche Haftinsassen, oder Jugendstrafhäftlinge Aussagen treffen zu können, wurden diese Teilnehmer übergesampelt, und die Stichprobe anschließend einer Gewichtung unterzogen. Die Verhaltensdaten wurden mittels eines standardisierten Fragebogens erhoben. Im Fragebogen wurden neben soziodemographischen und strafrechtlichen Merkmalen Angaben zur Sexualität, zu Drogenkonsum und Risikoverhalten, zum Kenntnisstand in Bezug auf HIV, HCV und HBV sowie Tuberkulose und zur medizinischen Versorgung in Haft erfasst. Der Fragebogen stand, neben der deutschen Fassung, in sechs weiteren Sprachen (türkisch, arabisch, serbokroatisch, italienisch, polnisch, russisch) zur Verfügung. Die Testungen auf Infektionen erfolgten aus Kapillarblutproben der Teilnehmer/innen, die auf Filterpapier getropft und getrocknet wurden. Biologische und Verhaltensdaten wurden anonymisiert erhoben und zur Auswertung verknüpft. Die Laboruntersuchungen wurden vom Institut für Medizinische Mikrobiologie der Universitätsklinik Gießen sowie von der damaligen Projektgruppe HIV-Variabilität und Molekulare Epidemiologie des Robert Koch-Instituts durchgeführt.

Die Befragung der JVA-Bediensteten erfolgte ebenfalls durch einen standardisierten Fragebogen.

Im Folgenden werden ausgewählte Ergebnisse der Studie vorgestellt. Die Teilergebnisse, die der Verhaltensbefragung von Gefangenen entstammen, wurden dem Bericht „Infektionskrankheiten unter Gefangenen in Deutschland: Kenntnisse, Einstellungen und Risikoverhalten“ von Eckart und Weilandt entnommen (14). Ergebnisse der serologischen Untersuchungen entstammen den Daten der am RKI von Radun et al. durchgeführten Untersuchungen und Analysen (15).

### **Ausgewählte Ergebnisse der Untersuchung von Insassen**

Die Untersuchung wurde in sechs JVAen in drei Bundesländern durchgeführt. Insgesamt wurden 1.658 Häftlinge kontaktiert, von denen 1.578 (95%) die Fragebogen ausfüllten und 1.521 (92%) eine Blutprobe abgaben. Unter den Teilnehmer/innen waren 14% Frauen. Das Altersspektrum der Teilnehmer reichte von 16–71 Jahren (Median: 28 Jahre). Der Anteil von Migranten betrug 25% und stellte in Bezug auf die Deutsche Haftstatistik eine repräsentative Verteilung dar. Auch in Bezug auf die Haftdauer lag eine repräsentative Stichprobe von Teilnehmern vor.

35% der Befragten (n=1.527) gaben an, „In Haft wegen eines Drogendeliktes“ zu sein. Ein knappes Drittel der untersuchten Insassen (29,7%; n=1.511) gaben an, jemals Drogen gespritzt zu haben. „Eigener Konsum von Heroin“ wurde von 37,7% der Befragten (n=1.211) bejaht, wobei 22,7% innerhalb und außerhalb von Haftanstalten konsumiert hätten, 12,5% nur außerhalb und 2,5% nur innerhalb von Haftanstalten. 30% der Befragten gaben an, sich „im Gefängnis tätowieren“ lassen zu haben (n=1.519). Sexuelle Dienstleistungen im Tausch gegen Geld wurden nur von neun Personen bejaht (0,6% von 1.198). (14)

Personen, die die generelle Frage nach intravenösem Konsum bejaht hatten, wurden weiter zu ihrem Konsum befragt, allerdings waren die Zahlen verwertbarer Antworten eher gering. Von 517 antwortenden Personen gab ein Drittel an, jemals auch in Haft i.v.-Drogen konsumiert zu haben. 8,7% von 425 Antwortenden berichtete, dass ihr erster i.v.-Konsum in Haft stattgefunden hätte. Die meisten Personen hätten bis kurz vor Inhaftierung Drogen injiziert (51,1% am Tag des Haftantritts; 18,0% in der Woche davor). Bei 12%



lag der letzte i.v.- Konsum vor Haftantritt mehr als ein Jahr vor der Inhaftierung. (14)

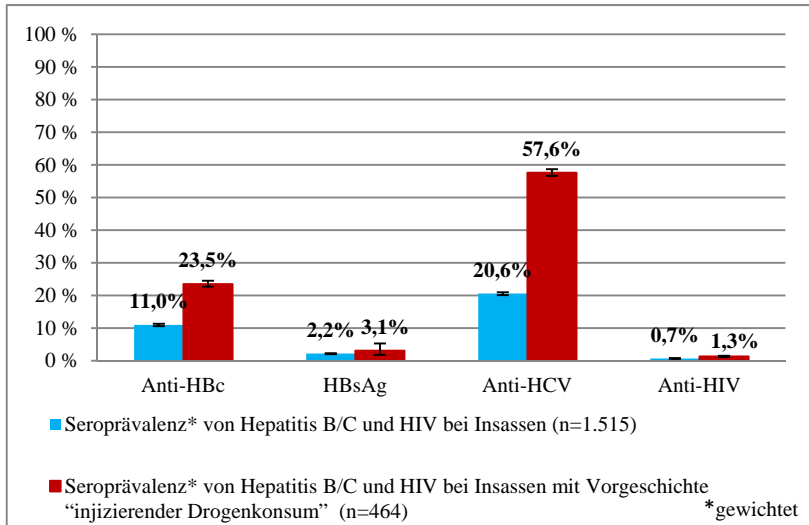


Abb. 1: Gewichtete Seroprävalenz von Markern einer Hepatitis B-, Hepatitis C- und HIV-Infektion bei Insassen (n=1.515) und Insassen mit der Vorgeschichte „injizierender Drogenkonsum“ (n=464), entnommen aus: (16)

Bei 11% der teilnehmenden Insassen (n=1.515) lag Anti HBc als Marker einer Durchseuchung mit Hepatitis B vor (95% KI 10,6–11,3). Bei 2,2% (95% KI 2, 2,3) lag HBsAg vor, das eine aktuelle (akute oder chronische) Infektion anzeigt. Antikörper gegen HCV waren bei 20,6% (95% KI 20,1–21,0) nachweisbar und HIV-Antikörper bei 0,7% (95% KI 0,6–0,8). Unter den Insassen mit der Vorgeschichte „injizierender Drogenkonsum“ (n=464/1.490; 29.9%) lag Anti HBc bei 23,5% vor (95% KI 22,7–24,5), bei 3,1% (95% KI 1,8–5,3) lag HBsAg vor, bei 57,6% (95% KI 56,6–58,7) lagen HCV-Antikörper vor und bei 1,3% (95% KI 1,1–1,5) waren HIV-Antikörper nachweisbar. (15)

Von 13 HIV-positiv getesteten Personen kannte ein Drittel der Betroffenen ihren/seinen positiven HIV-Status nicht, ebenso groß war der Anteil unbekannter Infektionen unter den HCV-positiv Getesteten. Von den HBV-positiv Getesteten kannten sogar 72% ihren positiven Infektionsstatus nicht.

## **Kenntnisse von HIV-Übertragungswegen**

Die Befragten waren gebeten, zu insgesamt zehn möglichen Übertragungswegen anzugeben, ob sie glauben, dass eine Ansteckung mit HIV auf diese Weise möglich ist oder nicht möglich ist oder ob sie es nicht wissen. Jeweils etwa 90% der Befragten kannten gut die Übertragungswege „Geschlechtsverkehr ohne Kondom“ (91,3%), „Spritze“ (91,1%) und „Blutsbrüderschaft schließen“ (88,9%). „Tätowieren“ (81,2%) und „Benutzen der Rasierklinge eines Infizierten“ (78,2%) waren etwas weniger gut bekannt. Bei Übertragungswegen, die tatsächlich eher nicht risikobehaftet sind, waren die Anteile der Befragten, die korrekt mit „nein“ antworteten, deutlich geringer: 41,4% nur verneinten, dass der Kontakt mit dem Speichel eines Infizierten HIV übertragen könne, und 41,3% waren der Meinung, dass darüber HIV übertragen werden kann. Eine Übertragung von HIV durch einen Mückenstich bejahten (fälschlicherweise) 33,1% und bejahten 41,2%, die Übertragung durch „Benutzen des Trinkglases eines Infizierten“ hielten immerhin noch 21,1% für möglich (61,1% „nein“ und 17,8% „weiß nicht“). Die beiden letzten Kategorien „Kontakt mit Toilettensitz“ und „Händeschütteln mit einem Infizierten“ wurden von 13,9% und 4,6% bejaht, und von 67,4% und 83,8% nicht für möglich gehalten. Zusammenfassend kann man sagen, dass die Befragten vergleichsweise gut über tatsächliche Risiken der Übertragung informiert waren, jedoch besteht größere Unsicherheit bezüglich vermeintlich existenter, aber tatsächlich ineffektiver Übertragungswege. Weilandt et al. heben in diesem Zusammenhang den Aufklärungsbedarf im Hinblick auf den Umgang mit Infizierten im Gefängnis hervor. Das fehlende Wissen darüber, welche Alltagskontakte nicht gefährlich für Nicht-Infizierte sind, verstärkt das Problem der Stigmatisierung und Diskriminierung von Infizierten. (14)

## **Ausgewählte Ergebnisse der Befragung von Bediensteten**

Insgesamt nahmen 233 Justizvollzugsbedienstete (JVB) aus sechs Haftanstalten an der Befragung zu zu Wissen, Einstellungen, Verhalten und Einschätzungen bezüglich HIV/AIDS, HBV, HCV, Tuberkulose und Drogenkonsum im Strafvollzug teil. Die Befragung fand Ende 2006 / Anfang 2007 im Rahmen der Studie bei Insassen statt. 67,7% der befragten JVB waren männlich. Es haben 218/233 (93,1%) der Befragten haben Angaben zum Alter gemacht: sie waren zwischen 20 und 64 Jahren (Median: 41 Jahre) alt. Die überwiegende Anzahl der JVB war im Strafvollzug beschäftigt (79,7%), 15,2% der Befragten in der Verwaltung und 5,1% im medizinischen Bereich.

Neben ihrem Wissen zu den vier interessierenden Infektionen wurden JVB auch zu Bedingungen befragt, die aus ihrer Sicht die Arbeit erschweren. Von 233 antwortenden Bediensteten gaben 77,5% Gewalt an, 69,2% Drogenhandel im Gefängnis, dicht gefolgt von Drogenkonsum der Gefangenen (63,6%) und versteckten Spritzen in den Zellen (61,1%). Weitere die Arbeit erschwere Bedingungen waren aus Sicht der Bediensteten Alkoholkonsum unter den Gefangenen (46,9%), Hepatitis (42,8%), HIV-Infektionen (41,0%), Tuberkulose-Infektionen (30,7%) unter den Gefangenen und sexuelle Kontakte zwischen den Gefangenen (21,8%).

Befragt nach Formen von sexuellen Kontakten im Gefängnis gaben 85,6% der befragten JVB an, dass Geschlechtsverkehr unter Gefangenen in gegenseitigem Einverständnis stattfände. Weiterhin gaben 84,7% an, dass Geschlechtsverkehr mit der Ehefrau, Partnerin oder mit der Freundin stattfände. Insgesamt 77,3% der JVB gaben an, dass Geschlechtsverkehr als Zahlungsmittel im Strafvollzug stattfände und 65,9% gaben an, dass Geschlechtsverkehr in Form von Vergewaltigung zwischen den Gefangenen vorkäme.

Die Bediensteten wurden gebeten, die Verbreitung von Substanzkonsum (anhand ausgewählter Substanzen: Cannabis, Heroin/Opiate, Alkohol und andere, z.B. Tabletten) unter Inhaftierten im Strafvollzug einzuschätzen. 40,6% der JVB schätzten, dass 30% bis 50% der Gefangenen Cannabis in Haft konsumierten. Weiterhin schätzten mehr als die Hälfte der Bediensteten (53,9%), dass Alkoholkonsum bei null bis 25% der Inhaftierten vorkäme. Außerdem schätzten zwei Drittel (60,9%) der JVB, dass bis zu 25% der Gefangenen Heroin bzw. Opiate konsumierten, weitere 30%, dass zwischen 30 und 50% der Inhaftierten Opiatkonsum betrieben. 42,0% der JVB schätzten, dass bis zu 25% der Gefangenen andere Drogen (z.B. in Tablettenform) konsumierten, weitere 40% gaben den Konsum anderer Drogen für geschätzte 30 bis 50% der Inhaftierten an. Die genauen Ergebnisse sind in Tabelle 1 dargestellt.

Schließlich wurden die JVB nach ihren Einstellungen zum injizierenden Drogenkonsum unter Gefangenen befragt. Ihnen wurden drei Aussagen vorgestellt mit der Bitte anzugeben, ob sie dieser Aussage zustimmen oder nicht zustimmen. Für fast alle antwortenden JVB (225/227; 99,1%) stellten injizierende Drogenabhängige ein Risiko dar, andere mit HIV oder Hepatitis anzustecken. Weiterhin befand etwa ein Zehntel der Bediensteten (20/202; 9,9%), dass ein Drogensüchtiger, der Drogen spritze, keine Unterstützung verdiente. Insgesamt stimmten über 90% der JVB (204/224; 91,1%) aber der Aussage

zu, dass Drogensucht eine Krankheit ist, die eine medizinisch behandelt werden sollte.

Tab. 1 Einschätzung von Bediensteten zur Verbreitung von Substanzkonsum unter Inhaftierten

	0–25%	30–50%	55–75%	80–100%	Gesamt
<b>Cannabis</b>	32 (14,7 %)	88 (40,6 %)	64 (29,5 %)	33 (15,2 %)	<b>217</b>
<b>Alkohol</b>	117 (53,9 %)	74 (34,1 %)	19 (8,8 %)	7 (3,2 %)	<b>217</b>
<b>Heroin/Opiate</b>	126 (60,9 %)	63 (30,4 %)	16 (7,7 %)	2 (1,0 %)	<b>207</b>
<b>andere (Tabletten)</b>	89 (42,0 %)	85 (40,1 %)	30 (14,2 %)	8 (3,8)	<b>212</b>

Quelle: „Anonyme Studie zu Gesundheit in Gefängnissen. Eine Querschnittsuntersuchung zu Wissen, Einstellungen, Verhalten und Einschätzungen bezüglich HIV/AIDS, Tuberkulose, Hepatitis B, Hepatitis C und Drogenkonsum im Strafvollzug, Deutschland 2006/2007“ Auswertungsbericht November 2008, RKI

Schließlich wurden die JVB nach ihren Einstellungen zum injizierenden Drogenkonsum unter Gefangenen befragt. Ihnen wurden drei Aussagen vorgestellt mit der Bitte anzugeben, ob sie dieser Aussage zustimmen oder nicht zustimmen. Für fast alle antwortenden JVB (225/227; 99,1%) stellten injizierende Drogenabhängige ein Risiko dar, andere mit HIV oder Hepatitis anzustecken. Weiterhin befand etwa ein Zehntel der Bediensteten (20/202; 9,9%), dass ein Drogensüchtiger, der Drogen spritze, keine Unterstützung verdiente. Insgesamt stimmten über 90% der JVB (204/224; 91,1%) aber der Aussage zu, dass Drogensucht eine Krankheit ist, die eine medizinisch behandelt werden sollte.

67% der Befragten äußerten sich einer Einführung von sterilen Spritzen zum Drogenkonsum in Haftanstalten ablehnend gegenüber und 79% waren gegen eine Einführung steriler Tätowiernadeln in Haft.

(2)

## **DRUCK-Studie (Drogen und chronische Infektionskrkrankheiten in Deutschland)**

Um die Verbreitung von HBV, HCV und HIV bei IVD sowie deren Verhalten, Einstellungen und Wissen zu diesen Infektionen zu erfassen, wurde im Jahr 2011 vom Robert Koch-Institut (RKI) die DRUCK-Studie (Drogen und chronische Infektionskrkrankheiten) initiiert. Die Ergebnisse sollen in gezielte Präventionsempfehlungen zum Schutz vor HIV und Hepatitiden bei IVD einfließen.

Nach Pilotierung des Studiendesigns im Jahr 2011 in Berlin (in Kooperation mit der Berliner Drogenhilfeeinrichtung Fixpunkt e.V.) und in Essen (in Kooperation mit der Drogenhilfeeinrichtung Suchthilfe direkt, der Klinik für abhängiges Verhalten der Universität Essen und dem Gesundheitsamt Essen) wird die DRUCK-Studie seit 2012 unter Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit in mehreren Städten Deutschlands mit größerer Drogenszene durchgeführt. Die Datenerhebung wird Mitte 2014 abgeschlossen, die Studienlaufzeit endet im März 2015.

### **Methoden**

Die Durchführung erfolgt in jeder Stadt je nach lokalen Begebenheiten in Kooperation mit niedrigschwelligen Drogenhilfeeinrichtungen, lokalen AIDS-Hilfen und dem öffentlichen Gesundheitsdienst. An der Studie sollen Personen (Mindestalter 16 Jahre) teilnehmen, die innerhalb der letzten 12 Monate in der jeweiligen Studienstadt Drogen injiziert haben. Die Teilnahme ist anonym und unabhängig vom Infektionsstatus und dessen Kenntnis.

Das Votum der Ethikkommission der Charité und die Zustimmung des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit für die Durchführung der Studie liegen vor.

Um eine möglichst repräsentative Stichprobe dieser Personengruppe zu erreichen, wird zur Gewinnung von Teilnehmern ein modifiziertes Schneeballverfahren, *Respondent Driven Sampling* (RDS) verwendet, welches sich die innerhalb der Gruppe der Drogenkonsumenten bestehenden sozialen Netzwerke zu Nutze macht (17). So sollen auch IVD für die Teilnahme gewonnen

werden, die bisher nicht Angebote der niedrigschwelligen Drogenhilfe in Anspruch genommen haben und nicht an diese Einrichtungen angebunden sind. Die RDS-Methode hat sich in einigen anderen europäischen und außereuropäischen Ländern bei der Rekrutierung von schwer erreichbaren Gruppen wie Drogengebraucher/innen bewährt (18–20) und wird im Rahmen der DRUCK-Studie erstmals in Deutschland angewendet. Die beiden Pilotprojekte in Berlin und Essen haben eine gute Machbarkeit ergeben (21).

Die Teilnehmer/innen (TN) werden mit Hilfe eines ausführlichen Fragebogens von geschulten Interviewer/innen befragt. Neben demographischen Charakteristika werden Fragen zum Drogenkonsum, einer etwaigen Behandlung der Drogenabhängigkeit, zu Nadel- Spritzentausch und Tausch anderer Utensilien beim Drogenkonsum, Sex, Gefängnisaufenthalt, Vortestungen (HIV/Hepatitis) und dem Wissen über die Infektionen und deren Übertragung gestellt. Die Beantwortung des Fragebogens dauert ca. 30–45 Minuten. Außerdem werden die TN gebeten, einige auf spezielles Filterpapier aufgetragene Blutropfen abzugeben, die dann im Labor untersucht werden. Die Validierung dieser Testmethode wurde zuvor beschrieben (22). Befragung und Untersuchung erfolgen anonym. Die Durchführung eines anonymen HIV-Schnelltestes mit entsprechender Beratung wird jedem Studienteilnehmer zusätzlich angeboten. Die Vortestberatung sowie die Rückgabe der HIV- und HCV-Testergebnisse erfolgt im Rahmen eines Beratungsgesprächs durch Studienärzt/innen und geschulte Testberater/innen. Neu positiv getestete TN erhalten neben der Beratung die Möglichkeit der Weitervermittlung in die ärztliche Versorgung.

Die TN erhalten für das Ausfüllen des Fragebogens und die Abgabe der Blutprobe eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 10 Euro und eine Belohnung (5 EURO) für die erfolgreiche Gewinnung weiterer bis zu drei Studienteilnehmer.

Erste vorläufige Ergebnisse zeigen deutliche Unterschiede der Drogenszenen, der hauptsächlich konsumierten Substanzen und auch der Prävalenz der getesteten Infektionen in den einzelnen Studienstädten. Vorläufige, noch unadjustierte Ergebnisse liegen bisher für Berlin, Essen (2011), Leipzig (2012) und Frankfurt/Main (2013), teilweise auch Köln und Hannover (2013) vor. In den Studienstädten lag der Anteil von Frauen an der Studienpopulation zwischen 18% und 25%. Das mediane Alter der TN lag je nach Stadt zwischen 30 und 41 Jahren. Unterschiedlich war auch je nach Stadt der Anteil von TN, die nicht in Deutschland geboren sind, er bewegte sich zwischen 10% und

31%. Im Mittel hatten 86% der TN in den letzten 30 Tagen Drogen injiziert, bei den anderen lag der letzte i.v.-Konsum innerhalb des letzten Jahres. Unter den TN waren zwischen 37% und 65% aktuell in Opioidsubstitution (OST). Nach Angaben der TN waren zwischen 50% und 76% von ihnen jemals zuvor in ihrem Leben obdachlos.

Ein großer Teil der Befragung betrifft *Unsafe use*-Verhaltensweisen, abgefragt immer für den Zeitraum der letzten 30 Tage. Daten der Pilotstädte zeigen, dass zwar das Benutzen von fremden, (von anderen benutzten) Spritzen und Nadeln nur von 11% der TN angegeben wird, dass aber das Teilen von Wasser, Löffeln, Filtern deutlich weiter verbreitet ist. Zusammengefasst wurde *Unsafe use* von insgesamt 42% der TN (Berlin und Essen) berichtet. Die Anzahl von Konsumpartnern, mit denen geteilt wird, war mit 1,2 Personen im Mittel eher gering (21).

Neben einer Hepatitis C-Antikörper-Prävalenz zwischen 31% und 73% fand sich eine Hepatitis C-RNA-Prävalenz zwischen 23% bis 50%, d. h. bis zu 50% der IVD einer Stadt sind Hepatitis C-infiziert, können andere anstecken und sind potentiell behandlungsbedürftig. Die HIV-Prävalenz schwankte zwischen 0 und 9,1% der TN einer Stadt. Durchgehend in allen bisherigen Studienstädten wurde eine niedrige Prävalenz gegen Hepatitis B geimpfter IVD gefunden: vorläufige Analysen zeigen, dass nur 15% bis 25% der IVD geimpft sind, und 15% bis 30% eine Hepatitis B durchgemacht haben.

Die DRUCK-Studie erhebt auch detaillierte Daten zu Haftaufenthalten und Drogenkonsum in Haft. Vorläufige Auswertungen zeigen, dass in allen Städten der Anteil bereits mindestens einmal im Leben Inhaftierter mit 76% bis 86% der IVD sehr hoch war. Die Gesamthaftdauer lag in Berlin, Essen, Leipzig und Frankfurt zwischen 44 und 66 Monaten, im Median je nach Stadt zwischen 29 und 48 Monaten. 38% der Berliner TN berichteten drei bis fünf Haftaufenthalte in der Vergangenheit. Häufigere Inhaftierungen wurden von weiteren 22% angegeben. Zwischen 18% und 40% der jemals Inhaftierten gaben an, in Haft auch Drogen gespritzt zu haben mit den entsprechenden Risiken der Benutzung von kontaminiertem Injektionsmaterial. Unter den Personen, die i.v.-Konsum in Haft angaben, waren zwischen 5,5% und 26%, die angaben, ihren i.v.-Drogenkonsum in Haft begonnen zu haben. Ungeschützte Sexualkontakte wurden von TN der DRUCK-Studie ebenso wie in der Gefängnisstudie nur von wenigen TN berichtet: 2,8% der jemals Inhaftierten in Leipzig und 1,3% in Frankfurt berichteten über ungeschützte Sexualkontakte in Haft. Über Tätowierungen während Haftaufenthalten wird hin-

gegen häufig berichtet: Die Angabe schwankt zwischen 32% und 40% der jemals inhaftierten TN der DRUCK-Studie. In vorläufigen Analysen der Daten der Pilotstädte zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang einer HCV-Infektion mit der Dauer der Inhaftierung, der Anzahl der Haftaufenthalte und der Angabe von i.v.-Konsum in Haft.

Über die Ergebnisse der erhobenen Daten hinaus zeigt die DRUCK-Studie auch die hohe Akzeptanz von Angeboten der Testung auf Infektionsmarker von HIV, HBV und HCV und der Testberatung in Einrichtungen der Drogenhilfe durch IVD. Das HIV-Schnelltestangebot wurde in den verschiedenen Städten von bis zu 20% der Teilnehmer angenommen.

Detaillierte Ergebnisberichte der DRUCK-Studie mit adjustierten Ergebnissen für die einzelnen Studienstädte sowie ein Gesamt-Bericht mit Empfehlungen für die Prävention von Infektionen werden Ende 2014/Anfang 2015 erwartet.

## **Zusammenfassung und Empfehlungen**

Beide Studien belegen die hohe Prävalenz von i.v.-Drogenkonsum unter Inhaftierten. Die Daten zeigen darüber hinaus, dass die parenteral übertragene Infektionen HIV, Hepatitis B und C unter Drogen gebrauchenden Menschen in Haft und außerhalb von Haft weit verbreitet sind und durch fortgesetztes Risikoverhalten weiter verbreitet werden. Umgekehrt zeigen sich unter aktuellen IVD eine sehr hohe Prävalenz von Inhaftierung, häufige Haftaufenthalte in der Vergangenheit und eine hohe Gesamthaftdauer von mehreren Jahren. Ein beträchtlicher Teil der IVD beginnt in Haft seinen i.v.-Konsum. Befragungen zum Wissen von IVD über Übertragungswege und Schutzmöglichkeiten sind intra- und extramural verbesserungsbedürftig. Darüber hinaus zeigte die Gefängnisstudie, dass einem beträchtlichen Anteil der Infizierten der eigene Infektionsstatus nicht bekannt ist. Beide Studien belegen den verbesserungsbedürftigen Hepatitis B-Impfschutz von Drogengebraucher/innen und Inhaftierten.

Bestehende Präventionsempfehlungen werden nicht ausreichend, bzw. zum Teil gar nicht umgesetzt. Eine Hepatitis-B-Infektion lässt sich erfolgreich durch eine Impfung verhindern. In den STIKO-Empfehlungen sind Drogengebraucher/innen und auch Inhaftierte als Indikationsgruppe für eine HBV Impfung aufgeführt (23). Nadel- und Spritzenaustauschprogramme sind außerhalb von Haft etablierte und effektive Maßnahmen zur Reduktion des injekti-



onsbezogenen Risikoverhaltens, in Kombination mit OST auch zur Senkung der HIV- und HCV-Übertragung (24–26). Diese werden Inhaftierten vorenthalten. In deutschen Haftanstalten ist (bis auf eine Ausnahme) derzeit steriles Material zur Injektion von Drogen nicht erhältlich. Auch OST für Substitutionswillige, freier und anonymen Zugang zu Kondomen und sterile Tätowierinstrumente sind nicht flächendeckend in JVAen erhältlich. Damit besteht ein hohes Potential für die Verbreitung von Infektionskrankheiten.

Innerhalb wie außerhalb von Haft ist Drogengebraucher/innen trotz hoher Infektionsraten der Zugang zu einer antiviralen Therapie häufig erschwert, bzw. werden diese trotz bestehender Empfehlungen nicht als Kandidaten für eine Therapie angesehen (27–29). Die HCV-Therapiemöglichkeiten sind seit Zulassung neuer direkt antiviral wirkender Substanzen in letzter Zeit deutlich verbessert worden, die Therapieregime sind seitdem weniger lang und belastend. Zukünftig sollte insbesondere therapiewilligen Personen, die längere Zeit inhaftiert sind, eine HCV-Behandlung nicht vorenthalten ein. Das geschlossene System Haft könnte verstärkt auch genutzt werden, um Wissenslücken, bei Inhaftierten und Bediensteten zu füllen. Bei der Konzeption und Umsetzung jeglicher Präventionsstrategien ist dabei ein partizipatives Vorgehen unter Einbeziehung des JVA-Personals dringend empfohlen.

## Literatur

1. Pfeiffer-Gerschel T, Kipke I, Flöter S, Jakob L, Budde A, Rummel C.: Bericht 2013 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. 2013.
2. Backmund M MK, Henkel C, Reimer J, Wächtler M, Schütz CG.: Risk Factors and predictors of human immunodeficiency virus infection among injection drug users. *Eur Addict Res.* 2005;11:138-44.
3. Backmund M, Meyer K, Wachtler M, Eichenlaub D.: Hepatitis C virus infection in injection drug users in Bavaria: risk factors for seropositivity. *Eur J Epidemiol.* 2003;18(6):563-8.
4. Stark K, Muller R, Bienzle U, GuggenmoosHolzmann I.: Frontloading: A risk factor for HIV and hepatitis C virus infection among injecting drug users in Berlin. *AIDS.* 1996;10(3):311-7.
5. Stark K, Schreier E, Muller R, Wirth D, Driesel G, Bienzle U.: Prevalence and Determinants of Anti-Hcv Seropositivity and of Hcv Geno-

- type among Intravenous-Drug-Users in Berlin. *Scandinavian journal of infectious diseases*. 1995;27(4):331-7.
6. Stark K, Bienzle U, Vonk R, Guggenmoos-Holzmann I. History of syringe sharing in prison and risk of hepatitis B virus, hepatitis C virus, and human immunodeficiency virus infection among injecting drug users in Berlin. *Int J Epidemiol*. 1997;26(6):1359-66.
  7. Brack J. Die Hepatitiden B und C bei drogenabhängigen Patienten: Eine epidemiologische Studie [\*] Hepatitis B and C in Drug Dependent Patients: An Epidemiological Study. *Suchttherapie*. 2002;2002(3 Suppl 1): S3-S10.
  8. Reimer J, Lorenzen J, Baetz B, Fischer B, Rehm J, Haasen C, et al. Multiple viral hepatitis in injection drug users and associated risk factors. *J Gastroenterol Hepatol*. 2007;22(1):80-5.
  9. Thane K, Wickert C, Verthein U, Konsumraum) IAdAA. Szenebefragung in Deutschland 2008. Interner Abschlussbericht Hamburg. 2009. Available from: [http://www.suchthilfe-aachen.de/dl/Abschlussbericht\\_Szenebefragung.pdf](http://www.suchthilfe-aachen.de/dl/Abschlussbericht_Szenebefragung.pdf).
  10. Bernard C, Wersé B. MoSyD Szenestudie 2012 – Die offene Drogenszene in Frankfurt am Main. Frankfurt am Main: Centre for Drug Research (CDR), 2013 Februar 2013. Report No.
  11. Fazel S, Bains P, Doll H. Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. *Addiction*. 2006;101(2):181-91.
  12. Vescio MF, Longo B, Babudieri S, Starnini G, Carbonara S, Rezza G, et al. Correlates of hepatitis C virus seropositivity in prison inmates: a meta-analysis. *Journal of epidemiology and community health*. 2008; 62(4):305-13.
  13. Rotily M, Weilandt C, Bird SM, Kall K, Van Haastrecht HJ, Iandolo E, et al. Surveillance of HIV infection and related risk behaviour in European prisons. A multicentre pilot study. *Eur J Public Health*. 2001; 11(3):243-50.
  14. Eckert JW, C. Infektionskrankheiten unter Gefangenen in Deutschland: Kenntnisse, Einstellungen und Risikoverhalten. Teilergebnisse des Projekts: “Infectious Diseases in German Prisons – Epidemiological and Sociological Surveys among Inmates and Staff”. Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) gem. e.V., 2008.

15. Radun D, Weilandt C, Eckert J, Schüttler C, FJ. W, C. K, et al. Cross-sectional Study on Seroprevalence regarding Hepatitis B, Hepatitis C, and HIV, Risk Behaviour, Knowledge and Attitudes about Bloodborne Infections among adult Prisoners in Germany – Preliminary Results. European Scientific Conference on Applied Infectious Disease Epidemiology – ESCAIDE 2007 2007.
16. Radun DW, C, Hamouda, O. Querschnittsstudie zur Prävalenz von Hepatitis B, Hepatitis C, HIV und infektionsrelevantem Risikoverhalten unter Insassen ausgewählter Justizvollzugsanstalten in Deutschland in Verbindung mit einer Befragung von Justizbediensteten zu Wissen, Einstellungen, Risikobewußtsein und Verhalten zu Hepatitis B, Hepatitis C, HIV und Drogenkonsum. Abschlussbericht an das BMG. Robert Koch-Institut, Wissenschaftliches Institut der Ärzte in Deutschland (WIAD e.V.), 2007.
17. Heckathorn DD. Respondent-driven sampling: A new approach to the study of hidden populations. *Social Problems*. 1997;44(2):174-99.
18. Johnston L, Saumtally A, Corceal S, Mahadoo I, Oodally F. High HIV and hepatitis C prevalence amongst injecting drug users in Mauritius: findings from a population size estimation and respondent driven sampling survey. *Int J Drug Policy*. 2011;22(4):252-8.
19. Abdul-Quader AS, Heckathorn DD, McKnight C, Bramson H, Nemeth C, Sabin K, et al. Effectiveness of respondent-driven sampling for recruiting drug users in New York City: findings from a pilot study. *Journal of urban health : bulletin of the New York Academy of Medicine*. 2006;83(3):459-76.
20. Rudolph AE, Crawford ND, Latkin C, Heimer R, Benjamin EO, Jones KC, et al. Subpopulations of illicit drug users reached by targeted street outreach and respondent-driven sampling strategies: implications for research and public health practice. *Ann Epidemiol*. 2011;21(4):280-9.
21. Robert Koch-Institut (RKI). DRUCK-Studie – Drogen und chronische Infektionskrankheiten in Deutschland. Ergebnisse der Pilotierung eines Sero- und Verhaltenssurveys bei i.v. Drogengebrauchern. *Epidemiologisches Bulletin*. 2012;33:335-9.
22. Ross RS, Stambouli O, Gruner N, Marcus U, Cai W, Zhang W, et al. Detection of infections with hepatitis B virus, hepatitis C virus, and human immunodeficiency virus by analyses of dried blood spots-per-

- formance characteristics of the ARCHITECT system and two commercial assays for nucleic acid amplification. *Virology*. 2013;10(72):72.
23. Robert Koch-Institut (RKI). Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut / Stand: August 2013. *Epidemiologisches Bulletin*. 2013;34/2013(34):314-44.
  24. European Centre for Disease Prevention and Control, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Technical Report: Evidence for the effectiveness of interventions to prevent infections among people who inject drugs; Part 1: Needle and syringe programmes and other interventions for prevention hepatitis C, HIV and injecting risk behaviour. . Stockholm: ECDC, 2011.
  25. European Centre for Disease Prevention and Control and European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Technical Report: Evidence for the effectiveness of interventions to prevent infections among people who inject drugs; Part 2: Drug treatment for preventing hepatitis C, HIV and injecting risk behaviour. Stockholm: ECDC, 2011.
  26. Turner KM, Hutchinson S, Vickerman P, Hope V, Craine N, Palmateer N, et al. The impact of needle and syringe provision and opiate substitution therapy on the incidence of hepatitis C virus in injecting drug users: pooling of UK evidence. *Addiction*. 2011;106(11):1978-88.
  27. Reimer J, Haasen C. Need-adapted HCV-treatment setting for injection drug users. *Lancet*. 2009;373(9681):2090-1.
  28. Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS e.V.), Deutsche AIDS-Gesellschaft (DAIG), Deutsche Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte (DAGNÄ). Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS e.V.), der Deutschen AIDS-Gesellschaft (DAIG) und der Deutschen Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte (DAGNÄ): HIV-Infektion bei intravenös Drogenabhängigen 2008 [updated 2008]. Available from: [http://www.dgsuchtmedizin.de/uploads/media/Leitlinien\\_HIV\\_nachKonsens05\\_07\\_08.pdf](http://www.dgsuchtmedizin.de/uploads/media/Leitlinien_HIV_nachKonsens05_07_08.pdf).
  29. Backmund M, Hinrichsen H, Rossol S, Schütz C, Soyka M, Wedemeyer H, et al. Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS eV): Therapie der chronischen Hepatitis C bei intravenös Drogengebrauchern. *Suchtmed*. 2006;8(3):129-33.



## **Spritzenvergabe in (deutschen) Haftanstalten: Geschichte und Perspektiven**

Heino Stöver, Bärbel Knorr

“There is no doubt that governments have a moral and legal responsibility to prevent the spread of HIV among prisoners and prison staff and to care for those infected. They also have a responsibility to prevent the spread of HIV among communities. Prisoners are the community. They come from the community, they return to it.

Protection of prisoners is protection of our communities.”

*Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)*  
Statement on HIV/AIDS in Prisons

### **Einleitung**

Der drogenpolitische Ansatz „Harm-Reduction“ ist mittlerweile fest im Drogenhilfesystem verankert und inzwischen zu einer erfolgreichen gesundheitspolitischen Strategie avanciert: nicht nur auf Bundesebene, sondern – als Bestandteil des Europäischen Drogenaktionsplans – auch auf EU-Ebene und schließlich weltweit: Der im Juni 2011 erschienene „Report of the Global Commission



Heino Stöver

on Drug Policy“ unter der Leitung des ehemaligen brasilianischen Präsidenten Fernando Henrique Cardoso etwa betont, dass die frühe Einführung von Harm-Reduction- Maßnahmen und geringe HIV-Prävalenzen unmittelbar zusammenhängen. Für Deutschland trifft dies ganz besonders zu, wie die Daten des Robert Koch-Instituts vom Mai 2011 zeigen: Die Anteile der HIV-Erst-

diagnosen bei Menschen mit dem Infektionsrisiko „intravenöser Drogenkonsum“ sind zwischen 2001 und 2010 kontinuierlich von 8 % auf 3,2 % zurückgegangen: „Der intravenöse Drogengebrauch nimmt, mit regionalen Ausnahmen, insgesamt an Bedeutung für die HIV-Epidemie in Deutschland ab. Insbesondere geht die Zahl junger IVD unter 30 Jahren, die neu mit HIV diagnostiziert werden, in den letzten Jahren zurück. Dies darf, vor allem angesichts der viel bedrohlicheren Entwicklung der HIV-Neudiagnosen bei intravenös Drogen gebrauchenden Menschen in Osteuropa, als beeindruckender Erfolg der deutschen HIV-Präventionsstrategien im Drogenbereich gewertet werden“ (RKI 2012, S. 259).

Das sind günstige Voraussetzungen, um bei den politisch Verantwortlichen dringend nötige weitere Verbesserungen im Arbeitsfeld „Drogen, HIV/Aids und Hepatitis“ einzufordern und auch in der eigenen Arbeit Vorstöße zu wagen, die bei Drogen gebrauchenden Menschen zu einem Mehr an Gesundheit beitragen.

Allerdings wird immer deutlicher, dass die prohibitiv orientierte, auf Repression setzende Drogenpolitik selbst für erhebliche gesundheitliche und soziale Probleme gesorgt hat, was auf der Welt-Aids-Konferenz 2010 in Wien endlich deutlich ausgesprochen wurde. In der dort verabschiedeten Deklaration heißt es, dass Drogenpolitik evidenzbasiert sein muss, statt moralisch und ideologisch geprägt zu sein. Hier ist eine umfassende strategische Neuorientierung erforderlich (Die Wiener Erklärung 2010) <http://www.diewienererklarung.com/index.html>).

Was die Verbreitung von HIV unter i.v. Drogenabhängigen angeht haben sich die Harm-Reduction – Strategien der Drogen- und AIDS-Hilfen in Freiheit bewährt. Zwei zentrale Strategien stehen neben der Aufklärung und Information dabei im Mittelpunkt: die leichte, kostengünstige/-lose, oftmals jederzeitige Zugänglichkeit zu sterilem Spritzbesteck und -utensilien (vgl. Meyer/Schmidt 2011) und die Ausweitung der Substitutionsbehandlung (Zunahme seit 2001: 50%; vgl. Stöver/Michels 2011).

Doch wie sieht es in der Haft mit diesen bewährten Hilfeangeboten aus? Mehr als ein Zehntel der allgemein angenommenen Gesamtzahl von 175.000 Drogenabhängigen befindet sich in Haftanstalten. Bei ca. 11.000 zur Verfügung stehenden Therapieplätzen befinden sich also mehr Drogenkonsumenten im Gefängnis als in Therapieeinrichtungen (1,5- bis zweimal mehr; vgl. Stöver 2012).

Experten schätzen, dass in Deutschland etwa 30% aller männlichen und über 50% aller weiblichen Gefangenen intravenös konsumierende Drogenabhängige sind (Lesting & Stöver, 2012).

Eine Gesamtschau mehrerer epidemiologischer Studien in Haft zeigt übereinstimmende Ergebnisse: Danach ist davon auszugehen, dass sich ca. 22–30% i.v. Drogengebraucher in Haft befinden, 1% der Gesamtzahl der Gefangenen HIV-positiv ist und etwa 14–17% HCV-positiv ist

Tab. 1 Tabelle 1 Virale Infektionskrankheiten im Gefängnis

	i.v. Drogengebraucher	Hepatitis C	Hepatitis B	HIV
Radun et al. (2007)	29,6%	17,1%	k.A.	0,8%
Schulte et al. (2009)	21,9%	14,3%	k.A.	1,2
Jakob et al. (2011)	k.A.	15%	1,8%	0,8%

(Quelle: Jakob/Stöver/Pfeiffer-Gerschel 2013)

Dass man in Hafteinrichtungen die Spritzenabgabe nicht (bis auf die eine Ausnahme in der JVA für Frauen in Berlin Lichtenberg, siehe Beitrag von Staack in diesem Band) etabliert hat, wird unter anderem damit begründet, dass der intravenöse Drogenkonsum bei Gefangenen nicht stark ausgeprägt und die HIV-Prävalenz in Gefängnissen gering sei – dabei liegt sie mindestens um das Zwanzigfache höher als in der Allgemeinbevölkerung (0,05%, vgl. RKI 2012). Doch allein schon der hohe Anteil jener drogenabhängigen Gefangenen, die mit Hepatitis B oder C infiziert sind, wäre Grund genug, in sämtlichen Haftanstalten sterile Spritzen und Utensilien zur Verfügung zu stellen. Die Hepatitiden finden allerdings auch „draußen“ noch viel zu wenig Beachtung.

Die infektiologische Situation in deutschen Haftanstalten weist also eine starke Überrepräsentanz aus; wird nur die Verbreitung viraler Infektionskrankheiten bei Drogenabhängigen zu Grunde gelegt potenzieren sich diese Daten noch.

In den Haftanstalten hat sich jedoch, was die in Freiheit bewährten Standards der Infektionsprophylaxe und der Suchtmedizin angeht, bisher nur wenig bewegt. Zwar gibt es besonders in den letzten drei Jahren wirksame Bemühungen den Zugang zur Substitution zu verbessern (als Methode der Wahl bei



Opioidabhängigkeit) – allein in NRW befinden sich ca. 1.400 Gefangene in Substitutionsbehandlung; vgl. Renter 2012), aber immer noch werden in vielen Bundesländern Substitutionsbehandlungen bei Haftantritt abgebrochen (Stöver 2011), oder mit veränderter Medikation weitergeführt; in einigen großen Bundesländern gibt es dieses Angebot so gut wie gar nicht (z.B. Bayern; siehe Süddeutsche Zeitung, 24.8.2011). Aktuell werden in Deutschland ca. 2.000 opiatabhängige Gefangene substituiert – von geschätzten 16.500–22.200 Opioidkonsumenten beziehungsweise -abhängigen in den Haftanstalten Deutschlands. Während in Freiheit etwa 40–50% der Opiatabhängigen von der Substitutionsbehandlung profitieren, sind es in Haft nur etwa 10%. D. h. die Fortschritte in diesem Bereich der Suchtmedizin gehen an den Gefangenen vorüber, sie profitieren nur in sehr geringem Umfang davon – also auch in diesem Bereich besteht eine enorme gesundheitliche Ungleichheit der Gefangenen in Haft gegenüber denen in Freiheit.

Auch die Spritzenvergabe gibt es nach wie vor nur in einer einzigen Haftanstalt in Deutschland, nämlich in der Justizvollzugsanstalt für Frauen in Berlin-Lichtenberg): Hier können inhaftierte, i.v. drogengebrauchende Frauen sterile Spritzen anonym an mehreren Spritzenautomaten tauschen. Dadurch sollen Ansteckungsgefahren während der Haft, besonders mit HIV und Hepatitis verringert werden. Ergänzend bieten Mitarbeiterinnen der Berliner AIDS-Hilfe e.V. regelmäßig Informationen sowie vertrauliche Beratungsgespräche ohne Beisein eines Vollzugsbeamten an (Berliner AIDS-Hilfe e.V. (2011).

Es besteht also eine ca. 0,5%ige Abdeckung dieser infektionsprophylaktischen Maßnahme bei allen Hafteinrichtungen in Deutschland. Nur diese eine Hafteinrichtung in Berlin setzt die in Freiheit als zentrale, bewährte und erfolgreichste Maßnahme der Infektionsprophylaxe um. Wie kann es sein, dass die Haftanstalten trotz bekannter hoher Risiken (Knorr 2011) auf diese Strategie verzichten (können)?

### **Zur Vorgeschichte**

Bis 2001 waren es noch 7 Haftanstalten in 3 Bundesländern (Niedersachsen, Hamburg und Berlin), die einen Spritzenumtausch innerhalb einer infektionsprophylaktischen Strategie und innerhalb eines differenzierten Drogenhilfekonzeptes umgesetzt haben vgl. Jacob/Keppeler/Stöver 2001). In 6 Anstalten ist die Spritzenabgabe zwischen 2001 und 2005 wieder eingestellt worden.

Nicht weil sie nicht funktioniert hätte. Nicht weil sie nicht mehr gebraucht worden wäre, nicht weil es ernstzunehmende Zwischenfälle gegeben hätte (z.B. Bedrohungsszenarien zwischen Gefangenen oder zwischen Gefangenen und Bediensteten, oder ein Anstieg des (i.v.) Drogengebrauchs unter den Gefangenen), sondern schlicht aus politischen Gründen (vgl. Stöver 2005a). Neue Koalitionen (Niedersachsen und Hamburg) beschlossen, dass es keine Drogen in Haft mehr geben solle, damit also auch ein Spritzenumtausch überfällig wäre, oder Entscheidungen, die von Personalräten in der politischen Debatte motiviert wurden (Berlin, JVA Lehrter Str.), die dazu beigetragen haben, dass es die Spritzenabgabe abgeschafft wurde.

Die Spritzevergabe-Projekte liefen sieben Jahre sehr gut mit wissenschaftlich nachgewiesener Effektivität (vgl. Stöver 2005b) und ohne sonstige Klagen – man hat sie ohne Not gekappt und einem politischen motivierten Wunsch nach einem drogenfreien Gefängnis geopfert. Ob durch die Abschaffung der Spritzenvergabeprojekte der Drogenkonsum zurückgegangen ist, ist nicht belegt.

Anstalten in anderen Bundesländern waren z.T. auch motiviert, die Infektionsprophylaxe mit dem Spritzentausch einzuführen (z.B. JVA Butzbach in Hessen<sup>1</sup>). Aber auch hier hat das politische Signal der Abschaffung in den o.g. Bundesländern für Verwirrung und letztlich zur Ablehnung geführt. Vor allem hatten Justizminister jeder politischen Couleur Angst in einen Konflikt mit den Anstaltsbediensteten zu treten, die den Spritzentausch als Bedrohung ihrer eigenen Sicherheit wahrnahmen und überwiegend ablehnten.

Trotz der Tatsache, dass der Spritzentausch ohne Zwischenfälle für viele Jahre verlief, trotz der Tatsache, dass in der JVA für Frauen in Berlin-Lichtenberg dieses Angebot bereits seit 15 Jahren beanstandungslos und zum Wohle der Gesundheit intravenös Drogen konsumierender Gefangener verlief. Zudem wurden stichsichere Nadeln eingeführt (die sich nach dem Gebrauch einziehen; siehe auch: Technische Regel für Biologische Arbeitsstoffe 250-TRBA 250). <http://www.baua.de/de/Themen-von-A-Z/Biologische-Arbeitsstoffe/TRBA/TRBA-250.html>

Eine Fehleranalyse ist nach der Abschaffung der Projekte in den Bundesländern Niedersachsen, Hamburg und Berlin nicht erfolgt. Im Gegenteil: Es gab sogar ermutigende Forschungsarbeiten in jedem Bundesland (Meyenberg

---

1 Siehe „PPB: Pumpen Projekt Butzbach“; Konzept der JVA Butzbach

et al. 1996, 1998, 1999; Lang/Stark 2001; Jakob/Keppler/Stöver 2001;), deren Evaluationsergebnisse eine Fortführung explizit befürworteten.

Die Beendigung der Projekte hat viele MitarbeiterInnen in AIDS- und Drogen-Hilfen schockiert, frustriert und ermüdet. Wie soll man dieses infektionsprophylaktische Thema jemals wieder auf die gesundheitspolitische Tagesordnung bringen?

### Wissenschaftliche Ergebnisse

Eine Meta-Studie über die Ergebnisse von wissenschaftlichen Begleitevaluationen von Spritzenabgabeprojekten in 11 europäischen Gefängnissen zeigt durchaus ermutigende Ergebnisse:

Tab. 2 Überblick über epidemiologische Forschungen und Evaluationsstudien zu Effekten von Spritzenumtauschprojekten in 11 europäischen Gefängnissen in 3 Ländern (Quelle: (Stöver/Nelles 2003))

Gefängnis	Land	Drogengebrauch	Injektion von Drogen	Spritzentausch?
Am Hasenberge <sup>a</sup> , HH	D	Keine Zunahme	Keine Zunahme	Stark reduziert
Basauri	E	Keine Zunahme	Keine Zunahme	Keine Daten
Hannöversand, HH	D	Keine Zunahme	Keine Zunahme	Stark reduziert
Hindelbank	CH	Rückgang	Keine Zunahme	Stark reduziert
Lehrter Strasse, Berlin	D	Keine Zunahme	Keine Zunahme	Stark reduziert
Lichtenberg, Berlin	D	Keine Zunahme	Keine Zunahme	Stark reduziert
Lingen I, Nds.	D	Keine Zunahme	Keine Zunahme	Stark reduziert
Realta	CH	Rückgang	Keine Zunahme	Einzelfälle
Saxerriet	CH	Keine Daten <sup>b</sup>	Keine Daten <sup>b</sup>	Keine Daten <sup>b</sup>
Vechta, Nds.	D	Keine Zunahme	Keine Zunahme	Stark reduziert
Vierlande	D	Keine Zunahme	Keine Zunahme	Keine Veränderung

a) Zu Beginn des Projektes (1996) wurden die Spritzen an mehreren Orten gelagert, weil die Spritzenautomaten außer Betrieb waren. b) Mangel an validen Follow-Up-Daten aufgrund einer Ablehnung der Befragung durch die Gefangenen.

Die Ergebnisse internationaler Studien zeigen:

- Die Vergabe von sterilem Spritzbesteck ist in einem breiten Spektrum unterschiedlicher Sicherheitsstufen und Größen der Gefängnisse machbar.
- Die Vergabe von sterilem Spritzbesteck führte nicht zu einem Anstieg des Drogenkonsums oder zu einem Anstieg des Injizierens.

- Spritzen wurden nicht als Waffen missbraucht, die sichere Lagerung ge-  
brauchter Spritzen war zu jeder Zeit gegeben.
- Spritzentausch unter Gefangenen verschwand fast vollständig.
- In den Gefängnissen, in denen Blutanalysen durchgeführt wurden, wur-  
den keine neuen HIV oder Hepatitis-Infektionen gefunden
- Die Vergabe von sterilem Spritzbesteck hat zu einer Verbesserung der  
Sicherheit am Arbeitsplatz beigetragen. Wenn Gefangene nicht gezwun-  
gen werden, Spritzbesteck zu verstecken, laufen Bedienstete weniger  
Gefahr bei Zellenrevisionen in ungesicherte Spritzen zu fassen
- Die Vergabe von sterilem Spritzbesteck ist bei sehr vielen verschiedenen  
Modellen als erfolgreich getestet
- Die Vergabe von sterilem Spritzbesteck kann erfolgreich neben anderen  
Präventions- und Therapieprogrammen koexistieren (Lines et al. 2006).



JVA für Frauen Lichtenberg, Berlin ((Foto: Rick Lines)

## **Spritzenvergabe ein Erfolgsmodell – keineswegs?**

Bereits 1988 sah der damalige Bremer Anstaltsleiter Hoffman im Rahmen einer Anhörung vor der AIDS-Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages (1990) die Notwendigkeit der Spritzenvergabe und Substitution in Haft.

Ein Akt von „medizinischem Ungehorsam“: Anfang der 90er Jahre vergibt der Anstaltsarzt der Strafanstalt Oberschöngrün in der Schweiz, Dr. Probst, an seine Patienten sterile Einwegspritzen damit sie sich gegen HIV/Hepatitis-Infektionen schützen können. Er nimmt gebrauchte zurück und tauscht sie gegen sterile. Über ein Jahr, bis andere davon erfuhren – und: es schließlich legalisierten. Ein simpler Akt könnte man meinen, ein schwieriger Balanceakt wie sich schnell herausstellte. Denn kaum eine Maßnahme der Gesundheitsversorgung in Haft hat weltweit derartig hohe Aufmerksamkeit erregt, wie die Spritzenvergabe an drogenabhängige Gefangene. Emotionen, Symbolik, Moral und glaubens- statt evidenzbasierter Politik überlappen sich in dieser Frage. Und trotzdem hat es die Schweiz geschafft Pilotprojekte zumindest in einigen Haftanstalten zu etablieren, sie zu evaluieren. Doch nicht nur die Schweiz, auch Gefängnissen in Deutschland und Spanien waren die Pioniere auf diesem Feld.

Mehr als 20 Jahre nach Einführung der Spritzenvergabe als infektionsprophylaktische Maßnahme wurden auf verschiedenen Ebenen die Vorteile und Erfolge der Spritzenvergabe in Haft nachgewiesen. Nachteilige Effekte sind bisher nicht bekannt. Man könnte annehmen, die Erfolge der Spritzenvergabe hätten sich – analog den Erfahrungen in der HIV/AIDS-Prophylaxe in Freiheit – weltweit durchgesetzt. Dies trifft nicht zu. Nur 9 Länder weltweit haben eine Spritzenvergabe in Haft eingeführt, lediglich 8 haben diese fortgeführt, und selbst in den meisten dieser Länder handelt es sich – mit Ausnahmen von Spanien und Kirgistan – lediglich um einige wenige Anstalten. Es gibt keine Anzeichen dafür, dass sich mehr Anstalten entschließen, Spritzenabgabeprojekte einzuführen. Im Folgenden erfolgt die Aufzählung der Länder und Gefängnisse in chronologischer Reihenfolge:

- Schweiz: Erstes Programm 1992  
Heute: Spritzenabgabe in 11 von 113 Gefängnissen
- Deutschland: Pilotprojekte ab 1996  
Heute: Spritzenabgabe in 1 Gefängnis von 185

- Spanien: Pilotprojekt im Jahr 1997  
Heute: Spritzenabgabe genehmigt für alle 82 Gefängnisse; Programme besetzen in über 30 Gefängnisse
- Moldawien: Pilotprojekt im Jahr 1999  
Heute: Spritzenabgabe in 9 Gefängnissen von 17
- Kirgizstan: Pilotprojekt im Jahr 2002  
Heute: Spritzenabgabe in 9 ‚Kolonien‘ und 1 Gefängnis (von 16 Kolonien und Gefängnissen)
- Rumänien: Pilotprojekte seit 2008  
Heute: Spritzenabgabe in 2 Gefängnissen von 44
- Luxemburg, Pilotprojekt seit 2005  
Heute: Spritzenabgabe im einzigen Gefängnis
- Islamische Republik Iran: Pilotprojekt in den Jahren 2006–2011  
Heute: Spritzenabgabe wurde im Jahre 2011 gestoppt
- Tadjikistan, Pilotprojekt in einem Gefängnis heute – Spritzenabgabe in 1 von 13 Gefängnissen

Im Iran wurde die Spritzenvergabe in mehreren Gefängnissen eingeführt. Im Frühjahr 2012 folgte die Einstellung der Spritzenvergabeprojekte mit Verweis auf die groß angelegten Substitutionsprogramme (mehr als 20.000 Plätze), die eine Spritzenvergabe überflüssig machen würden. Iran ist das Land mit den größten Opiatproblemen weltweit.

Über die Qualität einiger Projekte ist nichts bekannt. Zum Teil ist die Einführung von Spritzenabgabeprojekten auch als Zugeständnis zu verstehen, um Gelder des Global Fund zu erhalten (z.B. Armenien). In der Beantragung von Mitteln aus dem Global Fund wurde „state-of-the-art-Prävention zur Voraussetzung der Förderung gemacht – dazu gehört auch die Spritzenvergabe in Haft.

Die Einführung dieser Projekte verlief sehr unterschiedlich. Anders als im Fall des medizinischen Ungehorsams waren es nicht einzelne Ärzte/-innen, sondern Justizministerinnen zusammen mit Anstaltsleitern, -ärzten, -sozialarbeitern. Deutlich wird im Rückblick, dass von oben ‚verordnete‘ Projekte („top-down“, wie in Hamburg)sich schwieriger gestalten, weil sie die Bediensteten erst überzeugen müssen, da das Modellprojekt gegen ihren expliziten Willen durchgesetzt wird (eine Befragung der Bediensteten kurz vor Einführung der Spritzenvergabe hatte ein hohen Prozentsatz an Ablehnung ergeben (vgl. Stöver 2001).

Die Beispiele aus Niedersachsen (JVA für Frauen in Vechta und Männerhaftanstalt Lingen I, Abt. Groß-Hesepe) zeigen, dass es eher ein „bottom-up“- Prozess war: die Anstalten selbst haben die Konzepte zur Spritzenabgabe entworfen, die vom Niedersächsischen Justizministerium lediglich in einer Frage korrigiert wurden: Nicht-Zugänglichkeit zum Spritzenabgabeprojekt für Gefangene in Substitutionsbehandlung (wobei die JVA für Frauen in Vechta diese Trennung im ursprünglichen Konzept nicht vorsah).

Die überzeugenden Ausgangspunkte für diese Projekte waren: die Haftrealität mit selbstgebauten Spritzen, Abszessen bei den Gefangenen, die sichtbaren Folgen der Drehtüreffekte (drogenabhängige Frauen waren z.T. immer wieder inhaftiert, von ihnen war bekannt, dass sie auf i.v. Opiatkonsum nicht ganz verzichten konnten).

Diese Voraussetzungen sind allerdings in vielen Haftanstalten gegeben. Weiterhin sind für eine Einführung solcher Projekte nötig: engagierte Anstaltsleiter, -ärzte/-innen, Sozialarbeiter/Suchtberater, die schließlich mit ihrem Konzept das Justizministerium sensibilisieren und schließlich überzeugen konnten.

In den Haftanstalten mussten auch die anderen Bediensteten überzeugt werden. Das gelang in den beiden niedersächsischen Anstalten beispielhaft durch die Einsetzung von Arbeitsgruppen, die die Ängste der Bediensteten sammelten, versuchten zu beantworten, und die – das war zentral wichtig – Transparenz herstellten. In der JVA für Frauen Vechta beispielsweise wurden Bedienstete und auch die gefangenen Frauen vorher nach ihrer Meinung befragt, wo sie genau die 4–5 Spritzenautomaten installiert wissen wollten, wo es also einen möglichst anonymen Zugang zu den Automaten gab. Die Ergebnisse und Protokolle dieser Begleit-Arbeitsgruppe wurden veröffentlicht, so dass jeder Bedienstete sich zu jeder Zeit über den Verlauf und Stand des Spritzenabgabepaketes informieren konnte.

In der Männerhaftanstalt in Lingen Abt. Groß-Hesepe wurde eine Hand-zu-Hand-Vergabe über den Suchtberatungsdienst eingeführt, der jedoch letztlich schlechter angenommen wurde (vgl. Meyenberg et al. 1999).

Geld spielte bei beiden Projekten eine geringe Rolle: die Spritzenautomaten aus der Schweiz kosteten ca. 2.500 €(pro Automat), die Spritzen und Nadeln bildeten keinen großen Kostenpunkt, der Arbeitsaufwand (z. B. Bestückung, Dokumentation) war gering.

Auffällig war bei beiden Projekten, dass sie bereits kurz nach Einführung völlig „unsensationell“ verliefen, und schnell integraler Bestandteil des Vollzugsalltags bzw. der Gesundheitsversorgung wurden.

Dieses waren letztlich überzeugende Argumente für den erfolgreichen Betrieb dieser Projekte, die dann nach 7 Jahren – ohne Not – abgeschafft wurden, weil sich die politischen Verhältnisse und die justizpolitische Ausrichtungen änderten.

In Hamburg und Berlin (bis auf das seit 14 Jahren bestehende Projekt der JVA für Frauen Lichtenberg) wurden die Projekte von „oben“ verordnet. Hier musste viel Überzeugungsarbeit geleistet werden, bis die Projekte von den Bediensteten angenommen wurden, was auch nicht in allen Fällen gelungen ist (s. auch Diskussionsrunde in diesem Band, S. 41ff). In der Schweiz ist die Spritzenvergabe in 11 Gefängnissen etabliert; sie hat Eingang gefunden in ein Vademekum des Bundesamtes für Gesundheit, das die Spritzenvergabe als Infektionsprophylaxe für drogenabhängige Gefangene vorsieht (BAG 2012).

In Spanien ist nach anfänglichen Pilotprojekten die Spritzenabgabe im ganzen Land etabliert. Sowohl die Zentralregierung in Madrid als auch die Regierung in Katalonien haben diese Maßnahmen neben anderen suchtmmedizinischen Maßnahmen (Substitution etc.) in vielen Haftanstalten umgesetzt. (vgl. Ministerio del Interior/Ministerio de Sanidad y Consumo (2002).

Wie kann das Thema Spritzenvergabe ‚reanimiert‘ werden – Zukunftsperspektiven<sup>2</sup>

Zunächst einmal hat die UNODC ILO, UNDP (2012) ein zukunftsweisendes Papier für die gesundheitliche Versorgung drogenabhängiger Gefangener erarbeitet, das aus 15 Interventionen besteht, die wichtig für eine effektive HIV-Prävention und Behandlung in geschlossenen Einrichtungen sind:

1. Information, education and communication
2. HIV testing and counselling
3. Treatment, care and support
4. Prevention, diagnosis and treatment of tuberculosis
5. Prevention of mother-to-child transmission of HIV

---

2 Viele dieser Ideen sind auf einem DAH-Seminar im August 2012 in Dresden entstanden und intensiv diskutiert worden. Vielen Dank an alle Beteiligten!



6. Condom programmes
7. Prevention and treatment of sexually transmitted infections
8. Prevention of sexual violence
9. Drug dependence treatment
10. Needle and syringe programmes
11. Vaccination, diagnosis and treatment of viral hepatitis
12. Post-exposure prophylaxis
13. Prevention of transmission through medical or dental services
14. Prevention of transmission through tattooing, piercing and other forms of skin penetration
15. Protecting staff from occupational hazards.

Dieses Papier könnte als Grundlage für einen politischen Neustart genutzt werden. Aber was über diese Argumentationshilfe – und den Verweis auf das Äquivalenzprinzip (Lesting/Stöver 2012) hinaus könnte für eine erneuten Thematisierung der Einführung von Spritzenaustauschprogramme von Nutzen sein?

Eine weitere Grundlage bildet der wissenschaftliche Nachweis von Spritzdrogenkonsum in Haft, bzw. der Verweis auf die Studien. Infektionsrelevantes Verhalten unter den Gefangenen muss deutlich herausgearbeitet werden.

Kostenargumente: Wenn einzelne Anstaltsärzte die notwendigen, aber teuren HCV-Therapien für Drogenabhängige beginnen (70.000,- € pro Person/ Kosten der HCV-Medikamente Triple-Therapie), muss man sich auch Gedanken darüber machen, wie HCV-Reinfektionen verhindert werden können.

Spritzenabgabeprojekte brauchen mutige Fürsprecher/-innen: Wie können die identifiziert und mit Argumentationsmaterial bestückt werden? Auf jeden Fall bedarf es der Beteiligung vieler Organisationen und Fachverbände, dabei sollten auch die Landesärztekammern mit in eine solche Diskussion einbezogen werden.

Eine weitere Argumentationsbasis ist die notwendige Optimierung der Suchtmedizin und Gesundheitsversorgung, die an die Standards ‚draußen‘ angepasst werden muss, damit die Gefangenen nicht von den Fortschritten der suchtmmedizinischen Versorgung weiter abgekoppelt, und sie damit weiteren Risiken ausgesetzt werden.

Nach § 36 Abs. 1 des im Jahr 2001 in Kraft getretene Infektionsschutzgesetzes (IfSG) müssen Gemeinschaftseinrichtungen, so auch Haftanstalten, in

Hygieneplänen die innerbetrieblichen Verfahrensweisen zur Infektionshygiene festlegen. Im Kommentar zum IfSG werden sechs Schritte festgelegt, die – basierend auf den hohen Infektionsgefährdungen in Haft – zur Grundlage der Forderung nach Einführung von Spritzenabgabeprojekten genutzt werden könnten – insbesondere Punkt 3: Risikominimierung: Festlegung konkreter Maßnahmen; der Kommentar erwähnt an dieser Stelle etwa die Spritzenvergabe in Justizvollzugsanstalten (Knorr 2009)

Das Thema Infektionsprophylaxe müsste auch auf den Treffen der Anstaltsärzte bzw. der „Bundesgemeinschaft Ärzte und Psychologen“ eingebracht und diskutiert werden. Eine Resolution oder ein Konsenspapier würde der Diskussion sehr viel nützen.

Die Ärztekammer als erfolgreiches Gremium könnte erneut eingesetzt werden (z.B. über einen „Präsidentenbrief“ an das jeweilige Justizministerium, das dann wieder zu einem Arbeitstreffen einlädt – eine Arbeitsgruppe bestehend aus ExpertInnen des Vollzugs und in Freiheit könnten dann Empfehlungen bzw. einen entwickeln.

Eine „Bilanzkonferenz“ der 3 Bundesländer in denen die Spritzenabgabeprojekte eingestellt worden sind könnte Antworten auf die Frage geben, was ist nach der Einstellung erfolgt? Ist der Drogengebrauch und sind die Infektionsrisiken zurückgegangen?

Zusätzlich würden Petitionen von Gefangenen und Aids- und Drogenhilfen in allen Länderparlamenten wichtige Zeichen setzen.

Einflussreiche Bündnispartner (etwa Amnesty International) wären wichtig mit einzubeziehen, um die Schieflage in der gesundheitlichen Versorgung ggf. zu einem Menschenrechtsthema zu machen, das ggf. auf eine höhere gerichtliche Ebene gesetzt werden könnte (EuGH).

Parlamentarische Anfragen, auch interfraktionell, sind ebenfalls ein hilfreiches Instrument, um die Politik anzutreiben.

Schließlich hat sich in den letzten 20 Jahren der Umgang der Bediensteten mit HIV/Aids und Hepatitis verändert; ihr Kenntnisstand ist größer und ihre Ängste sind geringer geworden.

Auch die Strafvollzugspopulation hat sich massiv verändert: Mehr ältere Drogengebraucher/-innen (mit langen Drogenkonsumzeiten) und multiple Erkrankungen sind in den Haftanstalten untergebracht, für die z.T. Abstinenz keine dauerhafte Option darstellt.

## Literatur

- Bundesamt für Gesundheit (BAG; 2012): Übertragbare Krankheiten und Abhängigkeiten im Gefängnis. Vademekum. Bern
- Berliner AIDS-Hilfe e.V. (2011). Spritzentausch. Zugriff am 25.07.2011 <http://www.berlin-aidshilfe.de/aufklaerung-beratung/spritzentausch.html>
- Deutscher Bundestag (1990): AIDS: Fakten und Konsequenzen; Endbericht der Enquete-Kommission des 11. Deutschen Bundestages ‚Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung‘, Bonn 1990
- Die Wiener Erklärung Ein globaler Aufruf für eine Reform der Drogen-gesetzgebung (2010). <http://www.diewienererklarung.com/index.html>.
- Jacob, J.; Keppler, K.; Stöver, H. (2001): LebHaft. Gesundheitsförderung für DrogenkonsumentInnen im Strafvollzug – Teil 1 + 2. Deutsche AIDS-Hilfe, Schriftenreihe AIDS-Forum, Bd. 42, Berlin, 2001,
- Jakob, L. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2011). Aggregierte Auswertung des „Kurzfragebogen über die gesundheitliche Situation Gefangener“. München: Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD).
- Jakob, J.; Stöver, H., Pfeiffer-Gerschel, T. (2013): Suchtbezogene Gesundheitsversorgung von Inhaftierten in Deutschland – Eine Bestandsaufnahme. In: Sucht (im Druck)
- Knorr, B. (2009): Prävention. In: Keppler, K.; Stöver, H. (Hrsg.): Gefängnis-medizin. Georg Thieme Verlag KG: Stuttgart, S. 167
- Knorr, B. (2011): Gesundheit und Prävention in Haft. In: Schäffer, D.; Stöver, H. (Hrsg.): Drogen, HIV/AIDS, Hepatitis. Ein Handbuch. Berlin: DAH, S. 207–223
- Lang, F.; Stark, K. (2001): Praxis und Ergebnisse der Berliner Modellprojekte. In: Jacob, J.; Keppler, K.; Stöver, H. (2001): LebHaft. Gesundheitsförderung für DrogenkonsumentInnen im Strafvollzug – Teil 1 + 2. Deutsche AIDS-Hilfe, Schriftenreihe AIDS-Forum, Bd. 42, Berlin, 2001
- Lesting, W., Stöver, H. (2012): Gesundheitsfürsorge, §§56-66, 158. In: Feest, J. (Hrsg.): Kommentar zum Strafvollzugsgesetz, 6. Aufl. Carl Heymanns Verlag: Köln, S. 381–407
- Lines, R.; Jürgens, R.; Betteridge, G.; Laticevschi, D.; Nelles, J.; Stöver, H. (2006): Prison Needle Exchange: Lessons from a Comprehensive Review

- of international Evidence and Experience. Canadian HIV/AIDS Legal Network; 2nd edition 2006; also available in French and Russian ([www.aidslaw.ca](http://www.aidslaw.ca))
- Meyenberg, R.; Stöver, H.; Jacob, J.; Pospeschill, M.: Infektionsprophylaxe im Niedersächsischen Justizvollzug – Eröffnungsbericht. Bd. 1 der Schriftenreihe „Gesundheitsförderung im Justizvollzug“. Oldenburg: BIS-Verlag, 1996, 192 S. Siehe: [http://oops.uni-oldenburg.de/frontdoor.php?source\\_opus=716](http://oops.uni-oldenburg.de/frontdoor.php?source_opus=716)
- Meyenberg, R.; Stöver, H.; Jacob, J.; Pospeschill, M.: Infektionsprophylaxe im Niedersächsischen Justizvollzug – Zwischenbericht. Bd. 2 der Schriftenreihe „Gesundheitsförderung im Justizvollzug“. Oldenburg: BIS-Verlag, 2. Aufl., 1998, 418 S. Siehe: [http://oops.uni-oldenburg.de/frontdoor.php?source\\_opus=716](http://oops.uni-oldenburg.de/frontdoor.php?source_opus=716)
- Meyenberg, R.; Stöver, H.; Jacob, J.; Pospeschill, M.: Infektionsprophylaxe im Niedersächsischen Justizvollzug – Abschlußbericht. Bd. 3 der Schriftenreihe „Gesundheitsförderung im Justizvollzug“. Oldenburg: BIS-Verlag, 1999, 508 S. Siehe: [http://oops.uni-oldenburg.de/frontdoor.php?source\\_opus=716](http://oops.uni-oldenburg.de/frontdoor.php?source_opus=716)
- Meyer, D.; Schmidt, M. (2011): Spritzenautomaten in Nordrhein-Westfalen. In: Schäffer, D.; Stöver, H. (Hrsg.): Drogen, HIV/AIDS, Hepatitis. Ein Handbuch. Berlin: DAH, S. 195–206
- Ministerio del Interior/Ministerio de Sanidad y Consumo (2002): Needle Exchange in Prison. Framwork Program. Madrid, October 2002
- Radun, D., Weilandt, C., Eckert, J., Schüttler, C. G., Weid, F. J., Kücherer, C., & Hamouda, O. (2007, Oktober). Cross-sectional Study on Seroprevalence regarding Hepatitis B, Hepatitis C, and HIV, Risk Behaviour, Knowledge and Attitudes about Bloodborne Infections among adult Prisoners in Germany – Preliminary Results. Vortrag, European Scientific Conference on Applied Infectious Disease Epidemiology (ESCAIDE), Stockholm.
- Render, I. (2012): Substitution in Haft, Schnittstellenmanagement. Justizministerium NRW. Vortrag auf der 3. Nationalen Substitutionskonferenz Deutschland in Berlin, 12.12.2012
- Robert Koch-Institut (2012): Epidemiologisches Bulletin Nr. 28, S. 259

- Schulte, B., Stöver, H., Thane, K., Schreiter, C., Gansefort, D., & Reimer, J. (2009). Substitution treatment and HCV/HIV-infection in a sample of 31 German prisons for sentenced inmates. *International Journal of Prisoner Health*, 5 (1), 39–44.
- Stöver, H. (2001): Spritzentauschprogramme in drei Hamburger Justizvollzugsanstalten. In: Jacob, J.; Keppler, K.; Stöver, H. (2001): *LebHaft. Gesundheitsförderung für DrogenkonsumentInnen im Strafvollzug – Teil 1 + 2. Deutsche AIDS-Hilfe, Schriftenreihe AIDS-Forum, Bd. 42, Berlin, 2001,*
- Stöver, H.; Michels, I.I. (2011): Die Substitution braucht Impulse zur Weiterentwicklung. In: Schäffer, D.; Stöver, H. (Hrsg.): *Drogen, HIV/AIDS, Hepatitis. Ein Handbuch. Berlin: DAH, S. 117–140*
- Stöver, H.; Nelles, J. (2003): Ten years of experience with needle and syringe exchange programmes in European Prisons. In: *International Journal of Drug Policy Dec./2003, Volume 14, Issues 5-6, pp 437–444*
- Stöver, H. (2005a): Infektionsgefahren (HIV/AIDS und Hepatitis) im Strafvollzug – Warum werden wirksame Prophylaxe-Strategien nicht angewendet? In: *Suchtmagazin, H. 1/2005*
- Stöver, H. (2005b): Infektionsgefahren (HIV/AIDS, Hepatitis) im Strafvollzug: Wie sie ausgeblendet und wirksame Prophylaxe-Strategien nicht angewendet werden. In: Burkhardt, S.; Graebisch, Chr.; Pollähne, H. (Hrsg.): *Korrespondenzen in Sachen: Strafvollzug, Rechtskulturen, Kriminalpolitik, Menschenrechte. Münster: LIT, 2005, S. 354–367*
- Stöver, H. (2009): Prison Syringe Exchange: A Review of International Evidence and Experience. Vortrag auf « Journée nationale Prison. Représentations, pertinence et faisabilité dans le contexte des prisons françaises » Paris, Maire du 10ème, Paris, 25 juin 2009
- Stöver, H. (2011): Barriers to opioid substitution treatment access, entry and retention: A survey of opioid users, patients in treatment, and treating and non-treating physicians. In: *European Addiction Research 2011; 17:44–54*
- Stöver, H. (2012): Drogenabhängige in Haft – Epidemiologie, Prävention und Behandlung in Totalen Institutionen. In: *Suchttherapie 13, S. 74–80*

## Spritzenvergabe in spanischen Gefängnissen

Xavier Majo

Der folgende Beitrag zeigt die Ergebnisse einer qualitativen Auswertung des Spritzenprogrammes in den Gefängnissen Kataloniens. Die schriftliche Auswertung der Evaluation wurde herausgegeben von zwei Forschern der Autonomen Universität von Barcelona. Aufgrund der niedrigen Teilnahme an dem Spritzenaustauschprogramm wurde eine Evaluation in allen katalonischen Gefängnissen durchgeführt. Alle katalonischen Gefängnisse haben sich an dem Programm beteiligt, mit Ausnahme von einem. Dies ist zurückzuführen auf den Gefängnisleiter, welcher die Teilnahme nicht genehmigt hat. Die folgenden vier Punkte zeigen Voraussetzungen, vorgegriffene Zusammenfassungen und Grundaussagen zu diesem Vortrag:



Xavier Majo (rechts)

1. Der Konsum und die Anwendung von Drogen in den Gefängnissen ist der wichtigste Risikofaktor, um sich mit entsprechenden Infektionskrankheiten anzustecken.
2. Nach den Forschungsergebnissen ist klar, dass die Anwendung eines Spritzenaustauschprogramms die wichtige Voraussetzung dafür ist, dass Infektionen nicht stattfinden.
3. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt seit fast 20 Jahren die Durchführung der Spritzenaustauschprogramme, weil die Ergebnisse bei der Durchführung dieser Programme als gesichert gelten.

4. Die Behauptung das Spritzenaustauschprogramm sei gefährlich, konnte in den 20 Jahren, in denen diese Programme durchgeführt werden, nie verifiziert werden. Es gab keine Zwischenfälle, Unfälle oder dergleichen.

Die vier Punkte zeigen schon, dass das Programm in eine paradoxe Situation geraten ist, welche die Frage provoziert, warum diese Programme, die als gesichert gelten und wissenschaftlich erforscht sind, nicht systematisch in alle Gefängnissen eingeführt werden. Warum werden Spritzen nicht zur Verfügung gestellt, wenn sie effektiv und sinnvoll sind? Das ist genau das gleiche, als wenn man einem Diabetiker, in einer vergleichbaren Situation, kein Insulin gibt.

Ich möchte der AIDS-Hilfe für die Durchführung dieses Seminars gratulieren und denke, dass in jedem demokratischen Land solche Tagungen durchgeführt werden sollen, wo die öffentliche Gesundheit und Menschenrechte Priorität genießen.

## **Kontext**

Katalonien ist von der Fläche her gesehen etwas kleiner als Nordrhein-Westfalen und hat 7,5 Millionen Einwohner. Katalonien ist eine autonome Region und hat eine eigene Kultur und Sprache. Das katalanische Justizministerium ist verantwortlich für die katalanischen Gefängnisse. Die Verantwortung für die Gesundheitsdienste in den Gefängnissen wechselt gerade vom Justizministerium zum Gesundheitsministerium.

Es ist ein Rückgang bei der Drogeninjektion zu beobachten. Von allen Gefangenen Kataloniens sind 8% von 7.103 der Insassen in einem Methadonprogramm. Es wird sehr viel weniger Heroin und dafür mehr Kokain konsumiert:

- Heroin: 1995: 4.744 (43,8%)  
2009: 1.916 (12,9%)
- Kokain: 1995: 306 (3,2%)  
2009: 3.779 (25,5%)

Schon vor 20 Jahren hat die Weltgesundheitsorganisation zum Umgang mit HIV und AIDS in Gefängnissen Spritzenaustauschprogramme empfohlen. Es gibt die üblichen Argumente, welche gegen das Spritzenaustauschprogramm angeführt werden:

1. Die Sicherheit der Beschäftigten und der Gefangenen wird angezweifelt, weil die Spritze als Waffe benutzt werden könnte, oder durch Zufälle oder Unfälle zu Verletzungen kommen kann.
2. Eine Erhöhung und Erweiterung des intravenösen Drogenkonsumverhaltens.

Es gibt viele Auswertungen und Veröffentlichungen zu dem Thema, welche belegen, dass diese Punkte nicht der Wahrheit entsprechen. Kein Spritzenaustauschprogramm durchzuführen bedeutet nicht, dass es in den Gefängnissen keine Spritzen gibt. Der Strafvollzug in Katalonien umfasst 11 Gefängnisse, in welchen 10.348 Menschen inhaftiert sind. Von diesen haben sich irgendwann einmal 14,7% Drogen injiziert. Im Jahre 2005 bedeutend mehr, 27,9%. Die HIV Prävalenz liegt bei 8,35% der Inhaftierten und die Hepatitis C Prävalenz liegt bei 19,6%. Die Erkrankungsrate an HIV in den katalonischen Gefängnissen liegt bei 4,8% pro Jahr. Die Daten stammen aus dem Jahr 2000.

In einem Zeitraum von 4 bis 5 Jahren wurden in den katalonischen Gefängnissen Befragungen durchgeführt. Im Jahr 2011 haben 0,4% aller Befragten sich in den 30 Tagen vor der Befragung Drogen injiziert. Bezogen auf die Gesamteinwohnerzahl Kataloniens, sind das 42 Personen. Im Jahr 2006 waren das noch 1,4%. Obwohl die Zahl der injizierenden Drogennutzer gesunken ist, gibt es diese Art der Drogenapplikation selbstverständlich immer noch. Seit 2006 ist ein Rückgang an Neuinfektionen von Hepatitis C und HIV zu sehen.

### **Umsetzung des Spritzenprogramms**

Im katalanischen Parlament gab es immer das Bestreben eine Einvernehmlichkeit über das Spritzenprogramm in der Drogenpolitik zu erzielen. Am 02.02.2003 gab es den Beschluss der Justizkommission, im Parlament ein derartiges Programm in die Wege zu leiten, mit der Unterstützung aller politischen Parteien. Das erste Gefängnis, in welchem das Programm durchgeführt wurde, liegt in Tarragona. Im Zeitraum zwischen 2005 und 2007 wurde das Programm auf alle katalonischen Gefängnissen, bis auf ein Gefängnis, ausgedehnt.



### *Wie wird der Austausch organisiert?*

Die Durchführung erfolgt durch das medizinische Personal, während der Öffnungszeiten der medizinischen Abteilungen. Vor der Teilnahme an dem Spritzenaustauschprogramm, erfolgt ein Aufnahmegespräch, welches vertraulich ist.

„Für eine gebrauchte Spritze, gibt es eine neue“, so lautet der Grundsatz des Programms. Es gab, wie vorher schon angemerkt wurde, keinen Zwischenfall. Das Gelingen eines solchen Programms steht in Abhängigkeit zu zwei Punkten:

1. Von der Zugänglichkeit: Hier muss man berücksichtigen, dass die Gefangenen nie wissen wann die Droge ins Gefängnis kommt. Gerade deswegen muss man es Ihnen erleichtern an die Spritzen zu kommen.
2. Von der Absicherung: Wenn die Droge da ist, muss auch die Spritze da sein!

Die Vereinten Nationen empfehlen, dass für jeden Drogengebraucher/ jede Drogengebraucherin, außerhalb von Gefängnissen in einem Jahr 200 Spritzen zur Verfügung stehen sollen. Bisher gibt es noch keine Daten über die zur Verfügung stehenden Spritzen innerhalb eines Gefängnisses.

### *Einige Daten zur Situation in Katalonien*

Die folgenden Daten beziehen sich auf das Jahr 2012. Von den 10.348 Inhaftierten haben 1.521 Drogen injiziert bevor sie ins Gefängnis gekommen sind, dem entsprechen 14,7% der Gesamtinhaftierten. 1.479 Inhaftierte werden in Methadon-Programmen behandelt, 78 haben an dem Spritzenaustauschprogramm teilgenommen. Von diesen 1.521 Personen haben nur 5,1% das Spritzenaustauschprogramm genutzt. Das bedeutet, dass 10 Spritzen pro Jahr pro i.v. Konsument ausgegeben werden. Es wird deutlich, dass das Programm nicht so genutzt wird, wie es genutzt werden könnte. Die Auswertung dieses Programms hatte zum wesentlichen Ziel, zu erkennen und zu identifizieren, welche Faktoren es einem Gefangenen erleichtern, in ein solches Programm einzusteigen und welche die gegenteiligen Faktoren sind, die es ihm erschweren.

### **Qualitative Methode**

Das Ziel, das mit dem Programm erreicht werden soll, folgt einem logischen Gerüst mit den Voraussetzungen des Programms. Hier ein Beispiel: Wenn wir das Risiko der Infektion minimieren wollen, dann müssen wir die Anzahl

der untereinander getauschten Spritzen reduzieren. Das bedeutet, dass die Gefangenen regelmäßig an einem Austauschprogramm teilnehmen müssen. Die Grundvoraussetzungen müssen erfüllt sein, nämlich dass die Gefangenen über eine Spritze verfügen und wenn diese benutzt ist, Zugang zu einer neuen Spritze haben. Die Aufgabe der Forscher war es herauszufinden, wo an dem gelingenden und angedachten Projekt die Punkte sind, die eine Teilnahme verhindern. Es gab 8 Gruppeninterviews mit Beschäftigten und 13 Einzelinterviews mit Gefangenen und Ex-Gefangenen. Die Informationen aus dem ersten Interview, sollen im zweiten verifiziert oder falsifiziert werden. Dieser Vorgang wurde solange durchgeführt bis man eine Tendenz heraus sehen konnte.

Eine qualitative Auswertung, ist keine quantitative Auswertung, man sammelt Informationen ohne sie zu quantifizieren. Die Beschäftigten vermitteln ein unterschiedliches Verständnis zum einem vom Umgang mit Drogen und zum anderen vom Umgang mit dem Spritzenprogramm auf verschiedene Weise. Die Grundeinschätzung des Programms hängt von der Akzeptanz des Programms ab. Wir haben drei Personalgruppen: Psychologen, Mediziner und Wachen. Die Übertragung von Krankheiten, der Drogengebrauch und die Drogenkontrolle symbolisieren den unterschiedlichen Umgang des Personals mit dem Spritzenprogramm. Unterschiedliche Sichtweisen, werden in unterschiedlichen Aussagen repräsentiert. Zum einen stehen hier das Grundrecht eines jeden Gefangenen, sich nicht anzustecken, sowie das Recht auf Teilnahme an dem Projekt, welches das Ziel hat, sich auf eine sichere Art und Weise zu injizieren.

Die zweite Sichtweise ergibt sich aus dem Ziel, dass der Gefangene keine Drogen nutzt. Alles muss dafür getan werden den Gefangenen von den Drogen abzubringen, hier wird erwartet, dass der Gefangene die Bedingungen erfüllt, um in das Programm einzusteigen.

Die dritte Sichtweise impliziert Sicherheit. Alles was nicht mit dem Thema Sicherheit zu tun hat, ist nicht relevant. Das Programm ist nicht mit dem Strafvollzug vereinbar. In erster Linie handelt es sich hier um das Wachpersonal. Derjenige, der Spritzen hat, der hat auch Drogen und mit Hilfe dieses Programms, sollen Drogen entdeckt werden.

Diese drei unterschiedlichen Positionen bedeuten, dass sich unterschiedlich verhalten wird, was wiederum die Realität in den Gefängnissen bestimmt.

Der Zugang zu dem Spritzenprogramm muss ohne jede Einschränkung gewährt werden, es gibt keine Bedingungen für den Zugang.

Die zweite Sichtweise impliziert Bedingungen. Das Konzept von Vertraulichkeit bedeutet in erster Linie Anonymität, welche die erste Sichtweise impliziert. Der Austausch muss unsichtbar stattfinden, der Kontrollaspekt wird verstärkt. Es geht darum, mit dem Austausch eine doppelte Kontrolle auszuüben: Zum einen den Gebrauch der Spritze und zum anderen den Gebrauch der Drogen zu kontrollieren.

Man muss sich also überlegen: Was ist das Ziel eines Spritzenaustauschprogramms? Hat es zum Ziel, Infektionen vorzubeugen, den Drogenkonsum zu überwachen oder eine allgemeine Kontrolle des Gefangenen? Es muss klar sein, dass das Programm dafür da ist, Infektionen vorzubeugen. Die Teilnehmer des Programms sind Drogennutzer mit langen Haftstrafen und ohne Möglichkeit sich auf irgendeine Art und Weise aufgrund ihrer Delikte sich Hafterleichterungen zu verschaffen.

Die Übertragung von Infektionen im Gefängnis, wird von den medizinischen Personal mit großer Aufmerksamkeit betrachtet. Die Verhinderung des Rückfalls in das entsprechende Delikt wird mit größerer Aufmerksamkeit betrachtet, als die Infektion. Die Gefahr sich zu verletzen mit einer Spritze oder die Gefahr einer Überdosis wird als größere Gefahr gesehen von dem medizinischen Personal, als die Ansteckung. Für den Drogennutzer ist es schwerwiegender auf eine Hafterleichterung zu verzichten, als sich zu infizieren. Der Einstieg und die Durchführung des Programms sind durch das medizinische Personal erschwert zu streng.

## **Empfehlungen**

Es wird immer gesagt es ist schwierig ein solches Programm in einer totalen Institution unterzubringen. Die Gefängnisse müssen bedenken, dass sie ein Problem haben, welches lautet: Infektionsgefahren. Deswegen ist eines der Ziele und Empfehlungen, dass nicht nur das Programm sich an das Gefängnis anpassen muss, sondern auch die Gefängnisse an das Programm.

Es gibt zu wenig politisches Engagement, um das Spritzenaustauschprogramm effektiv zu unterstützen. Des Weiteren muss sich darum gekümmert werden, dass die Spritzen zugänglicher werden. Hierzu zählen Flexibilität und das Eingebunden sein der Beschäftigten, so dass es zu einer breiteren

Abdeckung kommt. Zu diesem Programm müssen Spritzenausgabe Automaten hinzugefügt werden, welche an unterschiedlichen Orten in der Institution zur Verfügung stehen sollen. Diese Orte sollten anonym sein, wenn der Austausch unter gleichen passiert. Des Weiteren ist es von Bedeutung, dass es eine bessere Aufklärung über die Vermeidung von Schäden gibt. Hierfür sollen Weiterbildungen sorgen. Es sollte überlegt werden, dass diejenigen die an dem Programm teilnehmen, als Gegenleistung eine Hafterleichterung erfahren. Grundgedanke: Wenn ich auf meine Gesundheit Acht gebe (durch Teilnahme an dem Programm), dann sollte ich eine Hafterleichterung bekommen.



# **Spritzenvergabe in Haft in der Schweiz**

Hans Wolff

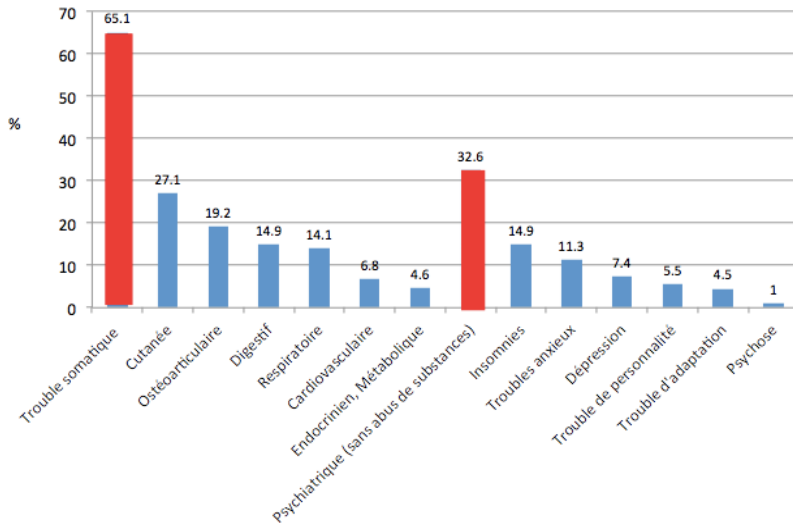
## **Krankheit und Drogengebrauch in Haft**

Häftlinge haben oftmals nur begrenzten Zugang zur Gesundheitsversorgung und leiden schon vor Ihrer Inhaftierung unter sozialer und wirtschaftlicher Benachteiligung.<sup>1,2</sup> Inhaftierung verstärkt oftmals diese Benachteiligung, kann aber auch als Chance genutzt werden, um die gesundheitlichen Bedürfnisse dieser gefährdeten Gruppe anzusprechen. Sucht, psychische Probleme und Infektionskrankheiten sind wesentliche gesundheitliche Probleme in Haft.<sup>1,3</sup> Substanzgebrauch im Gefängnis ist 20 bis 100-mal häufiger als in der Allgemeinbevölkerung: 20–60% der Häftlinge nutzen illegale Drogen, 10–30% intravenös und von denen, die intravenöse Gebraucher sind, tauschen 60–80% ihr Material mit anderen Häftlingen.<sup>4,5</sup> Dieses Risikoverhalten erklärt hohe Prävalenzen und Inzidenzen fast aller Infektionskrankheiten im Gefängnis, weltweit. Untersuchungen mit belgischen Gefangenen haben gezeigt, dass Leistungen der medizinischen Grundversorgung sehr stark genutzt werden.<sup>6</sup> Die Häufigkeit der Gesundheitsprobleme variiert jedoch stark zwischen den Haftanstalten. Im Genfer Gefängnis Champ-Dollon wurde bei einer systematischen Untersuchung aller Krankenakten des Jahres 2007 festgestellt dass 65,1% ein somatisches Problem und 32,6% ein psychiatrisches hatten sowie 40,2% illegale Drogengebraucher waren.<sup>3</sup> (Abb. 1)

Ziel effektiver Gesundheitsdienste im Gefängnis muss sein, eine in allen Belangen äquivalente Gesundheitsversorgung anzubieten, wie sie der sich in Freiheit befindenden Allgemeinbevölkerung zur Verfügung steht.<sup>8</sup>

Die fundamentalen Rechte von Menschen in Haft werden von grundlegenden Regelwerken geschützt, die auch vom Europarat, dem Europäischen Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT), dem Weltärztebund (World Medical Association/WMA), dem International Council of Nurses (ICN), der Weltgesundheits-

organisation (WHO) und der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) als maßgeblich anerkannt sind.<sup>8-11</sup>



Gesundheitsprobleme der Häftlinge im Genfer Gefängnis Champ-Dollon<sup>3</sup>

Diese Regeln und Empfehlungen basieren auf dem Humanitären Völkerrecht und den Grundrechten. Im Einzelnen handelt es sich um folgende sieben fundamentale Prinzipien:<sup>9,12</sup>

1. Gefangene müssen jederzeit freien Zugang zur medizinischen Versorgung haben.
2. Die medizinische Versorgung muss derjenigen für nicht inhaftierte Personen entsprechen (Äquivalenzprinzip).
1. Jede medizinische Behandlung von Menschen in Haft setzt deren freiwillige und informierte Zustimmung voraus, wobei das Prinzip der Vertraulichkeit gilt (Berufsgeheimnis).
2. Menschen in Haft haben ein Recht auf gesundheitliche Aufklärung und auf Zugang zu den gängigen Mitteln zur Krankheitsverhütung.
3. Es besteht die Pflicht zur humanitären Unterstützung von besonders vulnerablen Gruppen.

4. Die mit der gesundheitlichen Versorgung von Menschen in Haft betrauten Personen müssen unabhängig von allen Ebenen der Justiz und des Strafvollzugs arbeiten.
5. Die mit der gesundheitlichen Versorgung von Menschen in Haft betrauten Personen müssen über die notwendigen professionellen Kompetenzen verfügen.

In der Mehrheit der europäischen Länder sind diese Prinzipien noch nicht in der Gesetzgebung verankert. Darüber hinaus ist festzustellen, dass die Prinzipien in der Praxis nur unzureichend umgesetzt werden. So wurden mehrere europäische Länder wiederholt vom Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte wegen unmenschlicher und entwürdigender Behandlung von Gefangenen verurteilt.

### **Das Genfer Modell für Gesundheitsversorgung in Haft**

Im Jahr 2011 hatte die Schweiz 113 Haftanstalten für 6065 Gefangene, von denen 28% in Untersuchungshaft waren. Die Inhaftierungsrate von 77 Inhaftierten pro 100.000 Einwohnern ist eine der niedrigsten in der Welt. Genf trübt jedoch die nationale Bilanz da dort ca. 200 Häftlinge pro 100.000 Einwohner in Haft sind. Die Mehrheit der Häftlinge in Schweizer Gefängnissen waren männlich (93,6%) und ausländischer Herkunft (81,4%).<sup>13</sup> Darüber hinaus hat der Kanton Genf mit 38,3% den höchsten Anteil an Ausländern in der Allgemeinbevölkerung.<sup>14</sup>

Das 1977 erbaute Untersuchungsgefängnis Champ-Dollon ist das größte der Schweiz. Zunächst für 270 Plätze konzipiert, wurde es 2011 wegen chronischer Überbelegung um 100 Plätze erweitert. Heute befinden sich 850 Inhaftierte in der Anstalt (226% Überbelegung).

Die medizinische Abteilung der Genfer Gefängnisse ist an die allgemeinmedizinische Abteilung der Universitätsklinik angeschlossen und somit unabhängig von Justiz und Gefängnisverwaltung. Sie bietet medizinische Versorgung mit einem niedrigschwelligen Ansatz und beschäftigt 37 Mitarbeiter, darunter Pflegefachkräfte, Allgemeinmediziner, Psychiater, Psychologen und Zahnärzte. Die medizinische Abteilung ist 24h/Tag durch Pflegefachkräfte besetzt; Ärzte sind jederzeit erreichbar. Eine systematische Evaluation des Gesundheitszustands per standardisierten Fragebogen findet durch die Pflegefachkräfte in der Regel innerhalb der ersten 2 Stunden nach Eintritt ins Gefängnis statt. Diese Evaluierung dient zur Identifizierung gesundheitlicher



Probleme, die medizinische Betreuung benötigen, wie z. B. Allergien, Verletzungen, Atemwegsprobleme psychische Krankheiten, Suizidalität, Sucht, Verdacht auf Infektionskrankheiten wie z. B. Tuberkulose sowie auch eventueller Verdacht auf unangemessener Polizei-Gewalt bei der Verhaftung. Bei positivem Screening leitet die Pflegefachkraft den Häftling direkt an einen Allgemeinmediziner weiter, der weitere diagnostische und therapeutische Maßnahmen ergreift. Zu jeder Zeit können Häftlinge eine medizinische Konsultation anfragen und werden dann zu einem Hausarzt behandelt. Je nach Bedarf überweist dieser die Patienten dann zu Spezialisten (Psychiater, HNO, Orthopädie, Ophthalmologie, etc).

Trotz der durch chronische Überbelegung schwierigen Haft- und Arbeitsbedingungen werden zahlreiche innovative Präventions-Programme durchgeführt, wie z. B. Spritzentausch, Kondomverteilung oder niederschwellige Opiat-Substitutions-Therapie (OST), welche für jeden Opiatabhängigen zugänglich sind. OST ist eine effiziente Präventions-Maßnahme, da sie erwiesenermaßen: 1. das Überleben der Opiatabhängigen verbessert, 2. die Abstinenz oder einen stabilen Konsum fördert, 3. die Ausbreitung von Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis C) reduziert, 4. kriminelle Aktivität vermindert, 5. Kosten senkt und 6. die Notfallaufnahmen und Hospitalisationen senkt.<sup>15, 16</sup>

Im größten Schweizer U-Haft-Gefängnis in Genf (Champ-Dollon) werden alle opiatabhängigen Häftlinge substituiert, sofern sie es wünschen; dies unabhängig von Ihrem Aufenthaltsstatus (illegal oder nicht) und davon, ob sie in einem externen OST-Programm integriert sind oder nicht. In Genf wird zu 95% mit Methadon substituiert, Buprenorphin ist möglich, wird aber aus praktischen Gründen für Häftlinge reserviert, die schon vor der Haft damit substituiert wurden.

Zur wirkungsvollen Umsetzung von OST in Haft braucht es: 1. einen klaren rechtlichen Rahmen, 2. ein möglichst niederschwelliges Angebot, 3. Ausbildungs-Programme für Mitarbeiter der Gesundheitsdienste im Gefängnis sowie interdisziplinäres Teamwork zur Sicherung der Behandlungskontinuität.

Behandlungsäquivalenz (gleicher Zugang zu Opiatsubstitution außerhalb und innerhalb Haft) ist ein wichtiges Ziel, welches die Qualität der medizinischen Behandlung und auch die Behandlungskontinuität ermöglicht und somit der Gesundheit der gesamten (Allgemein-) Bevölkerung dient.

## Schweizer Vier-Säulen-Politik

Viele Präventionsprogramme basieren auf der sogenannten „Vier-Säulen-Drogenpolitik“. Die Schweiz hat Ende der 80er Jahre eine neue Drogenpolitik in Form des sogenannten „Vier-Säulen-Modells“ entwickelt: Prävention, Therapie, Repression und Risikominderung.

Ziel der primären **Prävention** ist es, die Anzahl neuer Drogenkonsumenten zu verringern; die sekundäre Prävention befasst sich vor allem mit dem Problem des Rückfalls sowie dem Vermeiden einer Verschlimmerung der Situation wie zum Beispiel des Übergangs von gelegentlichem zu regelmäßigen Konsum.

Ziel der **Therapie** ist es, den Konsum zu reduzieren und die Gesundheit der Drogennutzer nach einem interdisziplinären bio-psycho-sozialen Modell durch verschiedenartige, auf Abstinenz oder Substitutionsbehandlungen gerichtete Ansätze zu verbessern. Die Verschreibung und die Auslieferung dieser Substitutionsbehandlungen unterliegen der Genehmigung durch ein amtliches Organ, dem Kantonsärztlichen Dienst. Die **Repression** zielt auf die Kontrolle des Drogenmarktes ab und fällt vor allem in die Zuständigkeit der Polizeibehörden.

## Risikominderung und Spritzentausch

Ziel der Risikominderung ist es, die negativen Auswirkungen des Konsums auf die Drogengebraucher und auf die Gesellschaft zu verringern. Leider sind nur in wenigen Schweizer Gefängnissen Spritzentausch-Programme vorgesehen. Nur 13 der 114 Schweizer Haftanstalten haben solche. Dies liegt vor allem an der kantonalen Organisation was das Gesundheitssystem und Inhaftierung angeht. Trotz starker wissenschaftlicher Evidenz die für Spritzentauschprogramme in Haft spricht, wehren sich die meisten Kantone gegen deren Einführung, oftmals ohne Angabe von Gründen. Genf ist der einzige Kanton, in dem Spritzentauschprogramme in allen Haftanstalten umgesetzt sind. Hilfreich zur Durchsetzung solcher Programme ist eine Stellungnahme der Genfer Regierung, die 2000 die Rahmenbedingungen der Praxis der Medizin in den Genfer Haftanstalten detailliert geregelt hat. In diesem Text werden nicht nur die oben genannten fundamentalen Prinzipien der medizinischen Praxis in Haftanstalten besprochen sondern auch ganz konkrete Präventions-Maßnahmen wie z. B. Spritzentausch erwähnt.

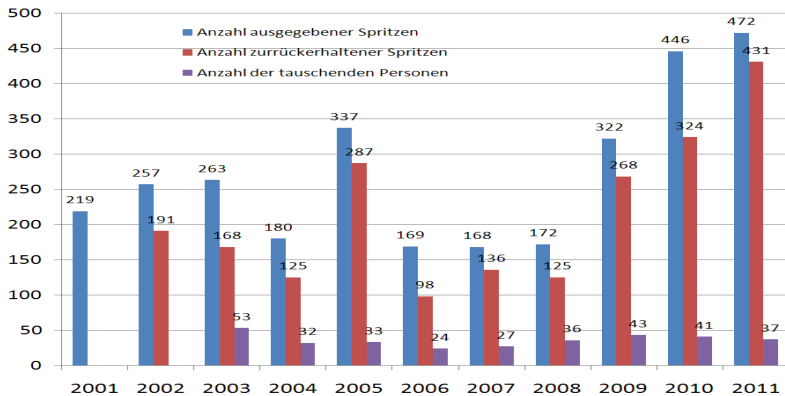
Im Falle von Drogenkonsum im Gefängnis haben Häftlinge in Genf seit 1996 die Möglichkeit, einen Einmal-Injektionssatz, die sogenannte « Boîte Flash », zu bekommen.

Die „Boîte Flash“ ist ein Präventionssatz. Ihr Inhalt (Abb. 2a) besteht aus: 2 sterilen 1 ml-Spritzen mit Filter, 2 sterilen Nadeln (verfügbar in zwei verschiedenen Größen), 2 alkoholgetränkten Desinfektionstupfern, 2 trockenen Tupfern, 2 Ampullen mit 1,5 ml NaCl 0,9 % und 2 Tütchen Ascorbinsäure 0,5 g. Zusätzlich wird seit 2011 noch eine Aluminiumwanne beigegefügt.



Boîte Flash orange: (a) Inhalt; (b) Spritzenausrührchen

Im Untersuchungs-Gefängnis Champ-Dollon hat die medizinische Abteilung zusammen mit Suchtspezialisten ein Spritzenaustauschprotokoll erarbeitet, das von der Gefängnisdirektion gutgeheißen und angenommen wurde. Dieses Protokoll sieht vor, dass vor der Erstaussgabe in den Räumen des medizinischen Dienstes ein vertrauliches Gespräch zwischen dem beantragenden Inhaftierten und einem Mitglied des Krankenpflegeteams stattfindet, bevor das Injektionsmaterial, aus Sicherheitsgründen, an der Tür der Häftlingszelle übergeben wird. Häftlinge werden bestraft, falls ihnen Konsum von Drogen bewiesen wird, oder wenn bei Ihnen Spritzen gefunden werden, die weder in der « Boîte Flash », noch in den Spritzenausrührchen sind.



Spritzentauschprogramm im Gefängnis Champ-Dollon in Genf: Anzahl der ausgegebenen bzw. zurrückhaltenen Spritzen und Anzahl der Teilnehmer pro Jahr

Spritzentauschprogramme werden in der internationalen Literatur durchweg positiv evaluiert.<sup>4,17,18</sup> Das Genfer Programm stimmt mit den Evaluierungen überein und zeigt insbesondere, dass seit Einführung keine Spritzen mehr gefunden werden, die sich außerhalb der legalen Behältnisse befinden. Auch betonen vor allem Justiz-Vollzugsbeamte, dass ihre Sicherheit seit Beginn der Maßnahme erhöht sei und sie seither keine Angst vor Spritzen haben, die früher regelmäßig bei Zelldurchsuchungen gefunden wurden und die ein hohes Verletzungsrisiko darstellten (siehe Film „PNSP: it can be done“ unter <http://www.prisonhealthnow.ca/>).

## Zusammenfassung

Häftlinge haben oftmals nur begrenzten Zugang zur Gesundheitsversorgung und leiden schon vor Ihrer Inhaftierung unter sozialer und wirtschaftlicher Benachteiligung die sich negativ auf deren Gesundheit auswirkt.<sup>1,2</sup> In Champ-Dollon wurden bei den Häftlingen 2007 65,1 % somatische Probleme und 32,6% psychiatrische Probleme gefunden.<sup>3</sup> Substanzgebrauch im Gefängnis ist 20 bis 100-mal häufiger als in der Allgemeinbevölkerung: 20–60% der Häftlinge nutzen illegale Drogen, 10–30% intravenös und von denen, die intravenöse Gebraucher sind, tauschen 60–80% ihr Material mit anderen Häftlingen.<sup>4</sup> Dieses Risikoverhalten erklärt hohe Prävalenzen und Inzidenzen fast aller Infektionskrankheiten im Gefängnis, weltweit.

Angesichts dieser starken Evidenzlage ist es erstaunlich, dass effiziente Präventionsprogramme, wie z. B. niederschwelliges OST oder Sprizentauschprogramme, nicht in allen Gefängnissen verfügbar sind. Dies ist vor allem verwunderlich, da diese Programme höchst kosteneffizient sind und dieser Aspekt insbesondere in Zeiten wirtschaftlicher Krise besonders berücksichtigt werden sollte. Die Nichteinführung dieser Programme in Haftanstalten widerspricht fundamentalen Prinzipien der Gesundheitsversorgung in Haft, wie z. B. dem Äquivalenz-Prinzip, welches besagt, dass Gesundheitsversorgung und auch Zugang zu Präventionsprogrammen in Haft derselbe sein soll wie der für Bürger, die außerhalb des Gefängnisses leben.

### **Literaturliste**

- Fazel, S.; Baillargeon, J.: The health of prisoners. *Lancet* 2011; 377 (9769): 956–965.
- Watson, R.; Stimpson, A.; Hostick T. Prison health care: a review of the literature. *Int J Nurs Stud* 2004; 41(2):119–128.
- Wolff, H.; Sebo, P.; Haller, D.M.; Eytan, A.; Niveau, G.; Bertrand, D. et al.: Health problems among detainees in Switzerland: a study using the ICPC-2 classification. *BMC Public Health* 2011; 11.
- Jurgens, R.; Ball, A.; Verster, A.: Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison. *Lancet Infect Dis* 2009; 9(1):57–66.
- Stöver, H.: Drogenabhängige in Haft – Epidemiologie, Prävention und Behandlung in Totalen Institutionen. *Suchttherapie* 2012; 13:74–80.
- Feron, J.M.; Paulus, D.; Tonglet, R.; Lorant, V.; Pestiaux, D.: Substantial use of primary health care by prisoners: epidemiological description and possible explanations. *J Epidemiol Community Health* 2005; 59(8): 651–655.
- Maruschak, L.M.: Medical problems of jail inmates. <http://bjs.ojp.usdoj.gov/content/pub/pdf/mpji.pdf> . 2006.
- Council of Europe. Recommendation R(98). [https://wcd.coe.int/com.instranet.InstraServlet?command=com.instranet.CmdBlobGet& InstranetImage=530653&SecMode=1&DocId=459562&Usage=2](https://wcd.coe.int/com.instranet.InstraServlet?command=com.instranet.CmdBlobGet&InstranetImage=530653&SecMode=1&DocId=459562&Usage=2) . 8-4-1998.
- European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT). The CPT standards. [http:// www.cpt.coe.int/en/documents/eng-standards-prn.pdf](http://www.cpt.coe.int/en/documents/eng-standards-prn.pdf) . 2006.

- Penal Reform International. Making standards work: an international handbook on good prison practice. <http://www.penalreform.org/files/man-2001-making-standards-work-en.pdf> , 70. 2001.
- Council of Europe. Recommendation Rec(2006)2 of the Committee of Ministers to the member states on the European Prison Rules. <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=955747> . 2006.
- Pont, J.: Medical ethics in prisons: rules, standards and challenges. *International Journal of Prisoner Health* 2006; 2:259–267.
- Swiss Federal Statistical Office. Prisons, pre-trial detention: data, indicators. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/en/index/themen/19/03/05/key/unte rsuchungshaft.html> . 2010.
- Office cantonal de la statistique de la République et Canton de Genève. Population résidante genevoise : + 2 278 personnes en 2007. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/22/press.Document.105197.pdf> . 21-1-2008.
- Dolan, K.A.; Shearer, J.; White, B.; Zhou, J.; Kaldor, J.; Wodak, A.D.: Four-year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: mortality, re-incarceration and hepatitis C infection. *Addiction* 2005, 100:820–828
- Larney, S.; Dolan, K.: A literature review of international implementation of opioid substitution treatment in prisons: equivalence of care? *Eur Addict Res.* 2009;15(2):107-12.
- Jurgens, R.: Review of prison-based needle exchange programs published. *Can HIV AIDS Policy Law Rev* 2003; 8(1):55.
- Stover, H.: Evaluation of needle exchange pilot projects shows positive results. *Can HIV AIDS Policy Law Newsl* 2000; 5(2-3):60–69.



## Normalisierung eines Modellprojektes? Spritzentausch in der JVA Lichtenberg

Daniela Staack

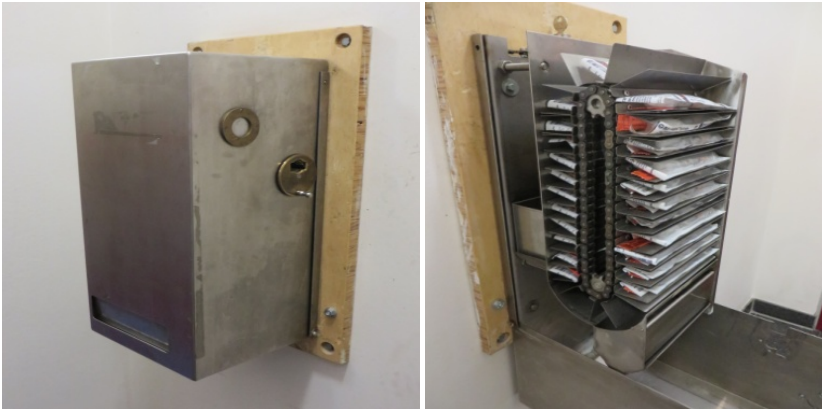
Die Justizvollzugsanstalt (JVA) Lichtenberg für Frauen in Berlin ist die deutschlandweit einzige, in der es intravenös injizierenden (i.v.) drogenabhängigen Gefangenen möglich ist, benutztes Spritzbesteck gegen sterile Einwegspritzen zu tauschen. Während in Freiheit der Zugang zu sterilen und hygienisch einwandfreien Spritzen und Nadeln sowie Konsumzubehör in Berlin seit 1989 durch Spritzenverkaufsautomaten rund um die Uhr gewährleistet ist, bleibt diese Möglichkeit i.v. Drogengebraucher/innen im Strafvollzug – bis auf die oben genannte Ausnahme – in Deutschland verwehrt. Spritzenverkaufsautomaten sind als Maßnahme zur HIV- und Hepatitis-Prävention international anerkannt und bilden eine Ergänzung zu den geläufigen Abgabestellen wie Apotheken, Konsumräumen sowie Einrichtungen der Aids- und Drogenhilfe<sup>1</sup>.



Daniela Staack

Eine Übertragung dieser wirksamen Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe auf den Strafvollzug stellt seit mehr als 20 Jahren eine zentrale Forderung der Aids-Hilfe dar und hat bis heute nichts an Aktualität eingebüßt.





Spritzenautomat in der JVA Lichtenberg (Fotos: Berliner Aids-Hilfe e.V.)

## Relevante Infektionszahlen in Kürze

Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ist der Anteil von i.v.-Drogenkonsumenten im Strafvollzug überproportional hoch vertreten. Infektionserkrankungen wie HIV und HCV sind in dieser Gefangenengruppe deutlich überrepräsentiert<sup>2</sup>.

Tab. 1 Anteil der i.-v.-Drogenkonsumenten (IDUs) und drogenassoziierter Infektionserkrankungen in deutschen Haftanstalten und in der Allgemeinbevölkerung

	IDUs	HCV	HIV
<b>Haftanstalten</b> <sup>1,2</sup>	21,9–29,6 %	14,3–17,6 %	0,8–1,2 %
<b>Allgemeinbevölkerung</b>	0,3 % <sup>3</sup>	0,4–0,7 % <sup>7</sup>	0,05 % <sup>5</sup>
<b>Faktor</b>	73–98-fach	26–32-fach	16–24-fach

<sup>1</sup>Radun et al. 2007; <sup>2</sup>Schulte et al. im Druck; <sup>3</sup>EBDD 2006; <sup>4</sup>RKI 2007; <sup>5</sup>UNAIDS 2005

## Rückblick – wo kam es her?

Mit Beschluss des Berliner Abgeordnetenhauses im Juni 1996 wurde für zwei Berliner Haftanstalten im geschlossenen Männer- und Frauenvollzug für vier Jahre ein Modellprojekt zur „Aids und Hepatitis- Prophylaxe“ unter Vergabe von sterilen Einwegspritzen realisiert. Grundlage waren Erfahrungen aus bereits abgeschlossenen oder noch laufenden Modellprojekten in der Schweiz,

in Niedersachsen und Hamburg. Vor dem Hintergrund hoher Infektionszahlen von HIV, Hepatitis B (HBV) und Hepatitis C (HCV) in der Risikogruppe i.v. drogengebrauchender Inhaftierter sollte eine allgemeine Verbesserung des Gesundheitszustandes der Gefangenen sowie eine Risikominimierung der Übertragung von HIV und HBV/HCV erreicht werden<sup>3</sup>.

Im Jahr 1998 konnte nach notwendigen baulichen Maßnahmen und dem Umzug der Frauenhaftanstalt vom Bereich Charlottenburg nach Lichtenberg, das Modellprojekt der Eins-zu-Eins Vergabe über Automaten beginnen. Für den Männervollzug erfolgte die Umsetzung durch die persönliche Hand-zu-Hand-Vergabe durch Mitarbeiter/innen der Berliner Aids-Hilfe e.V. in der JVA Plötzensee (Bereich Lehrter Straße) im Jahr 1999. Informations- und Fortbildungsveranstaltungen wurden für das Personal vor Projektbeginn durchgeführt.

Beide Anstalten unterschieden sich signifikant in der Umsetzung sowie den vorliegenden Gegebenheiten. Während die Konzeptionierung in der Frauenhaftanstalt ein begleitendes Angebot von therapeutischen und psychosozialen Angeboten sowie Freizeit- und Beschäftigungsmöglichkeiten vorwies, fehlten diese bei der Umsetzung im Männervollzug weitgehend. Hier wurden die Gefangenen einzig in der Hand-zu-Hand-Vergabe von den Mitarbeiter/innen der Aids-Hilfe beraten und betreut<sup>3</sup>. Zusätzlich konnte die vormals nicht auf drogenabhängige Inhaftierte ausgerichtete JVA die „künstlich“ herbeigeführte Umsetzung des Projekts nicht bewerkstelligen. Der Vollzugsalltag wurde durch die Verlegung drogenabhängiger Gefangener aus anderen Haftanstalten im großen Maße gestört. Zudem fehlte dem Personal die Erfahrung und Akzeptanz im Umgang mit Drogengebern. Ein hohes Spannungs- und Konfliktpotenzial führte zu einer gesteigerten Belastung des Personals, sodass sich der Personalrat der JVA in Folge gegen die Weiterführung der Vergabe aussprach.

Unter Berücksichtigung der deutlich unterschiedlichen Erfahrungen in beiden Haftanstalten wurde im Jahr 2003 mit Beschluss des Abgeordnetenhauses die Spritzenvergabe im Männervollzug eingestellt und im Frauenvollzug bis heute weitergeführt. Die Implementierung einer sterilen Spritzenvergabe in den anderen Berliner Justizvollzugsanstalten Tegel, Moabit, Charlottenburg und dem Offenen Vollzug wurde von den jeweiligen Vertretern unter Berücksichtigung der damaligen Konzeptionen und Schwerpunkte der Haftanstalten abgelehnt. Für den Jugendarrest sowie die Jugendstrafanstalt kam die

Spritzenvergabe unter Vorgabe des erzieherischen Auftrags den diese Anstalten innehaben nie in Betracht<sup>4,5</sup>.

### **Wissenschaftliche Begleitung<sup>5</sup>**

Das Modellprojekt zur Spritzenvergabe im Berliner Justizvollzug wurde von 1998 bis 2001 durch Mitarbeiter/innen des Instituts für Tropenmedizin der Humboldt Universität und des Robert-Koch-Instituts begleitend evaluiert. Fragestellungen und Zielsetzungen dabei waren unter anderem:

- die Auswirkungen des Konsumverhaltens auf Inhaftierte bei verfügbaren Spritzbestecken
- die Veränderung der Neuinfektionszahlen von HIV bzw. HBV und HCV
- der Umgang der Bediensteten im Widerspruch des Konsumverbots vs. legaler Vergabe von Konsumhilfsmitteln
- die Auswirkungen auf abstinente oder drogenferne Inhaftierte

Infektionsrelevante Zahlen vor Durchführung des Modellprojekts in der JVA Lichtenberg der teilnehmenden weiblichen Inhaftierten:

- Seroprävalenz von HIV: 18%
- Aktuelle oder durchgemachte HBV: 58%
- Impfstatus HBV: 11%
- Antikörpernachweis HCV: 85%

### **Ergebnisse für den untersuchten Bereich Lichtenberg<sup>4,5</sup>**

Konsumverhalten:

- Die Gesamtzahl der abgegebenen sterilen Spritzbestecke (Zeitraum 10/1998 bis 07/2002) i.H.v. 3.500 Stück wiesen ein hohes Ausmaß an i.v. Drogenkonsum im Gefängnis nach.
- Es erfolgte keine Zunahme eines i.v. Drogenkonsums unter Verfügbarkeit von Spritzbestecken.
- Die starke Abnahme des „Needle-sharing“ führte zur erheblichen Risikominimierung von Infektionserkrankungen.
- Es kam zu keiner Zunahme von i.v. Erstkonsum. Ein erstmaliger i.v. Drogenkonsum bei zwei weiblichen Inhaftierten konnte nicht auf verfügbare Spritzen zurückgeführt werden, da auch ohne Zugang zu sterilen Spritzen erstmalig in Haft i.v. konsumiert wird.

## Infektionsrelevanz

- Es konnten *keine* Serokonversionen bzgl. HIV und HBV festgestellt werden.
- *Eine* Serokonversion bzgl. HCV-Ansteckung erfolgte vermutlich bereits vor der Inhaftierung.

## Perzeption und Akzeptanz der Bediensteten

- Die Sinnhaftigkeit des Projekts als Infektionsprophylaxe wurde überwiegend akzeptiert.
- Die Einbindung des Projekts in den Arbeitsalltag hat stattgefunden.
- Es kam zu keinerlei Missbrauch von Spritzen als Waffe gegenüber dem Personal.
- Ideologische Konflikte nahmen ab.

Das Modellprojekt wurde von der Begleitforschung insgesamt erfolgreich bewertet. Die wesentlichen Ziele konnten erreicht werden. Die hohe Nutzung steriler Spritzbestecke senkte infektionsrelevantes Risikoverhalten und die Neuinfektionsraten bezüglich HIV und HBV/HCV konnten gering gehalten werden. Bei Implementierung der Spritzenvergabe sollten parallel sowohl Angebote und Unterstützung zum Drogenausstieg als auch die Möglichkeit einer opioidgestützten Substitutionsbehandlung vorgehalten werden.

## Einblick – Heute?

Die JVA Lichtenberg ist Hauptstandort von insgesamt vier Haftanstalten mit unterschiedlichen Vollzugsschwerpunkten des Frauenvollzugs in Berlin. Es handelt sich um eine kleine Haftanstalt mit insgesamt 88 Haft- und 33 Aufnahmeplätzen und sie umfasst die folgenden Bereiche:

- Aufnahmebereich
- Abteilung des geschlossenen Jugendstrafvollzugs
- die Abteilungen für Straferinnen mit Drogenproblematik

Die Abteilungen für Straferinnen mit Drogenproblematik unterteilen sich in zwei Bereiche:

### 1. Drogenbasisbereich der Stationen 5/6:

Aufgenommen werden alle Straferinnen mit Drogenproblematik unabhängig von der Haftdauer und Haftart (Kurz- und Langstrafen, Ersatzfreiheitsstrafen). Diese differenzieren sich laut Vollzug in folgende Gruppen:

- Frauen, die sich nicht selbst gestellt haben. Sie sind in der ersten Zeit der Inhaftierung meist nicht in der Lage ihre Situation sachlich einzuschätzen und sollen Unterstützung und Motivation in Bezug auf die Gestaltung ihres Haftverlaufs und ihre persönliche Suchtgeschichte erhalten. Bei ihnen sind psychische Instabilität und unkontrolliertes Konsumverhalten häufig vorhanden.
- Frauen, die aufgrund einer sehr kurzen Haftdauer einer umfassenden Vollzugsplanung nicht unterliegen.
- Frauen, die die Fähigkeit vorweisen, ihre Haftsituation selbstständig zu klären und eine gewisse Stabilität im Konsum oder Abstinenzwunsch verfolgen. Sie können sich auf Verlegung in den Motiviertenbereich bewerben.

Beratung und Unterstützung zur Antragstellung gemäß §35 BtMG sowie gemäß §57 StGB erfolgt über die Gruppenleitung und externe Mitarbeiterinnen. Der überwiegende Teil der Straferinnen auf diesen Stationen erhält eine opioidgestützte Substitutionsbehandlung.

## 2. Motiviertenbereich der Stationen 2/3:

- Eine Station für Frauen unter substitions-gestützter Behandlung
- Eine Station für Frauen nach abgeschlossenem Entzug und für abstinenten Frauen

Für die inhaftierten Frauen des Motiviertenbereichs ist eine Entlassung nach §35 BtMG möglich.

## **Gesamtkonzeption**

Die JVA unterhält ein Drogenhilfekonzept, das sich in weiten Teilen und über die Jahre hinweg bewährt hat. Es ist traditionell auf ein abstinen-zorientiertes Leben ausgerichtet. Von einem Stufenmodell mit Sanktionspraxis wurde abgesehen. Drogenabhängigkeit soll dabei nicht auf Deliktverhalten und Regelverstöße reduziert werden. Vielmehr soll den weiblichen Inhaftierten die Möglichkeit gegeben werden, eigene Fähigkeiten zu erkennen und zu fördern. Psychosoziale Betreuung und personelle Kontinuität wird in den genannten Bereichen als erforderlich angesehen und in das Gesamtkonzept eingebunden. Die Gruppenleiter/innen sowie die Mitarbeiter/innen des allgemeinen Vollzugsdienstes sind angehalten, diesen Beziehungsaufbau auf den Stationen zu gestalten.

Die opioidgestützte Substitutionstherapie wird als Teil des therapeutischen Konzepts in der JVA angeboten und durchgeführt.

Das Gesamtkonzept sieht weiterhin die enge Zusammenarbeit mit externen Einrichtungen der Aids- und Drogenhilfe sowie der Straffälligenhilfe vor. Alle Bereiche vermitteln Informationen über die externen Einrichtungen und stellen bei Bedarf den Kontakt zu diesen her. Die Einrichtungen sind in der Regel wöchentlich bis vierzehntägig vor Ort vertreten und können sich auf den Stationen frei bewegen. Dies spricht seitens der Vollzugsleitung von einem gewachsenen Vertrauen gegenüber den externen Einrichtungen und ist für eine konstruktive Zusammenarbeit Voraussetzung.

Darüber hinaus wurde ein Arbeitskreis eingerichtet, der sich über die Jahre hinweg etabliert hat und sich aus Mitarbeiterinnen des Strafvollzugs und der externen Einrichtungen zusammensetzt. Der Arbeitskreis trifft sich regelmäßig einmal im Monat. Hier werden haftspezifische Veränderungen zeitnah bekannt gegeben und an Schwerpunktthemen gearbeitet. Bei vorliegender Schweigepflichtsentbindung der betreffenden Inhaftierten können individuelle Fallbesprechungen durchgeführt werden. Aufgrund der knappen personellen Ressourcen muss die Freistellung der JVA-Mitarbeiterinnen für den Arbeitskreis durch die Anstaltsleitungsleitung besonders hervorgehoben werden.

### **Spritzentauschprogramm**

Seitens der JVA herrscht generell keine Akzeptanz von Drogen. Ihr Konsum und Besitz sind verboten. Das Spritzentauschprogramm wird jedoch als Instrument der Gesundheitsprophylaxe zur Vermeidung von Infektionskrankheiten für sich und andere anerkannt und durchgeführt. Die JVA appelliert an die Eigenverantwortlichkeit und den Schutz gegenüber Mitinhaftierten sowie dem Personal. Kontrollen von Personen und der Hafträume werden bei Verdacht durchgeführt. Drogenfunde werden angezeigt und Verstöße gegen die Teilnahmebedingungen disziplinarisch geahndet. Die Teilnahme am Programm hat jedoch keine verstärkten Haftraum- und Urinkontrollen zur Folge.

Das Spritzentauschprogramm steht grundsätzlich allen drogenabhängigen Frauen der Stationen 2/3 und 5/6 offen. Die Frauen des Aufnahme- und Jugendbereichs sind von der Teilnahme am Programm ausgeschlossen. In jedem Haftraum befindet sich ein laminiertes Infobrief mit den Bedingungen der Teilnahme am Programm.

Jede Frau wird bei Aufnahme durch den allgemeinen Vollzugsdienst über das Programm informiert. Nach Verlegung auf die Station wird im Erstgespräch mit der zuständigen Gruppenleitung die Teilnahme am Programm thematisiert. Wenn sich eine Inhaftierte zur Teilnahme entscheidet, erfolgt die Ausgabe einer so genannten Spritzenatrappe mit Etui. In der Stationshandakte werden die Informationsweitergabe und gegebenenfalls die Teilnahme der betreffenden Frau am Programm vermerkt. Dieser Vermerk „legalisiert“ einzig den Besitz *eines* sterilen Spritzbestecks oder einer Spritzenatrappe im Haftraum und ist für das Personal zur Kenntnis notwendig.



Spritzenatrappe zum Erstgebrauch des Automaten (Fotos: Berliner Aids-Hilfe e.V.)

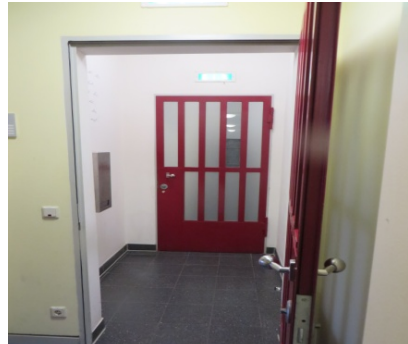
### **Technische Voraussetzungen**

Insgesamt befinden sich vier Spritzentauschautomaten auf den Stationen 2/3 und 5/6. Sie sind während der Aufschlusszeiten der Stationen frei zugänglich und befinden sich am Ende des Flures im Ecktreppenhaus. Für die Nutzerinnen soll durch diesen Standort größtmögliche Anonymität gewährleistet sein, was sich im Stationsalltag indes nicht immer garantieren lässt, da Personal oder andere Inhaftierte die Nutzung durchaus registrieren können.

Bei den vorhandenen Spritzentauschautomaten handelt es sich um Spezialanfertigungen der Schweizer Firma Bürki aus der ersten Herstellungsgeneration. Sie gelten allgemein als störanfällig und als technisch veraltet. Aktuell wird versucht eine Finanzierung für neue Geräte zu erhalten.

Die Automaten werden durch einen Mitarbeiter aus dem Verwaltungsbe-  
reich bestückt. Die Entleerung er-  
folgt über das medizinische Personal  
der Arztgeschäftsstelle in der JVA.  
Bei Überfüllung des Automaten kön-  
nen benutzte Spritzen in einem gesi-  
cherten Abwurfbehälter im Stations-  
zimmer entsorgt werden.

Aktuell werden Spritzen und Nadeln  
der Marke „BD Integra™ 3ml Syringe  
with retracting PrecisionGlide™  
Needle“ verwendet. Zur Anwendung  
kommen nur kurze Nadeln, die sich  
nach Gebrauch selbst einziehen. Beim Spritzentausch werden zusätzlich zur  
sterilen Spritze mit Kanüle ein Päckchen Ascorbinsäure sowie ein Alkohol-  
tupfer ausgegeben.



Sicht vom Flur in das Ecktreppenhaus  
(Foto: Berliner Aids-Hilfe e.V.)

### *Teilnahmebedingungen<sup>6</sup>*

#### Anonymität

- Die JVA führt keine Gesamtstatistik. Es erfolgt keine Erhebung persönlicher Daten und es wird mit den am Spritzentauschprogramm teilnehmenden Frauen kein schriftlicher Vertrag abgeschlossen.
- Bei Teilnahme erfolgen kein Vermerk in der Gefangenenpersonalakte und keine Mitteilung an die Vollstreckungsbehörde. Sie hat keinerlei Auswirkungen auf die Vollzugsplanung. Eine Dokumentation erfolgt einzig in der Stationsakte (siehe oben).

#### Zugang zu den sterilen Spritzen

- Bei Erstnutzung eines Spritzentauschautomaten wird die ausgegebene Spritzenattrappe gegen eine sterile Spritze getauscht. In Folge wird dann die jeweils benutzte Spritze gegen eine neue ausgewechselt.

#### Regeln

- Die Aufbewahrung der sterilen Spritze ist nur im ausgegebenen Etui im linken Schreibtischfach zulässig.
- Es ist nur eine Spritze erlaubt. Das Bunkern von Spritzen ist verboten.



- Gebrauchte Spritzen sind direkt umzutauschen. Bei Nichtbeachtung werden Disziplinarmaßnahmen verhängt.
- Die Kanüle ist nach Gebrauch einzuziehen.

Spritzen dürfen weder aus der JVA Lichtenberg ausgeführt noch an andere Inhaftierte weitergegeben werden. Bei Verlegung auf eine andere Station des Drogenbereichs darf die Spritze oder Attrappe mitgenommen werden.

#### Ausschlussgründe

Zu den Ausschlussgründen vom Spritzentauschprogramm gehören:

- Drogenhandel im großen Stil
- Wiederkehrende, regelmäßige Disziplinarmaßnahmen über einen langen Zeitraum

In der Praxis kommen Ausschlüsse nach Angabe der Mitarbeiterinnen verschwindend gering vor. Über einen Zeitraum von zehn Jahren wurden insgesamt lediglich zwei Ausschlüsse erinnert.

#### **Das Normale im Alltäglichen**

Das Spritzentauschprogramm der JVA Lichtenberg ist nach über fünfzehn Jahren im Alltag aller Beteiligten angekommen. Auf das Programm angesprochen, äußern sich die Mitarbeiter/innen der Stationen heute sachlich und ohne Polemik. Es werden in erster Linie Probleme bei der Handhabung oder Wartung der Automaten benannt. Die Haltung der Anstaltsleitung gegenüber der Spritzenvergabe ist eine deutlich positive und unterstreicht, dass eine gesundheitliche Versorgung drogenabhängiger Inhaftierter und die Prävention von Infektionen mit HIV und/oder Hepatitiden ein Teil des Gesamtkonzepts der JVA bilden – nicht mehr und nicht weniger.

Die drei Themen Nadelstichverletzung, Missbrauch und Manipulation sowie der Umgang mit der Paradoxie begleiten das Spritzentauschprogramm nach wie vor und werden von Außenstehenden immer wieder abgefragt. Sie stellen bis heute den Haupthinderungsgrund für den Initiierung einer Spritzenvergabe in anderen Haftanstalten dar. Aus dem Erfahrungsalltag gegriffen, lässt sich zu den Punkten und ihrer Handhabung in der JVA Lichtenberg folgendes anführen:

## **Nadelstichverletzungen**

Die Gefahr einer Stichverletzung durch nicht eingezogene Kanülen bei Haftraumkontrollen bleibt weiterhin bestehen. Die jahrelange Erfahrung des Personals im Umgang mit i.v. drogengebrauchenden Inhaftierten zeigt in der Praxis allerdings große Professionalität bei der eigenverantwortlichen risikominimierenden Durchführung von Kontrollen.

Kritiker der Spritzenvergabe in Haft sehen die Gefahr durch Nadelstichverletzungen bei Personal und Mithäftlingen erhöht. Die Nadelstichverletzung einer weiblichen Inhaftierten durch eine versteckte Spritze im Gruppenraum der JVA zog im vergangenen Jahr große Aufmerksamkeit auf den Stationen nach sich und hätte den Gegnern des Sprizentauschs mit Sicherheit die Bestätigung ihrer Befürchtungen gegeben. Sie ist hingegen ein gutes Beispiel für den sach- und fachgerechten Umgang des Personals mit dieser Situation. Die Sinnhaftigkeit des Sprizentauschprogramms wurde nicht angezweifelt. Notwendige Maßnahmen zur zeitnahen Postexpositionsprophylaxe (PEP) sowie spezialisierte stationäre Anlaufstellen waren dem Personal bekannt und der Betroffenen wurde eine umgehende medizinische Maßnahme zuteil. An dieser Stelle muss ausdrücklich betont werden, dass Justizvollzugsanstalten keine drogenfreien Räume sind, wie es der Öffentlichkeit häufig suggeriert wird. Drogen und Spritzen sind in Haft verfügbar. Untersuchungen bestätigen, dass Drogengebraucher/innen in Haft sowohl mit i.v.-Konsum beginnen als auch diesen fortführen und zwar ohne Sprizentauschprogramm und Zugang zu sterilen Utensilien<sup>7</sup>.

Die häufig zitierte Angst der Bediensteten vor Angriffen mit Spritzen lässt sich im Alltag nicht bestätigen. Bis heute hat es keinen Vorfall in diese Richtung gegeben.

## **Missbrauch und Manipulation**

Probleme, wie Missbrauch oder Manipulation der Automaten durch die Nutzerinnen treten temporär nach wie vor auf. Sie wurden bereits in der anfänglichen Begleitforschung festgehalten. Heute werden, im Austausch zwischen allen Beteiligten (Personal, Inhaftierte), und unter Einbeziehung der externen Mitarbeiterinnen Probleme offen thematisiert und es wird nach auslösenden Ursachen geforscht.

Bedingt durch zeitweiligen Personalmangel (vor allem durch hohen Krankenstand) kann der Arbeitsalltag mitunter nur reduziert bewältigt werden, was aus Sicherheitsgründen temporär erhöhte Einschlusszeiten der Inhaftierten zur Folge hat, bei denen sich dann wiederum die Unzufriedenheit verstärkt, sich psychiatrische Auffälligkeiten mehren und der Suchtdruck folglich gesteigert wird. Bei Nachfüllschwierigkeiten der Automaten durch den beschriebenen Personalmangel kann es dann in Folge zum so genannten „Hamstern“ von Spritzen kommen, was wiederum eine schnellere Leerung des Automaten bewirkt.

Durch das „Bunkern“ oder den Mangel von Spritzen durch leere Automaten erhöht sich das Infektionsrisiko mit HIV und/oder Hepatitiden durch Nadelstichverletzungen nicht ordnungsgemäß entsorgter Spritzen oder Needle-Sharing. Dies führt zu Unruhe auf den betreffenden Stationen, was in der Regel aber reguliert und behoben werden kann. In diesen Zeiten werden von den internen und externen Mitarbeiterinnen verstärkt Präventionsgespräche angeboten. Es ist auch der hohen Bereitschaft einzelner Mitarbeiter der Stationen zu verdanken, die zeitweilig die Bestückung der Automaten übernehmen, obwohl dies nicht ihrem Verantwortungsbereich obläge und die dadurch zu einer Befriedung der Allgemeinsituation beitragen.

Die Dringlichkeit der Anschaffung neuer und weniger störanfälliger Automaten liegt auf der Hand. Aufgrund der weiterhin politisch kontrovers geführten Diskussion zur Spritzenvergabe im Justizvollzug wird eine Finanzierung derzeit von verschiedenen Seiten geprüft.

## **Paradoxie**

Die Paradoxie zwischen offiziellem Abstinenzziel und einhergehendem Verbot von Drogen und der Bereitstellung steriler Spritzutensilien wird weiterhin vom Personal benannt und hinterlässt bei einem Teil der Bediensteten sowie der Inhaftierten ein ambivalentes Gefühl.

Beim Personal wird sie überwiegend dem einhergehenden Ziel der Gesundheitsprophylaxe untergeordnet und sachlich behandelt. Die „Einzigartigkeit“ des Programms ist alltäglich geworden, wird als normal wahrgenommen und in den Arbeitsablauf integriert. Mitarbeiterinnen haben dabei angegeben, dass die gefühlte Tendenz auf den Stationen eine positive Einstellung in Bezug auf den Spritzentausch sei. Kollegialer Austausch bei Unsicherheiten wurde dabei als wirksames Mittel der Problembewegung hervorgehoben.

Für die i.v. drogenabhängigen Inhaftierten ist die Paradoxie weitaus schwieriger zu bewältigen. Zum Einen begleiten sie in Freiheit und Haft das Konsumverbot illegaler Substanzen und die einhergehenden Repressalien seit Konsumbeginn. Innerhalb einer Haftanstalt freien Zugang zu Spritzen zu haben, wirkt daher auf einige verstörend. Thematisch findet der Umgang mit der „Paradoxie“ Platz in den regelmäßig stattfindenden Gruppengesprächen der einzelnen Stationen.

Unterstützend werden Informationsveranstaltungen zu Infektionserkrankungen (HIV, Hepatitiden) seit Beginn des Modellprojekts durch die Berliner Aids-Hilfe e.V. angeboten. Sie beinhalten neben der Aufklärung zu Übertragungswegen immer auch „Safer-Use“-Informationen. Mit den Inhaftierten wird in diesem Rahmen nach wie vor die Einstellung zum Spritzentausch thematisiert. In Gesprächen finden die Einschätzung zur Erhöhung des Suchtdrucks durch die Erreichbarkeit von Spritzen oder der Abstinenzwunsch Raum und es kann unterstützend gearbeitet werden.

Nicht zu unterschätzen ist an diesem Punkt die gute und vielseitige Vernetzung der externen Träger mit der Haftanstalt. Die Inhaftierten profitieren von der Auswahl der Ansprechpartnerinnen an die sich wenden können und denen sie vertrauen – eine Möglichkeit, die Gefangenen anderer Haftanstalten in Berlin in diesem Maß nicht gegeben ist.

### **Und nun ...?**

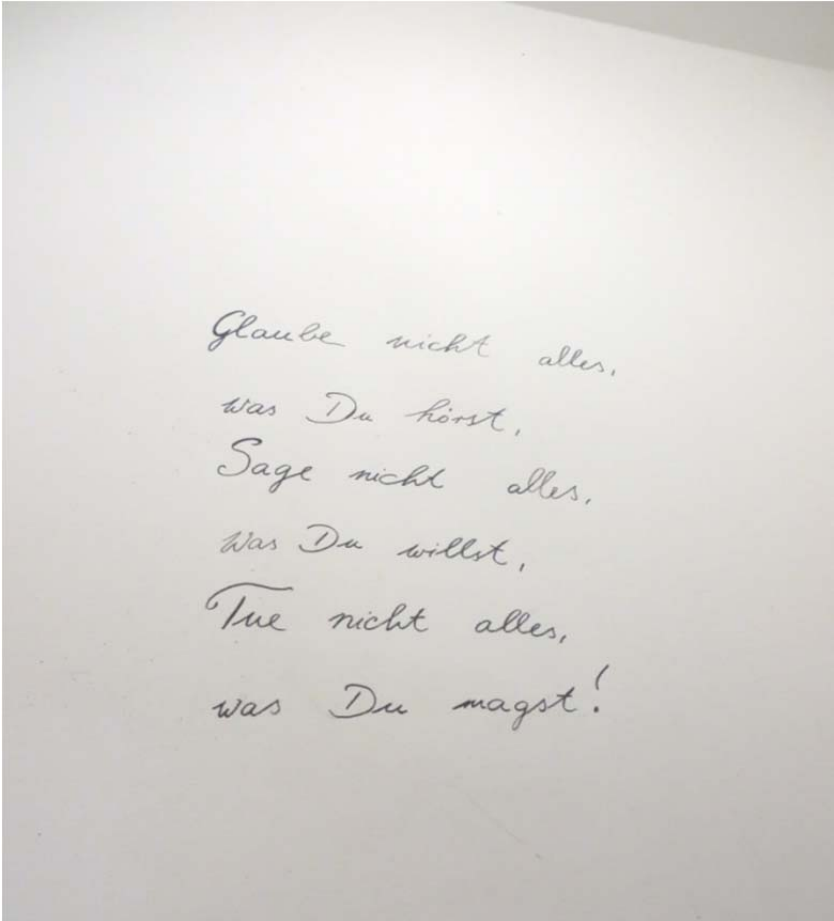
Die Diskussion um die Spritzenvergabe in Haft wurde lange Zeit heftig und kontrovers geführt. Dann wurde es zunehmend ruhiger um die Forderung nach Integration dieser risikominimierenden Modellprojekte – möglicherweise hatte sich eine gewisse Ermüdung in die Thematik eingeschlichen? Nun gibt es seit vielen Jahren weltweit Spritzenvergabeprogramme in Gefängnissen. In Deutschland wird auf die einzige durchführende JVA verwundert geblickt und die Frage artikuliert, weshalb ausgerechnet diese kleine Haftanstalt weiterhin eine Maßnahme zur gesundheitlichen Versorgung drogenabhängiger Inhaftierter anbietet, die viele andere zu ängstigen scheint und dabei zeigt, dass es normal sein kann, Zugang zu sterilen Spritzutensilien zu haben!

- Normalisierung des Umgangs mit drogengebrauchenden Menschen. Opioidabhängigkeit verläuft in keinem geraden Weg. Rückfälle und Beikonsum müssen in Behandlungskonzepte einbezogen werden. Evidenz-

basierte Konzepte zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen müssen in Haft Anwendung finden. Insbesondere die opioidgestützte Substitutionsbehandlung unter Anwendung der auch in Freiheit verwendeten Substitute muss gewährleistet werden und für i.v. drogengebrauchende Inhaftierte zugänglich sein.

- Übernahme der Diamorphinvergabe als mittlerweile erprobtes und erfolgsversprechendes Mittel zur Behandlung schwerst opioidabhängiger Patienten
- die Einbindung aller in der Haftanstalt beteiligten Berufsgruppen und der einhergehende kommunikative Prozess unter Rücksichtnahme von Offenheit und Gleichberechtigung. Insbesondere die Einbindung und Schulung der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen vor Ort bilden die Grundlage zu einer größeren akzeptierenden Haltung gegenüber drogengebrauchenden Inhaftierten seitens des Personals und somit zu einer tragfähigen Basis der Spritzenvergabe.
- Die Einbeziehung räumlicher und struktureller Gegebenheiten der Justizvollzugsanstalten ist maßgeblich. Jede Haftanstalt besitzt ihr eigenes Profil und ihre Besonderheiten auf die Rücksicht in einer Gesamtkonzeption genommen werden muss.
- Die dringend erforderliche Ausbildung und Einstellung von medizinischem Fachpersonal im Hinblick auf aktuelle anerkannte suchtmedicinische und infektiologische Versorgung

...und natürlich wie immer: die Forderung nach einer politischen Grundlage und die Beibehaltung eines sachlichen Dialogs in der Auseinandersetzung!



Wandbild über einem Sprizentauschautomat der JVA Lichtenberg. Anonyme inhaftierte Verfasserin (Foto: Berliner Aids-Hilfe e.V.)

## **Literaturliste**

- Leicht A, Bagan J: „Sachbericht 2012, Spritzenverkaufsautomaten in Berlin, Fixpunkt e.V.“, März 2013
- Radun et al. 2007, Schulte et al. im Druck, EBDD 2006, RKI 2007, UNAIDS 2005, entnommen Deutsches Ärzteblatt, Heft 12, Dezember 2009
- Enders M, Küster V, Lang F, Wojak M: „Konzeption Modellvorhaben in der Justizvollzugsanstalt für Frauen (örtlicher Bereich Lichtenberg), Stand: 30. Juni 1998“
- Schubert K, „Drucksache 15/1897, 15. Wahlperiode Mitteilung – zur Kenntnisnahme – Vergabe von Einwegspritzen an Gefangene zur AIDS-Prophylaxe, Drucksachen 15/137210 und 13/490 – Schlussbericht, 22. Mai 2003.
- Stark K, Hermann U, Ehrhardt S, Bienze U: „Modellprojekt Spritzenvergabe im Berliner Justizvollzug – Abschlussbericht der Begleitforschung“, Oktober 2001
- Infobrief der JVA Lichtenberg für die Hafträume
- Zimmermann R, Wenz B, Nielsen S, Marcus U, Hamouda O: „Druck-Studie, Drogen und chronische Infektionserkrankungen, Infektions- und Verhaltenssurvey bei injizierenden Drogengebraucher/Innen in Berlin“, Robert-Koch-Institut 2013

## „... und dann war's plötzlich weg“ – Talkrunde

Moderation: Frauke Oppenberg

Fredi Lang, BDP, ehemaliger Mitarbeiter der Berliner AIDS-Hilfe

Claudia Dreyer, Leiterin Untersuchungshaftanstalt Hamburg, ehem. Anstaltsleiterin JVA Vierlande

Prof. Dr. Klaus Stark, Robert Koch Institut, ehemals wissenschaftliche Begleitung des Berliner Modellprojekts

Georg Bartsch, Berliner AIDS-Hilfe e.V.



(von links nach rechts) Frauke Oppenberg, Claudia Dreyer , Fredi Lang , Prof. Dr. Klaus Stark , Georg Bartsch



Frauke Oppenberg: „Wie verlief die Spritzenvergabe damals in der JVA Lehrter Straße?“

Georg Bartsch: „Wir waren dreimal die Woche für drei Stunden in der Haftanstalt Lehrter Straße und haben da, anders als das in Lichtenberg der Fall ist, die Handausgabe gemacht. Das heißt, wenn ein Insasse gekommen ist und eine benutzte Spritze gebracht hat, hat er dafür eine sterile neue Spritze bekommen. Es gab Insassen die sind tagelang, manchmal wochenlang um den Raum rum geschlichen sind, bis sie sich endlich getraut haben reinzukommen. Und dann haben sie gemerkt, Mensch da sitzt jemand mit dem ich reden kann. Das ist ein wichtiger Bestandteil des Projekts, das die Menschen sich als Drogennutzer akzeptiert fühlen. Die unterschwellige Denkweise: „man ist ja selber schuld“, wird interessanterweise auch von den Gefangenen gepflegt. Wenn ich daraufhin antworte: „Damit kann ich jetzt nicht so viel anfangen, lass uns mal gucken wie das mit Verantwortung aussieht“, dann wird der Blickwinkel geöffnet. Denn es geht darum, Menschen zu befähigen für ihre eigene Gesundheit und ihr Wohlbefinden Verantwortung zu übernehmen. Hierfür muss ein Zugang geschaffen werden, wie ich die Gefangenen erreichen kann. Akzeptanz und zwar genauso wie sie sind.“

Frauke Oppenberg: „Aber wenn Sie sagen, Sie wollen die Menschen erreichen, dann ist der Automat eigentlich keine Möglichkeit!?“

Georg Bartsch: „Mit dem Automaten habe ich keine Erfahrung gemacht. Meine Erfahrungen beschränken sich auf den direkten Austausch. Menschen denen ich nichts bieten kann, erreiche ich auch nicht. In der JVA Lehrter Straße, aber auch in der JVA Tegel, habe ich Menschen erreicht, die ich sonst nie erreicht hätte. Das ist eine Chance die wir nutzen sollten, um Menschen zu erreichen, die in einer schweren Abhängigkeit stecken. Kein Mensch ist glücklich darüber, dass er sich Drogen spritzt und hat auch das Bedürfnis darüber zu reden. Wenn aber vermittelt wird, das ist ein Thema worüber nicht geredet werden darf, dann wird es heimlich gemacht, anstatt eine Atmosphäre zu schaffen, wo man offen drüber reden kann.“

Frauke Oppenberg: „Herr Lang, Sie waren in der gleichen JVA tätig?“

Fredi Lang: „Das Projekt in Lichtenberg habe ich durch Öffentlichkeitsarbeit sozusagen angeschoben. Wir haben Konzerte veranstaltet und mit den Mitarbeitern sowie den Inhaftierten über präventive Maßnahmen im Justizvollzug Lichtenberg und der Haftanstalt Lehrter Straße geredet. Hier war ich direkt in den Spritzenaustauschprogrammen involviert.“

Frauke Oppenberg: „Welche Widerstände, bzw. Vorurteile gab es damals? Sind diese vergleichbar mit den heutigen?“

Fredi Lang: „Es gab natürlich die Befürchtung, dass es zu Gewalttätigkeiten kommt und die Spritze als Waffe benutzt wird. Dass das Risiko der HIV- und Hepatitis-Infektionen unter den Inhaftierten aber auch unter dem Personal steigt, sowie der Konsum. Alle diese Thesen standen im Raum und mussten natürlich besprochen werden. Wir hatten mit allen Berufsgruppen, von Gruppenleitern bis zu den normalen Bediensteten, einzelne Veranstaltungen und Lehrtage in der Justizvollzugsschule, wo es um den präventiven Umgang mit Risiken ging. Die Anstaltsleitung muss das Projekt mit unterstützen und dahinter stehen, das war in Lichtenberg gegeben. Die strittigen Diskurse und Widerstände wurden abgebaut und das Projekt fand Akzeptanz. Gerade bei den Frauen konnten die Widerstände abgebaut werden. Bei den Männern war dies unterschiedlich. Die Haftanstalt Lehrter Straße ist ein offener Vollzug und hat vergleichsweise wenige drogenabhängige Insassen. So wurden Insassen aus Moabit und Tegel zu uns gebracht, was die Gruppe neu zusammen setzte. So gestaltete sich das Setting schwieriger unter den Inhaftierten, aber auch unter dem Personal, bezüglich der Akzeptanz des Spritzenaustauschprogramms. Es hat lange gedauert eine Akzeptanz herzustellen.“

Frauke Oppenberg: „Frau Dreyer, sie waren Leiterin im offenen Vollzug Vierlande. Wie sind denn Ihre Erfahrungen?“

Claudia Dreyer: „Die JVA Vierlande war eine von zwei offenen Vollzügen in Hamburg. Die Insassen waren heterogen, wobei es verhältnismäßig mehr Männer als Frauen gab. Die Männer waren zum großen Teil in 7-Bett-Zimmern untergebracht und die Frauen in 3-Bett-Zimmern. Durch den offenen Vollzug war der Widerstand gegenüber dem Spritzenprogramm hoch. Die Gefangenen, wie auch die Bediensteten konnten das Programm nur schwer verstehen und es war Überzeugungsarbeit notwendig. Auf der einen Seite führte der Besitz von harten Drogen in den geschlossenen Vollzug und auf der anderen Seite werden Spritzen ausgegeben. Diese Paradoxie war schwer zu verstehen. Es ging so weit dass wir am Haupttor, wo die Gefangenen raus gingen, Spritzen deponiert hatten, wenn die Gefangenen also rausgingen, hatten sie wenigstens eine Spritze, die sie erst mal verwenden konnten. Unser Angebot war niedrigschwellig. Wir hatten 6 Automaten aus Hindelbank, dem Schweizer Modell, welches durch ruppigen Umgang oft defekt war. Parallel hatten wir immer Drogenberatung und Angebote für Alkoholiker laufen. Die Bediensteten haben an Fortbildungen teilgenommen und wir sind vom KFN

(Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen) und UKE (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf) wissenschaftlich begleitet worden. Die Evaluation des Programms fiel kritisch aus. Der Vorlauf war zu kurz, so dass die Vergleichsgruppe zu klein war. Das Rechtsmedizinische Institut konnte so keine eindeutige Aussage darüber treffen, ob es wirklich eine Verbesserung der Gesundheit gegeben hat. Es wurde aber als plausibel angesehen, nach dem Grundsatz zu handeln, wenn nur einer sich nicht ansteckt, der sich sonst angesteckt hätte, dann hat sich das Programm schon gelohnt. Die Akzeptanz der Bediensteten hat sich mit der Zeit verbessert. Wir hatten nur noch zwei Spritzenautomaten, einen bei den Frauen und den anderen bei den Männern. Ansonsten gab es Hand-Vergabe, welche die Akzeptanz steigerte und Schwellen abbaute.“

Frauke Oppenberg: „Herr Stark, Sie haben in Berlin die wissenschaftliche Begleitung durchgeführt. Wie genau können wir uns das vorstellen?“

Klaus Stark: „Wir haben die Begleitforschung von 1998–2001 durchgeführt. Im Vorfeld überlegt man sich das Ziel des Programms, was wollen wir überhaupt messen und in Erfahrung bringen? Zum einen schützt das Modell vor Neuinfektionen, was heißt, man will messen wie viele Neuinfektionen es gibt, bezüglich HIV und Hepatitis C. Und zum anderen geht es um die Nutzung des Programms. Wie viele Spritzen werden überhaupt gezogen und abgegeben. Inwieweit gibt es negative Effekte der Spritzenvergabe wie Nadelstichverletzungen, Gewaltandrohungen gegenüber Bediensteten und inwieweit führt die Spritzenausgabe zu einem erleichterten Einstieg in Drogenkonsum in Haft. Diese Befürchtungen wurden immer wieder geäußert und es gibt keine vernünftige Datenbasis, um diese Befürchtungen zu bestätigen oder zu verwerfen. So haben wir uns gefragt, wie wir das Setting gestalten und den Inhalt umsetzen wollen. Hierfür braucht man die Unterstützung der Berater, das waren in diesem Falle die Mitarbeiter der Berliner AIDS-Hilfe, um gemeinsame Konzepte zu entwickeln. Im Verlauf des Projektes kam es zu keiner Neuinfektion und der Spritzenaustausch ging deutlich zurück. Von Seiten der Bediensteten gab es teilweise Widerstände. Das Setting für ein solches Spritzenaustauschprogramm sollte gut gewählt sein, um chaotische Verhältnisse auf Grund der Paradoxien zu vermeiden.“

Frauke Oppenberg: „Kann man eine allgemeingültige Aussage erzielen oder nur eine Aussage über eine JVA?“

Klaus Stark: „Die grundsätzliche Idee hinter Forschungsprojekten ist, dass man allgemeingültige Aussagen bekommt. In solchen speziellen Settings mit großen Unterschieden zwischen einzelnen JVAen, sollte man allerdings vorsichtig sein mit allgemeingültigen Aussagen, da je nach Struktur, Kooperationsbereitschaft der Leitung und Zusammensetzung der Insassen, unterschiedliche Settings entstehen, welche nicht zu verallgemeinern sind. In Lichtenberg kam es zu einer erfolgreichen Umsetzung des Projekts, da wir die Unterstützung und Akzeptanz der Leitung hatten und die Bediensteten haben partizipiert. Trifft man auf ähnliche Settings, können die Aussagen verallgemeinert werden und ich würde sagen, dass das Projekt in ähnlicher Weise durchgeführt werden kann. Aufgrund der erschwerten Verhältnisse in der Lehrter Straße, konnte das Programm nicht so erfolgreich durchgeführt werden, wie in Lichtenberg. Aber auch hier kam es zu einem Rückgang der Neuinfektionen, was für das Spritzenaustauschprogramm spricht.“

Frauke Oppenberg: „Was haben Sie empfunden, als das Spritzenvergabeprojekt eingestellt wurde?“

Georg Bartsch: „Die Art und Weise wie es eingestellt wurde war übel. Ich komme wie gewohnt freitagnachmittags in der Haftanstalt Lehrter Straße an und werde von einer Beamtin an dem Eingang erwartet mit: „Ist nicht mehr“. Zu Beginn wusste ich erst nicht, was sie damit meinte und die Beamtin verwies mich auf den Anstaltsleiter. Dort angekommen erfuhr ich, dass das Projekt ab sofort eingestellt ist. Ich sowie die Gefangenen, wurden nicht darauf vorbereitet. Die Gefangenen waren es gewohnt jeden Freitag für das Wochenende sterile Spritzen zu bekommen. Von heute auf morgen wurde das Projekt beendet und ich durfte keine Spritzen mehr verteilen. Es ist empörend wie damit im Strafvollzug umgegangen wird, aber das kennen wir ja bereits von anderen Situationen.“

Frauke Oppenberg: „Frau Dreyer, Sie als Anstaltsleiterin können bestimmt was dazu sagen?“

Claudia Dreyer: „Bei uns wurde das Programm nicht ganz so abrupt beendet, da das Projekt von allen Rathausparteien getragen wurde. Die Koalition (CDU, Schillpartei und FDP) hatte sich Ende 2001zusammengefunden und in dem Koalitionsvertrag verankert, dass das Spritzenaustauschprogramm abgeschafft wird. Herr Schill war Innensenator und Herr Kusch war unser Justizsenator, welche diesen Beschluss in die Wege geleitet haben. Ich wurde dann Anfang des Jahres 2002 von einer Pressevertreterin einer Lokalzeitung ge-

fragt, ob wir noch Spritzen tauschen. Zu diesem Zeitpunkt war das noch der Fall und ein Ende war auch nicht in Sicht. Am 04.02.2002 wurde mit Pressekonferenz vor Ort der Automat abgehängt. Die Implementierung des Projekts war eine schwierige Zeit, nicht alles ist gut gelaufen. Aber bis 2002 lief das Projekt bereits 5 Jahre, es war bis dahin zu eingespielter Normalität geworden, wo jeder seine Rolle gefunden hatte. Es lief in ruhigen Gewässern, natürlich weiterhin mit allen Fragezeichen und Schwierigkeiten, aber wir konnten das Projekt erfolgreich am Laufen halten. Ich war fast persönlich beleidigt, als das Projekt abgeschafft wurde.“

Frauke Oppenberg: „Herr Lang wie ging es Ihnen?“

Fredi Lang: „Ich habe es nicht mitbekommen. Als ich die Nachricht erfahren habe, war ich nicht ganz so überrascht. In der Lehrter Straße gab es unaufhörlich Widerstände gegen das Projekt. Es wurde ja auch nur in der Lehrter Straße implementiert, weil es in Tegel nicht durchsetzungsfähig war. Die Widerstände kamen von dem gesamten Vollzug. Vor dem Projekt gab es sehr wenige Drogenabhängige Insassen und dann auf einmal kommen Heroinkonsumenten, die gar nicht in diese Anstalt gehören. Tegel hat bewusst Insassen zur Lehrter Straße verlegt. Das Projekt hat in der Lehrter Straße von Beginn an kein richtiges Fundament gehabt, worauf man hätte bauen können. Von Seiten der Mitarbeiter gab es zwar ein Einsehen, dass es gut ist zur Gesundheitserhaltung und aus der Sicht der Menschenrechte, aber nicht bei uns. Dieses Potential zog sich durch die gesamte Anstalt, auch nicht-drogenabhängige Insassen zeigten Widerstände gegen das Projekt. Diese ungünstigen Voraussetzungen haben wir nur mitgemacht, um zu zeigen, dass keine Gefahr von dem Projekt ausgeht, so dass wir es letztendlich nach Tegel hätten verlagern können. So weit ist es dann leider nicht gekommen.“

Claudia Dreyer: „Im Koalitionsvertrag stand damals das Projekt wird nochmals einer kritischen Prüfung unterzogen. Auf die kritische Überprüfung mit den Menschen vor Ort habe ich damals gewartet und sie hat nicht stattgefunden. Es war eigentlich von vornherein klar, dass das Projekt abgeschafft wird und kein Interesse an der Fortführung besteht.“



(von links nach rechts) Frauke Oppenberg, Claudia Dreyer, Fredi Lang

Klaus Stark: „Über den gesamten Zeitraum der Begleitforschung wurden Drogen konsumiert. Dieser Konsum hat zeitweise auch sehr intensiv stattgefunden. Wir haben die Studienteilnehmer sehr detailliert befragt. Direkt nach der Aufnahme kam es zu einem Basisinterview, von geschulten Interviewern, welche von außen kamen, in der Hoffnung ein höheres Vertrauensverhältnis zu schaffen, was uns gelungen ist. In einem Zeitraum von vier Monaten haben wir Verlaufsinterviews geführt, in denen wir nach dem Drogenkonsum der letzten vier Monate gefragt haben. Hier haben die Befragten sehr ehrlich geantwortet, sowohl in Bezug auf intravenösen Konsum und Spritzentausch. Hier kamen wir zu dem Ergebnis, dass der intravenöse Konsum von der Verfügbarkeit der Drogen in der Haftanstalt abhängt. Es gab Phasen wenn Geld rein kam, gerade an Weihnachten, wo ein sehr starker Drogenkonsum zu beobachten war. Das spiegelte sich dann in dem Ziehen der Spritzbestecke wieder. Es gab aber auch eine Zeit, in welcher weniger intravenöser Konsum stattfand, weil es offensichtlich schwierig war, Drogen in der Haftanstalt zu bekommen. Wir haben keine Hinweise für den Zusammenhang zwischen Verfügbarkeit der Spritzbestecke und eines erhöhten Drogenkonsums gefunden. Des Weiteren stellte sich die Frage des Neueinstiegs in den Drogenkonsum, welches ja auch eine der zentralen Thesen des Projekts war: Wenn man Spritzbestecke verfügbar macht, dann sinkt die Schwelle, die Menschen sind

weniger vorsichtig und können sich schützen vor Infektionen. Diese These konnten wir nicht verifizieren im Rahmen des Forschungsprojektes. Es gab nur ganz vereinzelt, von ein oder zwei von insgesamt 170 Personen, die wir befragt haben, die Aussage, dass sie in Haft mit intravenösem Konsum begonnen haben. Für Lichtenberg und Lehrter Straße war das kein Thema, dass durch Haft mit der Injektion von Drogen begonnen wird, da es keine Hinweise dafür gab. In anderen Ländern ist das anders. In den USA haben Studien gezeigt, dass durch die Verfügbarkeit von Spritzen, das Konsumverhalten gesteigert wurde. Aber im Modellprogramm in Berlin spielte dies keine Rolle.“

Fredi Lang: „Ich denke es ist grundsätzlich eine Fehlannahme zu glauben der Drogenkonsum hängt zusammen mit den sterilen Spritzen. Es hängt am Geld. An Weihnachten und Ostern gibt es Geld, sowie am Anfang des Monats, welches dann in Drogen umgesetzt wird. Dieses Phänomen werden Sie wahrscheinlich auch bei der Evaluation der Spritzenausgabe bemerkt haben. Wenn kein Geld mehr da ist, dann läuft auch nichts mehr. Die Absurdität dieses Gedankens lässt sich vergleichen mit einem Pfandflaschensammler. Kein Flaschensammler in Berlin ist alkoholkrank geworden, er täglich viele leere Bierflaschen einsammelt.“

Mann aus dem Publikum: „Frau Dreyer, sie als Anstaltsleitung, haben sie es als Fehler gesehen, als das Projekt eingestellt wurde und würden sie das Projekt gerne wieder implementieren?“

Claudia Dreyer: „Heute stellt sich die Situation völlig anders dar, als damals. In Hamburg geht der intravenöse Konsum massiv zurück. Zu dem Zeitpunkt damals hatten wir ganz andere Ausgangspositionen. Von den damals 300 Gefangenen in unserer offenen Anstalt haben ungefähr 50% Drogen konsumiert und davon 80% intravenös. Wir haben mit Drogenabszessen zu tun gehabt und mit ganz fürchterlichen Mitteln wie Kugelschreiber, welche sich in die Venen gedrückt wurden, wir hatten Methadonsubstituierte, welche sich noch zusätzlich Kokain intravenös gespritzt haben. Die Situation heute stellt sich anders dar. Damals war die Akzeptanz der Bediensteten einigermaßen vorhanden, weil die eben aufgeführten dramatischen Fälle bekannt waren, heute wäre diese Akzeptanz nicht mehr da. Nach meinem heutigen Kenntnisstand würde ich dieses Spritzenaustauschprogramm jetzt nicht wieder einführen.“

Mann Publikum: „Gibt es einen Justizvollzugsbeamten hier, welcher bereit wäre das Spritzenprogramm einzuführen?“

Frau aus dem Publikum: „Ich bin Sozialarbeiterin in einer JVA und bei uns in der Einrichtung angestellt in der Fachbereichsleitung Sucht. Gestern hatte ich zusammen mit Frau Bärbel Knorr eine Führung in der JVA Lichtenberg. Später im Plenum wurden zwei Inhaftierte dazu gebeten, die sehr plakativ die Ambivalenz dargestellt haben. Der dortige Anstaltsleiter sagte, dass die Spritzenvergabe die bessere der schlechten Lösungen ist. Dem stimme ich zu. Eine Inhaftierte, welche auch der Insassenvertretung angehörte, hat an die Anstaltsleitung die Forderung gestellt die Spritzenvergabe einzustellen. Die Begründung sieht sie in der ständigen Konfrontation mit Spritzen und dem damit verbundenen Verlangen Drogen zu konsumieren. Des Weiteren entsteht, wenn kein Stoff da ist, eine Art Spritzengeilheit, wo die Spritzen dafür verwendet werden sich alles möglich in die Venen zu spritzen. Durch das fehlende Vertrauen zu den Bediensteten, verstecken die Gefangenen Spritzen, teilweise auch im Garten der Anstalt. Jugendliche die keine Spritzen haben, verstecken diese auch dort. Gleichzeitig bekommen Frauen Besuch von Ihren Kindern, die dann im Garten auf Spritzen stoßen. Die Idee der Spritzenvergabe unterstütze ich absolut, aber das Projekt bedarf einer Weiterentwicklung. Herr Stark gibt es Vorschläge die Spritzen durch das medizinische Personal zu verteilen?“

Klaus Stark: „Es gibt nicht die optimale Lösung. Man muss ganz klar zur Kenntnis nehmen, dass Drogenkonsum stattfindet und dass im Sinne der Risikominimierung die Drogenkonsumenten vor Infektionen geschützt werden sollen. Das ist das Ergebnis aus den Projekten und der Begleitforschung. Bei unserer Begleitforschung war das nur ein minimales Problem, was nicht vorkam. Es gab schon in qualitativen Gesprächen, ganz vereinzelt die Aussage: Naja wenn ich die Spritzen sehe, dann ist das für mich schon ein gewisser Anreiz. Bezogen auf die Gesamtzahl (170 Personen) stellte es für uns kein Hinweis dar, dass durch dieses Programm Drogenkonsum gefördert wird. Man muss ganz individuell schauen, welches Programm für den Drogenkonsumenten am idealsten ist. Von Substitution, psychosozialer Beratung bis hin zu Spritzen, sollte für jeden Inhaftierten das geeignete Programm gefunden werden. Die Voraussetzung muss gegeben sein, dass wenn inhaftierte Menschen Drogen konsumieren, diese auch gesund bleiben können.“

Georg Bartsch: „Die Art des Drogenkonsums hat sich verändert, es ist vielfältiger geworden. Aber selbst wenn wir nur einen intravenösen Drogenkonsumenten in Haft haben, muss man diesem die Möglichkeit bieten, dass er an sterile Spritzen heran kommt. Es gibt für mich nur einen Grund warum man



keinen Spritzenaustausch im Knast machen sollte und der wäre, dass man eine Diamorphin-Abgabe im Knast macht, so wie das draußen mittlerweile auch möglich ist. Dann braucht man das Programm nicht mehr, da dann die Gefangenen auch Zugang zu sterilen Spritzen haben und einen sauberen Stoff bekommen.“

Fredi Lang: „Die Kritikpunkte an Lichtenberg gab es früher auch schon. Lichtenberg ist eine Anstalt wo alles vorhanden ist. Wir haben Langstrafler, die Substitutionsstation, die Therapiestation und die normalen Stationen. Das heißt, wir haben das Problem der Therapiemotivation und möglicher Rückfallgefahr. Wir haben Beigebrauch auf der Substitutionsstation. Mit den Langstraflern diskutieren wir die Gefahr des Einstiegs und gegenüber sind Jugendliche untergebracht, die nicht teilnehmen dürfen, da die Sorgeberechtigten die Teilnahme unterschreiben müssen und wegen der Fürsorgepflicht geht das nicht. Nun gibt es unter Jugendlichen auch Drogenkonsumenten. All diese unterschiedlichen Gruppen in Lichtenberg muss man beachten, wenn man Kritik hört.“

## 70 Jahre Hepatitis, 30 Jahre HIV: Prävention in Haft jetzt! Diskussionsrunde

Moderation: Frauke Oppenberg

Dr. Lore Maria Peschel-Gutzeit, Senatorin a.D.

Heidrun Merk, Landesministerin a.D.

Prof. Dr. Heino Stöver, Fachhochschule Frankfurt am Main

Bärbel Knorr, Deutsche AIDS-Hilfe e.V.



(von links nach rechts) Frauke Oppenberg, Bärbel Knorr, Prof. Dr. Heino Stöver, Heidrun Merk, Dr. Lore Maria Peschel-Gutzeit

Frauke Oppenberg: „Frau Peschel-Gutzeit, Sie waren von 1994–1997 Justizministerin in Berlin, also in Ihrer Amtszeit wurden die Modellprojekte eingeführt. Gegen welche Widerstände mussten Sie damals ankämpfen?“

Frau Peschel-Gutzeit: „Wir haben ja schon gehört, das Projekt geht nur wenn es politisch gewollt ist und wenn es politisch zugelassen ist. Ich war in Berlin

im Senat, mit der damaligen großen Koalition der CDU. Es war nicht einfach, Herr Diepgen zu begeistern für die Spritzenvergabe im Vollzug. Das waren ganz außerordentlich zähe Koalitionsverhandlungen, das ging wirklich Tag und Nacht durch, so ähnlich wie Tarifverhandlungen, frei nach dem Motto: Mal sehen wer länger durchhält und wer morgens um 4 Uhr noch kann. So war das auch mit Herrn Diepgen und mir. Ich habe an irgendeiner Stelle, an welche ich mich jetzt nicht mehr erinnere, nachgegeben, unter der Bedingung, dass Herr Diepgen der Spritzenvergabe im Vollzug zustimmt. So ist es dann auch gekommen. Im Koalitionsvertrag stand:“ Wir probieren aus“. Das Pilotprojekt wurde in zwei Anstalten durchgeführt und zwar auf unterschiedliche Art und Weise. Die Spritzenvergabe mit Hilfe eines Automaten und die Handvergabe. Das auf politisch höchster Ebene durchzusetzen, war nicht einfach, es gab nicht nur Herr Diepgen, sondern es gab auch Herrn Landowski, Fraktionsvorsitzender. Es gab viele im Senat, die sich nicht schnell genug schütteln konnten, bei der Vorstellung der Spritzenvergabe in Haft unter einem Übergewicht der CDU. Aber es ist gelungen. Die Anstalten, die auserkoren waren das Projekt durchzuführen, die wussten es wird von oben nicht nur geduldet, sondern dass es durchgesetzt ist. Es soll möglichst erfolgreich implementiert werden und kein Flop werden. Das hilft natürlich sehr in der Überzeugungsarbeit, die alle leisten mussten. Wir haben das gehört von den Anstaltsleitern, den Anstaltspsychologen. Ich selbst bin immer wieder wie ein Wanderprediger durch Berlin gezogen und habe gesagt, dass es nicht darum geht Drogen im Vollzug zu erlauben, es geht darum Schaden abzuwenden. Mein Argument war immer, wenn ein Drittel aller Insassen, die wir haben, drogenbelastet ist, dann haben diese Menschen ihre Drogenlast bei sich und geben diese nicht an der Pforte ab. Die gehen in den Vollzug rein mit dieser Belastung und haben genau dasselbe Problem wie draußen – nur drinnen, und können das nur sehr schwer befriedigen. Das führt dann zu den großen gesundheitlichen Gefahren, die hier nur angedeutet sind. Sie glauben nicht, welche Mittel genutzt werden, um Stoff in die Venen zu bekommen. Von Kugelschreiberminen zu Büroklammern entstehen furchtbare Verletzungen. Für mich war ganz klar, es ist keine Ideologie, es geht nicht darum irgendetwas zu erleichtern oder gar Menschen zu verführen oder den Konsum zu erleichtern, sondern es geht darum, dass die Insassen bei uns nicht kränker werden, als sie vorher schon waren. Und das war eigentlich auch ein sehr erfolgreicher Weg. Wir haben es in Berlin geschafft und ebenfalls in Hamburg, wie Frau Dreyer eben schon berichtet hat. Die Widerstände waren wirklich überall dieselben, auch bei den Bediensteten, was ich natürlich auch verste-

hen kann. Denn die Bediensteten haben die Aufgabe, dafür zu sorgen, dass keine Drogen in den Vollzug kommen. Sie müssen, wenn Drogen eintreffen, diese nicht nur einziehen sondern das Ganze auch melden. So, und dann wird diesen gleichzeitig erklärt, ihr lasst jetzt mal zu, dass ein Gefangener eine Spritze zieht oder abholt, damit er möglichst steril spritzen kann. Das ist ein Widerspruch den niemand auflösen kann. Das Verbot nützt ja genauso wenig. Wir alle wissen, das Betäubungsmittel verboten sind und trotzdem werden sie konsumiert. Das heißt also, wir befinden uns hier in einer gesellschaftlichen Ambivalenz, die nun nicht gerade im Vollzug aufgelöst werden kann. Das war in der politischen Diskussion immer ein Argument, denn nachdem es im Koalitionsvertrag durch war, musste das Projekt auch noch vom Parlament genehmigt werden, durch die Abgeordneten. Und das war genau das gleiche Problem. Also habe ich gesagt, wir fahren jetzt mit Abgeordneten aller Fraktionen in die Schweiz und schauen uns dort die Frauenvollzugsanstalt an, wo bereits Automaten installiert waren. Ich habe darauf bestanden, dass alle Fraktionsabgeordneten mich begleiten können, was wiederum auf großen Widerstand der Koalitionspartner stieß, weil ich auch die PDS mitgenommen habe. Wohingegen ich erwiderte, dass diese genauso gewählt sind wie alle anderen im Abgeordnetenhaus. Also sind wir gemeinsam in die Schweiz gefahren und haben es sehr eindrucksvoll gefunden, wie geräuschlos und mit welcher Ruhe dieses Projekt implementiert wurde. Es war überhaupt keine Sensation. Und mit dieser Erfahrung sind wir dann zurückgekehrt und haben im Rechtsausschuss das Ganze natürlich diskutiert und schlussendlich positiv beschlossen. So ist das Projekt auch mit vollem Ernst in den Anstalten durchgesetzt worden. Ein solcher Erfolg hängt immer davon ab, wie es in der Praxis gehandhabt wird. Wenn jemand mit innerem Widerstand herangeht, z. B. von der Bedienstetenseite, dann kann es nicht funktionieren. Dann kann es zu Denunziationen und Schikanen kommen, die in jeder Haftanstalt vorkommen. Entscheidend ist, dass die politische Spitze die Hand darüber hält und sagt, wenn es Probleme gibt, dann muss ich die in die Hand nehmen und das mach ich auch. Dann gehe ich ins Abgeordnetenhaus und zum Rechtsausschuss und verteidige das Projekt. Das war der Weg, den Heidi, meine Freundin genauso gegangen ist.“

Frauke Oppenberg: „Frau Merk, war der Weg wirklich genauso?“

Frau Merk: „Ich komme aus einer anderen Haltung. Einmal bin ich ein langjähriges Bundesvorstandsmitglied von amnesty gewesen, was sich für die Frage der Menschenrechte immer sehr stark gemacht hat. Das hat zur Folge,

dass man eine Grundeinstellung zu allen Gefangenen hat, egal woher sie kommen oder was sie verbochen haben. Die Folge war, dass ich schon sehr früh, auch als junge Referendarin, im Strafvollzug ehrenamtlich gearbeitet habe. Ausgerechnet in Bayern, bei Bernau, da war das noch Zuchthaus und damals schon sehr spannend. Im Nachhinein ist es genauso gewesen. Ich war Vorsitzende des Ausschusses für Strafvollzug im niedersächsischen Landtag und in dieser Position ist man so nah an den Gefangenen, dass ich sehen konnte, was da los war. Das zweite war, dass die AIDS-Hilfe in Niedersachsen mir sehr ans Herz gewachsen war. Insbesondere in der Oppositionszeit, denn wir hatten eine sehr konservative Regierung der CDU, die das Thema nicht recht wahrnehmen wollte, geschweige denn was dagegen zu tun. Das hat mich ärgerlich gemacht und wenn mich etwas verärgert, dann denke ich mir, wenn ich mal dran bin, dann mache ich das anders. Und so ist es dann auch gekommen. Ich habe den Kontakt zu den Anstaltsleitern gepflegt, welche dann offen, aber nicht öffentlich erzählt haben, wie die Lage ist. Es gab welche, die das gut dokumentiert haben, nicht nur durch Sprache, sondern vor allem auch durch Fotos. Und es gab einen Tag an dem ich gebeten habe, dass das gesammelte Spritzbesteck auf den Tisch gekippt werden sollte. Dazu hatte ich den Ausschussvorsitzenden des Rechtsausschusses und des Sozialausschusses eingeladen. Es war ein erschütterndes Bild. Es wurden ja alle möglichen Schreibgeräte und Nadeln als Spritzbesteck verwendet. Das hat seinen Zweck erfüllt, denn dieser ekelhafte Zustand hat die Beteiligten so erschüttert. Sie konnten sich dieses Ausmaß an Krankheitsüberträgern zuvor nicht vorstellen, jetzt aber war es plastisch. Im Normalfall werden die Utensilien eingezogen und man sieht nur die großen Verletzungen. Diese auch fotografisch festgehalten hat schließlich den Durchbruch bewirkt, dass sogar die CDU dann sagte, also wenn das so ist, dann muss ja wohl was dran sein an den widrigen Zuständen. Der damalige Innenminister war dagegen. Der Sozialminister fühlte sich übergangen und wir haben dennoch versucht. Nach viel Überzeugungsarbeit, das Projekt zusammen durchzusetzen. Ohne die vernetzte Zusammenarbeit wäre die Implementierung nicht zustande gekommen. Politisch habe ich mir Rückendeckung vom Ministerpräsidenten geholt, denn das Kabinett zu überzeugen, war ansonsten kaum möglich, da muss man andere Wege finden. Wichtig bei der Implementierung wart der Boden, das Fundament auf welchem das Projekt aufgebaut war. Es ist ein langer Prozess, welcher seine politischen Vorläufe hat und öffentlich gemacht werden muss. Es dient zur Aufklärung, bei welcher die Verantwortung eines jeden einzelnen angesprochenen wird. Es geht um die Gesundheit der Gefangenen. Die sind verurteilt zu einer Haftstrafe, das ist schon schwer genug. Da kann man nicht noch sagen, ihr habt noch vor kurzem die Spritzen

ausgehändigt bekommen, dann kommt die Haft und jetzt bekommt ihr das alles nicht mehr. Die Gefangenen haben alle ihre Familien, welche unter Druck gesetzt werden, um den Stoff in irgendeiner Art und Weise in die Gefängnisse zu bekommen. Jeder sollte mal sehen, was es heißt wenn ein Bediensteter diese Menschen durchsuchen muss, das geht in eine sehr intime Bereichssituation hinein, die man nicht gerne macht. Also muss man erst mal erläutern warum Drogen in den Vollzug kommen. Nach der Aufklärung ist der Widerstand kein großes Thema mehr gewesen. Nicht viel darüber reden, einfach tun, war meine Devise. Bei den ersten Zwischenergebnissen mussten wir an die Presse gehen, da ist es immer gut, wenn man die Personen reden lässt, welche die Analyse gemacht haben. So war der Weg in Niedersachsen. Und um noch hinzuzufügen, ich habe mich so geärgert über diesen schleichenden Prozess und die Desavouierung des Projektes.



(von links nach rechts) Heidrun Merk, Dr. Lore Maria Peschel-Gutzeit

Frau Oppenberg: „Sie waren ja beide nicht mehr im Amt als die Modellprojekte eingestellt wurden. Kann man sagen, Sie wurden verraten?“

Frau Merk: „Naja so kann man das nicht sagen. Es ist eine Frage ob man wirklich davon überzeugt ist, was man tut. Und mit der Überzeugung kann

man auch viel leichter die Kreise mit einbeziehen, welche erst mal nicht diese Überzeugung teilen. Natürlich gab es von Seiten Einzelner im Ministerium immer wieder Widerständler. Aber auch hier gibt es eine klare Linie. Wenn es in einer Koalition eine politische Linie gibt, die noch dazu beschlossen worden ist, dann hat jeder Beamte Beamter zu sein, d. h. der Linie zu folgen. Wenn man so etwas durchsetzen will, dann gibt es einen Punkt, den hat man lange ausdiskutiert hat und dann sollte es keinen geben, der im Hintergrund sagt, das mache ich aber nicht.“

Frau Peschel-Gutzeit: „Das Tolle an meinem damaligen Amt ist, dass man wirklich etwas in Gang bringen kann, was in kaum einer anderen Position möglich wäre. Es gibt auch viele Dinge, die gegen ein Ministeramt sprechen, z. B. dass man täglich durch die Presse gezerzt wird, aber dies ist eines der ganz großen Vorteile. Wenn ich etwas für richtig erkannt habe und mir Bundesgenossen gesucht habe, die braucht man immer – alleine kann man das nicht schaffen – dann steckt Herzblut in dem Projekt. Es trat auch eine Besserung ein, wir hatten keine grauenhaften Verletzungen mehr. Das alleine empfand ich schon als großen Erfolg. Keiner wünscht sich eine Abhängigkeit und dann geht es darum, das einigermaßen menschlich zu handhaben. Ich war erst in Hamburg Senatorin, dann in Berlin und dann wieder in Hamburg und als 2001 Herr Schill Senator in Hamburg wurde und Herr Kusch Justizsenator, dachte ich mir, hier kann ich nicht länger bleiben und somit habe ich in Berlin nach „politischem Asyl“ gefragt. Und ich sage das in aller Öffentlichkeit, Herr Kusch ist ein grausamer Mann. Er hat sich z.B. dafür ausgesprochen, Gefangene in Steinbrüche zu schicken mit einer Kugel am Fuß. Ein Mann, welcher vom Strafvollzug eine mittelalterliche Vorstellung hatte. Wir bauten derzeit eine große, offene Anstalt in Billwerder und Herr Kusch war kaum in der Regierung und sagte, das wird eine geschlossene Anstalt. Das hat er durchgesetzt und wir haben das Problem, dass die Anstalt nicht voll wird. Herr Kusch war auch der Erste der sagte, dass die Automaten wegkommen. Es war ihm völlig gleichgültig, was aus den Gefangenen wurde, die ja nun an die Spritzenvergabe gewöhnt waren. Es gab nicht mal eine Übergangszeit. Da habe ich mir gesagt, so etwas kann man nicht hinnehmen. Mein Zorn war außerordentlich nachhaltig.“

Frau Oppenberg: „Herr Stöver, Sie haben an andere Stelle mal gesagt, es braucht den politischen Willen für ein erneutes Modellprojekt Spritzenvergabe in Haft. Gibt es den heute noch?“

Herr Stöver: „Den politischen Willen gibt es schon. Es ist ja heute auch wieder Teil einer Koalitionsvereinbarung in Niedersachsen und man muss sehen, ob da wieder was draus werden kann. Ich glaube dass dies auch gelungen ist, aufgrund der Aktivitäten der Deutschen AIDS-Hilfe und der anderer Aids-Hilfen, das Thema wieder zum Leben zu erwecken. Sonst wäre das auch nicht wieder in die Koalitionsvereinbarung gekommen. Es braucht wieder Frauen und Männer, die das in die Hand nehmen und durchsetzen. Ich war damals ziemlich beeindruckt von den Widerständen in den Bereichen der Verwaltung, allen Ebenen des Justizministeriums, den Anstaltsleitern und der Fachaufsicht der Medizin in Haft, die sehr genau geguckt haben wo sie ihre Interessen durchsetzen können. Um das Modellprojekt wurde sehr gezerrt und das muss man aushalten können. Es braucht Rückgrat um so etwas durchzuziehen, denn wenn man das nicht mitbringt, werden die Beteiligten wie Anstaltsärzte und Mitarbeiter, ganz schnell vereinnahmt vom gegenwärtigen System, wo alles eher eminenz-, statt evidenz-basiert ist. Es gibt einige die sich hinstellen und sagen was sie denken und für die Sache kämpfen. Es gibt das typische subalterne Beamtentum, das flammende Reden schreibt – etwa für Frau Merk – aber ebenso wieder flammende Reden, wenn das Projekt aus politischen, nicht fachlichen Gründen wieder eingestellt werden soll. Es braucht also jemanden der oder die für das Projekt einsteht.“

Frau Oppenberg: „Als das Projekt damals in Niedersachsen eingestellt wurde war das Argument, dass es in Hamburg einen kritischen Bericht gibt. War das für Sie auch ein Schlag ins Gesicht, dass der Bericht für Hamburg in Niedersachsen plötzlich mehr Wert war als Ihrer?“

Herr Stöver: „Viele Dinge waren für mich völlig unverständlich. Angefangen vom Abbau des Projektes und die dazugehörigen Begründungen. Wir haben ein großes Forschungsprojekt gemacht mit drei Erhebungszeiträumen bei den Gefangenen. Hierfür haben wir die Bediensteten befragt, sowie Drogenfunde und Spritzen vor und nach dem Projekt untersucht. Ein groß angelegtes Design und am Ende, als man das Projekt abschaffen wollte, hat man eine Doktorarbeit aus Hamburg genommen, um zu begründen, dass man das Projekt nicht mehr möchte. Wir waren so in unserer wissenschaftlichen Ehre gekränkt und erschüttert darüber, dass man politisch so mit uns umgehen kann. Damals als der Begriff der Evidenz-Basierung aufkam, wollten alle Evidenzen, welche wir geliefert haben und als sie schließlich auf dem Tisch lagen, war es ihnen egal. Die Opposition hat sich die Dinge herausgesucht, die für Ihre Begründung passen und hat darauf basierend das Projekt abgebrochen.“



Frau Oppenberg: „Ich möchte nochmal auf den politischen Willen zurück kommen. Sehen Sie jemanden der in Ihren Fußstapfen weiter schreiten könnte oder muss man doch zurückkommen?“

Frau Merk: „Wir haben eine neue Justizministerin. Zum ersten Mal in der Geschichte Niedersachsens eine Grüne. Das finde ich sehr erfreulich und auch belebend. Sie ist eine sehr bedachte Frau und wird auch nicht laut werden bei der Thematik, sondern das leise vorbereiten, was ich auch dringend empfehle. Sie wird genauso energisch am Ende sein müssen, wenn es soweit ist. Aber was natürlich Voraussetzung für die Frage ist, dass man eine neue Analyse machen muss. Was ist derzeit das Nachfrageprofil? Was macht heute in jeder Anstalt die Krankheit aus? Helfen noch Spritzen oder gibt es heute andere Dinge die genauso die Gesundheit tangieren können? Brauchen wir neue Schwerpunkte? Entscheidend ist die Frage wie sieht die Gesundheit jetzt aus? Wir sind 20 Jahre weiter und natürlich braucht es auf die neue Zeit neue Antworten, um wieder zu entscheiden, ob die Deutsche AIDS-Hilfe eine ganz große Rolle dabei spielen sollte. Sie sollte ihre Fähigkeiten wieder genauso einsetzen, zu helfen die Augen zu öffnen. Ich wäre dazu bereit jemand zu sein, der unterstützend wirkt, weil es immer noch Spaß macht neue Sachen anzugehen und ich würde mich freuen, wenn in dem eigenen Land eine Neubelebung der Frage: Wie gehen wir mit dem Thema insgesamt um? Innen wie außen, es ist ein Spiegelbild beiderseits. Da würde ich mich auch gerne zur Verfügung stellen, um Lobbyarbeit zu machen. Wir müssen immer hinnehmen, das gilt in der Politik generell, dass wenn man etwas sagt, dass man erst mal Gegner hat. Das ist ganz grundsätzlich so. Es gibt keine einheitliche Meinung, zu keinem Thema. Das macht den Reiz erst aus, kein Einheitsdenken zu haben, sondern in der Vielfalt zu agieren und mit der Vielfalt umzugehen. Das ist in der Politik eines meiner Kernthemen. Es kann jeder unterschiedlich denken, nur am Ende möchte man eine Lösung dafür haben.“

Frau Peschel-Gutzeit: „Wir haben insofern eine andere Situation, draußen wie auch im Vollzug, dass andere Drogen genommen werden. Es wird sehr viel Kokain genommen und es werden Designerdrogen genommen. Substanzen auf welche wir nicht mit Spritzen reagieren können. Das heißt die Applikation als solche macht noch keine Schäden, die Wirkung macht die entsetzlichen Schäden. Die Ausgangslage zu damals hat sich geändert. Trotzdem gebe ich Herrn Stöver recht mit seinem Argument, auch wenn wir nur einen treffen der intravenös injiziert, müssen wir diesem die Möglichkeit zur Verhütung vor Infektionen bieten. Es ist vielleicht nicht mehr das Massenproblem, aber wir wissen ja, die Summe der Drogen bleibt immer gleich. Und

wenn es kein Heroin mehr ist, dann ist es vielleicht Alkohol. Mir ist aufgefallen, dass die AIDS Problematik so bekannt ist, dass man das nicht mehr in erster Linie betonen muss. Hepatitis ist sehr unbekannt, aber außerordentlich gefährlich. Das ganze muss, wenn man es neu beleben will, medial anders aufgezogen werden. dass es nicht in erster Linie darum geht, Menschen vor AIDS zu bewahren, das sollte sowieso klar sein. Sondern dass Hepatitis bislang nicht so bekannt ist, aber ganz schwere Folgen bis hin zum Tod hat. Das könnte ein Thema sein, welches seriöse Medien aufgreifen. Ich würde es von verschiedenen Seiten anfassen. Wenn in Niedersachsen eine politische Person dazu bereit ist, das zu machen, ist das wunderbar, ansonsten kann ich sehr gut verstehen, wenn Frau Merk ihre Hilfe zur Verfügung stellt. Aber ich glaube der Boden muss vorbereitet werden und der Boden war vor 20 Jahren ein anderer. Von einer Tagung wie dieser könnte ausgehen, dass es mehr Gründe gibt, als nur die AIDS-Prophylaxe um den Drogenkonsum im Vollzug nochmal kritisch zu sehen und wir wissen inzwischen alle, dass das Verbot als solches nicht hilft.“

Frau Knorr: „Ich will das Angebot von Frau Merk gerne annehmen, sich als Botschafterin für dieses Thema zu engagieren. Ein Dankeschön dafür. Das Thema Hepatitis erkennen sie richtig als ein großes und wichtiges Thema für den Vollzug an. Wir versuchen das schon viele Jahre, das gleichzeitig auch mitzumachen und das von der Argumentation her auch mit aufzunehmen. Dennoch wirkt es bisher nicht. Wir haben das Äquivalenzprinzip. Aber nicht nur das, wir haben auch das Infektionsschutzgesetz in Deutschland und das gilt auch im Justizvollzug. Im Infektionsschutzgesetz ist der Justizvollzug auch namentlich genannt, dass er verpflichtet ist Verfahrensweisen auf den Weg zu bringen, um Menschen vor Infektionskrankheiten im Justizvollzug zu schützen. Genau das haben wir in diesem Jahr aufgegriffen. Wir haben einen kurzen Antrag an alle Justizvollzugsanstalten gestellt, unser Anliegen geschildert, den Paragraphen 36 des Infektionsschutzgesetzes aufgeführt, wonach Verfahrensweisen entwickelt werden müssen. Danach haben wir die Spritzenvergabe beantragt und um Kenntnisnahme der örtlichen Gesundheitsämter gebeten. Alles was sie gesagt haben, finde ich auch im Infektionsschutzgesetz mit den Erläuterungen dazu. Was muss ich für eine Analyse machen, die Infektionsgefahren, ich muss eine Bewertung vornehmen, was ist schwerwiegend, was kann ich noch zur Seite stellen. Ich muss Verfahren entwickeln, das Personal schulen, dokumentieren, überwachen und gegebenenfalls wieder anpassen. Wir haben das alles, nur in dem Moment wo man

im Justizbereich sagt, es gibt das Infektionsschutzgesetz, welches auch für den Justizvollzug gilt, das wird so gut wie nicht wahrgenommen.

Frauke Oppenberg: „Wie sieht denn die Bereitschaft aus in der JVA die Spritzenvergabe wieder einzuführen?“

Herr Stöver: „Also bezogen auf die Gefängnisärzte haben diese noch mit ganz anderen Dingen zu kämpfen, nämlich der Substitutionsbehandlung oder Hepatitis C Behandlung. An diesem Punkt haben sie schwer zu arbeiten. Wenn man Bayern (ausgenommen Franken) und Rheinland Pfalz und einige östliche Bundesländer betrachtet, da funktioniert das nicht mal. Vor kurzem hatten wir erst eine Tagung, wo wir 80 Anstaltsärzte eingeladen haben. Diese nähern sich gerade erst an das Thema an und man muss sie auch mitnehmen. Aber hier gab es eine große Ablehnung in Bezug auf die Spritzenvergabe. Wir müssen erst mal eine Analyse machen. Was läuft gegenwärtig in Gefängnissen und wie sieht der Bedarf aus? Natürlich gibt es neue Drogen, aber nach wie vor ist intravenöser Gebrauch noch sehr massiv in den Anstalten vertreten. Nicht in dem Maße wie in den 90en, aber nach wie vor gibt es einen Bedarf, den es zu quantifizieren gilt. Beide Seiten gehen ins Blaue hinein, ins nebulöse mit Aufstellung von Thesen, etwa der Bedarf sei ganz verschwunden oder noch da. Deswegen bedarf es der Bedarfsermittlung und dann müssen die Beteiligten mit den neuen Daten konfrontiert werden. Für die Bundesländer, die die Spritzenvergabe nicht im Koalitionsvertrag stehen haben, ist es ein sehr weiter Weg.“

Frau Oppenberg: „Welche Begründung haben die Anstaltsärzte gegen das Projekt zu sein?“

Herr Stöver: „Auf der Fachtagung gab es eine kritische Äußerung, welche daraufhin Zuspruch von dem Rest der Teilnehmer bekam. Es wurden keine wirklichen Gründe genannt. Man denkt immer es ist nicht möglich. Wenn ich dann aber einen Besuch in der JVA Lichtenberg mache und sehe wie unproblematisch das Projekt dort seit 15 Jahren vonstattengeht, dann muss man Delegationen dort hinschicken, um zu zeigen es geht auch anders. Das Spritzenvergabeprojekt wird immer noch als völlig exotisches Ding verkauft. Ein Umdenken ist gefragt, wir hatten das Projekt bereits und es wurde ohne richtige Begründung abgelehnt. Das Projekt sollte jetzt wieder völlig geräuschlos implementiert werden. Jede/r der/die es braucht, soll es bekommen, es sollte ein Standard und Routine in der gesundheitlichen Versorgung sein. Und eigentlich sollte es in dem Ethos der Mediziner verankert sein, ist es aber

nicht. Weil die Mediziner im Vollzug fühlen sich immer auch dem Sicherheitsanspruch des Gefängnisses verpflichtet, was sie eigentlich nicht müssen. Sie sind dem Hippokrates-Eid verpflichtet, nicht mehr. Die Mediziner müssen eine Position zu adäquater, moderner gesundheitlicher Versorgung entwickeln.“

Frau Oppenberg: „Wir hatten eben über die Ängste und Ablehnung der Inhaftierten gehört. Ist das eine Hürde die man vor 15 Jahren schon genommen war?“

Herr Stöver: „Es gibt überall Ablehnung, von den Bediensteten selbst bis hin zu Gefangenen. Die Ablehnung basiert auf der Angst vor Veränderung. Das haben die Bediensteten mit den Gefangenen gemeinsam: Angst vor Veränderung in der täglichen Routine einer totalen Institution. Hier ist jede kleinste Veränderung eine massive Veränderung in dem alltäglichen Ablauf. Wenn man diese Ängste überwindet, kann man mit beiden Gruppen gut arbeiten. Ein kleines Beispiel aus der JVA für Männer in Lingen. Hier hat der Anstaltsleiter Kärtchen verteilt und jeder Bedienstete sollte seine Bedenken bezüglich der Spritzenvergabe in Haft aufschreiben. Die Kärtchen wurden am Flipchart gruppiert und Antworten wurden auf die Bedenken gegeben. Konnte nicht sofort Antworten gefunden werden, wurde gesagt, dann finden wir hierauf eine Antwort wenn wir es eingeführt haben. Das empfand ich als eine fantastische Geschichte. Es ging darum die Bediensteten mitzunehmen und Antworten zu finden, wie man den Ängsten entgegenwirken kann. Es gibt viele Mittel und Wege und die Bediensteten lassen sich in der Regel ganz einfach mitnehmen. Nach drei Monaten Einführung ist so ein Projekt völlig unspektakulär. Da stehen die Automaten, da ist die Handvergabe, kein Bediensteter kümmert sich dann noch groß darum. Es wird so schnell zur täglichen Alltagsroutine, wie ich das auch direkt erleben konnte, das das für mich Ansporn ist, das Projekt zu implementieren.“

Mann aus dem Publikum: „Für mich hat sich in 20 Jahren Hepatitis- und HIV- Prävention nichts verändert. Wie sehen Sie das Herr Stöver? Was hat sich Ihrer Meinung nach verändert?“

Herr Stöver: „Spritzenvergabe ist nur das äußerste Symbol, es ist die Spitze für eine glaubwürdige, realistische und bemühte Gesundheitsversorgung von Gefangenen in unserer Gesellschaft. Die Probleme und Notwendigkeiten Gefangene zu unterstützen, gesundheitlich wie sozial, die fangen weit vorher an und umfassen viel größere Bereiche. Wenn wir uns nur kaprizieren wür-

den auf die Spritzenvergabe, dann hat sich in der Tat nichts getan oder so gut wie nichts. Aber in anderen Bereichen hat sich doch einiges getan. Ich habe Mitte der 80er Jahre ehrenamtlich im Vollzug gearbeitet. Ich kann Ihnen gar nicht sagen was dort für Zustände herrschten. Da hat sich vieles verändert. Die Gefängnisärzte machen sich vertraut mit Substitution, an Heroin ist hier nicht zu denken aber das macht auch nur eine Anstalt in der Schweiz. Die Ärzte machen sich vertraut mit den Veränderungen der Gesundheitsversorgung in Haft. Ich bin da optimistisch. Wenn man lange an einem Thema ist, dann kann man, glaube ich, auch die kleinen Fortschritte würdigen und die kann man vor allem auch spüren und sehen als etwas wo man weiter machen kann. Wenn man 5 oder 10 Jahre bereits in einem Fachgebiet tätig ist, dann kann einem schnell der Atem ausgehen, bei der Gefängnismedizin, und HIV ist da der Motor gewesen über den wir vieles entwickelt haben. HIV und Hepatitis sind Dinge mit denen können wir wieder die grundsätzlichen Fragen stellen. Wir nehmen das als Motor und stellen einfach ganz andere Fragen grundsätzlicher Gesundheitsversorgung.“

Mann aus dem Publikum: „Als wir damals angefangen haben, sollte eine Diskussionsrunde stattfinden in Frankfurt. So fragte ich unseren Anstaltsleiter, ob ich daran teilnehmen kann. Dieser war erstaunt und fragte mich, wie tauscht ihr noch nicht? Er war richtig erstaunt, dass das noch nicht gemacht wurde. Für ihn war das eine ganz normale Sache. Genauso weit sind wir heute auch, die Anstaltsleitung würde es vielleicht wollen, aber der politische Druck ist etwas anders. Wenn der Gefangene kommt und sagt hier kannst du mal tauschen, dann möchte ich als Bediensteter das Recht haben, das machen zu dürfen, ohne Ärger von oben zu bekommen. Das würde mir schon reichen, man muss dieses Thema nicht groß behandeln. Klar hat sich viel geändert, wir haben unsere Hepatitis Vorsorge, wir impfen, usw. Es hat sich schon was getan, es hängt an dem politischen Willen. Diese Bretter sind unglaublich dick, aber da sage ich mir, da muss man wohl etwas bohren. Langsam meint man, man wäre stumpf, aber dann fällt einem was neues ein und man wird wieder etwas spitz. Das ist schon wichtig!“

Mann aus Publikum: „Ich sag einfach mal, warum geben wir das Zeug nicht frei, dann haben wir mit dem ganzen Spritzentausch nichts mehr zu tun.“

Mann aus dem Publikum: „Wie lange wird es dauern bis in allen Frauenvollzugsanstalten in Deutschland die Spritzenvergabe implementiert ist?“

Frau Knorr: „Ich denke mal 30 oder 40 Jahre oder vielleicht nie. Also ich bin da ein bisschen pessimistisch, was die Frage der Spritzenvergabe anbelangt. Nach dem heutigen Tag kommt wieder Optimismus auf, weil viele tolle engagierte Leute da sind. Es war auch nochmal gut Frau Peschel-Gutzeit und Frau Merk gehört zu haben, das gibt nochmal neue Energie und Hoffnung.“

Frau Peschel-Gutzeit: „Der Strafvollzug ist Ländersache. Ich kann mir ganz schwer vorstellen, dass Herr Seehofer für die Spritzenvergabe im bayerischen Vollzug ist. Man muss das realistisch sehen. Ich habe auch bayerische Haftanstalten besucht und habe dort nach der Drogenbelastung gefragt, denn die Drogen machen ja nicht halt an der bayerischen Grenze, aber es ist mir immer versichert worden, dass es in den bayerischen Gefängnissen überhaupt keine Drogen gibt. Und solange das Staatsmeinung ist, braucht man ja auch keine einzige Spritze.“

Frau Merk: „Ich sehe noch einen weitere Möglichkeit. Man sucht ja immer ob man viele gemeinsame Freunde zur Lösung des Problems hat. Und eine Erfahrung habe ich mit den Anstaltspfarrern gemacht. Die Mehrheit der Anstaltspfarrer die wir in Niedersachsen haben, pro Anstalt einen, sind sehr nah an den Gefangenen dran. Ich habe immer sehr gerne solche Kräfte mit einbezogen, weil ihnen auch geglaubt wird. Der Pfarrer ist zwar nicht Papst, hat aber was zu sagen. Das gilt erstaunlicher Weise relativ häufig, obwohl die Sozialarbeiter ganz nah dran sind, gilt der Pfarrer oft mehr, zumindest in Bayern sind die Pfarrer ein Stück des Weges. Natürlich sind nie alle Pfarrer dafür geeignet. Bei Sozialarbeitern ist das ambivalenter. Denn wo immer ich auch mit Sozialarbeitern zusammen gearbeitet habe, waren diese für andere die Störenfriede, da sie genau den Finger in die Wunde gelegt haben. Die Vielfalt der Berufsgruppen muss man zu Verbündeten machen, mit auf den Weg nehmen. Wenn man eine Koalitionsvereinbarung hat, dann ist das der Rückenwind, welchen wir benötigen um voran zu kommen. Wenn man dann noch den Ministerpräsident als Segel mit dabei hat, hat man ideale Bedingungen. Man muss auch von Anfang an die Rückschläge mit einkalkulieren. Wenn die Automaten nicht immer funktionieren, muss man sich Gedanken über neue machen und der Schweizer Firma den Rücken kehren. Aber diesen Aspekt als Argument zu bringen, um das Spritzenvergabeprojekt nicht voran zu bringen ist weit überholt. Genauso zählt zu dem Thema, dass wir zu unseren Fehlern stehen. Es ist immer wieder so, dass man Rückschläge erlebt und von diesen Rückschlägen lebt ja auch die Politik. Sie muss es nur aushalten können und eine klare Handschrift haben, zu dem was sie einmal sagt.“

Frau Knorr: „Der Anstaltsleiter der JVA Lichtenberg hat uns gestern sehr schön erklärt, was das Problem ist. Das Problem sind 20.000 € für 4 Automaten, also ein Automat kostet 5.000 €. In der Schweiz gibt es inzwischen die 5. Automatengeneration. In Lichtenberg hängen aber immer noch die ersten Automaten, sogar einige, die als Spende aus Vechta kamen. Es kann jawohl nicht sein, dass das Projekt an dieser Summe scheitert. Eine Hepatitis C Therapie kostet 70.000 € pro Person und dann reden wir über 20.000 € für 4 Automaten.“

Frau aus dem Publikum: „Was könnten die Länder für Begründungen geben, bezogen auf die Nicht-Implementierung und den finanziellen Mitteln? Wo geht was verloren wenn Spritzenvergabe eingerichtet wird? Ist das teuer?“

Frau Merk: „Wenn in der Politik gesagt wird, es ist kein Geld da, muss man immer fragen, wofür ist denn kein Geld da? Wir haben ja Steuereinnahmen, welche so hoch sind wie nie zuvor. Also muss man sich fragen, wo bleibt es denn? Wo wird es denn eingesetzt? Wenn es darum geht, das nach dem Infektionsschutzgesetz bestimmte Maßnahmen erforderlich sind, wozu z. B. auch Spritzenautomaten gehören können, damit eine Infektion mit Hepatitis sicher vermieden werden kann, dann ist das eine gesetzliche Aufgabe, die es umzusetzen gilt.“

Frau Peschel-Gutzeit: „Es war nicht teuer. Ein lächerlicher Betrag im Verhältnis zu dem was wir sonst für Sicherheit in der Anstalt ausgeben. Auch da geben wir ja relativ wenig aus. Aber wenn ich das Thema Gesundheit habe, sind alle anderen Arbeiten um Gesundheit, erheblich teurer als das Spritzenaustauschprogramm.“

Frau Knorr: „Heute am 10.12.13 ist Tag der Menschenrechte. Wir haben daraus einen Aktionstag gemacht in diesem Jahr für die Spritzenvergabe in Haft. Eine Aktion war, die Spritzen-Mogelpackung, welche eine safer use-Beschreibung, beinhaltet. In dieser Packung geht es darum, die Notwendigkeit der Spritzenvergabe in Haft zu verdeutlichen. Die Kollegen heute haben 2.750 Unterschriften an den bayerischen Justizminister übergeben, für Substitution, Spritzen- und Kondomvergabe in bayerischen Haftanstalten. Wir selber haben so knapp 1.000 Unterschriften auf unserer Internetseite gesammelt. Einfach weiter mitmachen auf: [drogenundmensenrechte.de](http://drogenundmensenrechte.de).“

## **Letter to Leon<sup>1</sup> – a Perspective from Australia**

Michael Levy

The story of the needle-exchange in prisons is an inspiring, but long story. Like so many public health ‘legends’, application has been poor, and scattered with the bones of failed heroes and non-deserving fellow-travelers. So as not to over-dramatize the process, this issue has created its own evidence, and alliances. It has created its enemies too, so enter at your risk.

At the end of the 1970s the first community-based needle-exchanges were implemented by community organisations in Amsterdam/The Netherlands (Het Princenhof). By 1992 a prison-based service was offered at Oberschöngrün Prison, near Solothurn, Switzerland. This was an act of professional disobedience by the Medical Director, and was only revealed publicly 1–2 years later. In 1994 the Hindelbank Women’s Prison, near Bern Switzerland became the world’s first sanctioned – regulated needle exchange in a prison. Of course, these brave initiatives were operating in environments of illegal injection by prisoners, in an era of intense interest in HIV transmission among injecting drug users, and no good treatment.

Just prior to these momentous events, and probably unknown to those involved in progressing prison-based needle exchange, a prison officer in Australia was stabbed with a blood-filled syringe and within 7 years died of AIDS.

The application of prison-based needle exchanges has been slow, and not always moving forward. Programs have been developed in 11 of approx. 109 prisons in Switzerland; Spain has been the only country to committed to an all-of-nation implementation – since 30 out of 82 prisons are thought to be implementing injecting equipment exchange in some form. Germany had

---

1 This letter is addressed towards a Public Health Student called Leon, teaching how prison health lacks behind public health taking the example of prison-based needle exchange



7 prisons with some program from 1996 – by 2001 until today, only one exists. Some countries have explored the detail of such an initiative, but to this day have never implemented a regulated exchange – Australia is outstanding in this regard; the Government of the Australian Capital Territory remains committed to implementation, but prison officers have demonstrated their opposition.

As stated previously, the initial impetus for planning a regulated exchange of injecting equipment was the evolving HIV epidemic; no consideration of the recently identified hepatitis C virus (called until 1991, “non-A, non-B hepatitis”; little consideration for the effects of contaminated and multiply-used equipment and its direct effects on injecting drug users. It was probably only in 1996 that the epidemiology of the broader groups of bloodborne viruses in prisoner populations was described, highlighting virtually ‘overnight’ the real emergency among injecting drug users, both civilian and in prison, namely hepatitis C infection. Previously unheard of levels of exposure were being described – initially from Australia, and then similarly in Europe. Testing was evolving, as were treatment regimes, and the possibilities of prisoners accessing both more reliable testing and treatment. And just as progress was being made in community, with expanding harm minimization programs and access to diagnosis and treatments, prisoner populations were expanding, the ‘war on drugs’ intensified, respect for even the broadest principles of human rights diminished, and progress in harm minimization in prisons stalled.

So ... 22 years into the story, it is time to reflect, to learn lessons, stop making mistakes, and plan for a rational way forward.

In every prison where there is a community culture to inject drugs, drugs will be injected – in prison. So some form of equipment exchange will occur, irrespective of the role of ‘civil society’. The price paid for illicit equipment will be massively inflated, and the value for recovered debts will be paid in ‘risk’ – extorted currency, bartered drugs, sexual and physical violence. The processes of introducing a regulated exchange, imposing community standards of infection control and provision of new, sharp to ‘virginal’ environment. Not a single prison officer working in such prisons could truthfully say that this was not a falsehood of the highest order. Yet with very, very few exceptions – have prison officers embraced the introduction of regulated equipment into ‘their’ prisons.

The rationale for preventing HIV was legitimate in the 1990's, but would now overstate risks, as bleach is usually provided to clean injecting equipment in those prison systems that have introduced regulated injecting equipment. Parallel to the expansion of prison-based injecting equipment has been the period of anti-retroviral medications – HIV is a chronic infection and the massive viral loads that no doubt contributed to the Australian Officer's untimely death, are now a thing of the past.

Hepatitis B infection is better dealt with by immunization of uninfected, and treatment with anti-virals for those with advancing disease – needle exchange will play little role (although there may be compelling reasons to promote a tattoo program – especially in juvenile detention facilities).

Hepatitis C infection will provide the enduring reason for advocating for a regulated exchange of injecting equipment for prisoners – and not for a reason that was even relevant in 1992. At that time, the virus and consequent infection had only just been described. The epidemiology and pathophysiology of hepatitis C infection was hypothesized, but was 'way off the mark' – the pre-eminent Centers for Disease Control and Prevention was still aggressively promoting sexual transmission of hepatitis C virus, well into the new 21<sup>st</sup> century! Today the promise of cure of hepatitis C infection is a reality, and prisons are being promoted as an ideal environment to expand (community) programs. These treatments will rapidly become safer, more effective, more acceptable to clinician and patient, but wait, as previous hepatitis C infection does not offer protection from subsequent reinfection, the prisoner-patients who has endured 'sterilizing' treatment will risk re-infection unless all possible harm minimization strategies are employed in their prisons.

Finally, one enduring argument holds today, as it did in 1992. Prisoners lose their liberty as a court-administered sanction. Their right to health is maintained, and the most effective way to do protect this right is to apply the principle of equivalence. What is administered in the community, is to be availed to prisoners. No law abiding government can do otherwise. No industrial body representing prison officers can do otherwise.

There are reasons to pursue the noble goals of human rights – they are there to protect the disempowered, but they will also enhance the safety and culture of those who choose to work with prisoners. There has never been an argument that a regulated provision of injecting equipment will compromise the security and good order of a prison. The Australian prison officer was

attacked by a prisoner whose clinical state would not exist today, and the means for effective post-exposure prophylaxis have improved greatly. Above all, NO regulated exchange competed with the illicit exchange at that prison – not in 1991 and still not today. The important messages still need to get out, but we should be prepared to cast aside non-contemporary ones so as to give due recognition to what is important in 2014.

## Über die AutorInnen

Bärbel Knorr  
Deutsche AIDS-Hilfe  
Wilhelmstraße 138, 10963 Berlin  
baerbel.knorr@dah.aidshilfe.de

Claudia Dreyer  
Behörde für Justiz und Gleichstellung  
Untersuchungshaftanstalt  
– Anstaltsleiterin –  
Holstenglacis 3, 20355 Hamburg  
claudia.dreyer@justiz.hamburg.de

Daniela Staack  
Berliner Aids-Hilfe e.V.  
Kurfürstenstr. 130, 10785 Berlin  
daniela.staack@berlin-aidshilfe.de

Fredi Lang  
Görlitzerstr. 60, 10997 Berlin  
Fredilang@gmx.de

Georg Bartsch  
Friedrichstr. 9, 10969 Berlin  
georgberlin@gmx.de

PD Dr. Hans Wolf  
Hopitaux Universitaires de Geneve  
Rue Gabrielle-Perret-Gentil 4, 1205  
Geneve, CH  
hans.wolff@hcuge.ch

Heidrun Merk  
Landesministerin a.D.  
Rotkäppchenweg 1  
30179 Hannover

Prof. Dr. Heino Stöver  
Frankfurt University of Applied  
Sciences  
ISFF Institut für Suchtforschung  
Nibelungenplatz 1, 60318  
Frankfurt/Main  
hstoever@fb4.fh-frankfurt.de

Dr. Lore Maria Peschel-Gutzeit  
Kaergel de Maiziere & Partner  
Kurfürstendamm 96, 10709 Berlin  
peschel-gutzeit@kaergel.com

Marco Jesse  
Bundesvorstand c/o VISION e.V.  
Neuerburgstr. 25, 51103 Köln  
marco.jesse@vision-ev.de

Dr. Michael Levy  
Clinical Director  
Justice Health Services  
Michael.Levy@act.gov.au

Silke Klumb  
Geschäftsführerin, Deutsche AIDS-  
Hilfe  
Wilhelmstraße 138, 10963 Berlin  
Silke.klumb@dah.aidshilfe.de

Xavier Majo i Roca  
Gesundheitsministerium  
Katalonien/Spanien  
Roc Boronat 81–95, 8005 Barcelona, E  
xavier.major@gencat.cat

Dr. med. Ruth Zimmermann  
Robert Koch Institut  
Abteilung für  
Infektionsepidemiologie  
Fachgebiet 34 HIV/AIDS und andere  
sexuell oder durch Blut  
übertragene Infektionen  
Seestraße 10, 13353 Berlin  
ZimmermannR@rki.de

## **Schriftenreihe „Gesundheitsförderung im Justizvollzug“**

Hrsg. von Heino Stöver und Jutta Jacob

**Band 1: Infektionsprophylaxe im Niedersächsischen Justizvollzug.** Eröffnungsbericht zum Modellprojekt. – H. Stöver, J. Jacob, M. Pospeschill. – Oldenburg 1996. – 190 S. – ISBN 3-8142-0566-9 – € 12.80

**Band 2: Infektionsprophylaxe im Niedersächsischen Justizvollzug.** Zwischenbericht zum Modellprojekt. – H. Stöver, J. Jacob, M. Pospeschill. – Oldenburg 1997. – 418 S. – ISBN 3-8142-0596-0 – € 12.80

**Band 3: Infektionsprophylaxe im Niedersächsischen Justizvollzug.** Abschlußbericht. – H. Stöver, J. Jacob, M. Pospeschill. – Oldenburg. Vergriffen

**Band 4: Minimierung gesundheitlicher Risiken bei Drogenkonsum unter Haftbedingungen:** ein methodisch-didaktisches Arbeitsbuch für die Praxis im Strafvollzug. – Jutta Jacob, Heino Stöver (Hrsg.). – Oldenburg 1998. – 248 S. – ISBN 3-8142-0617-7 – € 12.80

**Band 5: Healthy Prisons.** Strategien der Gesundheitsförderung im Justizvollzug. – Heino Stöver. – Oldenburg 2000. – 498 S. – ISBN 3-8142-0720-3 – € 13.90

**Band 6: AIDS- und Hepatitis-Viren:** Infektionserfassung und Prävalenz bei Frauen im Strafvollzug. – Karlheinz Keppler. – Oldenburg 2001. – 137 S. – ISBN 3-8142-0778-5 – € 7.70

**Band 7: Zwischen Hoffnung und Hoffnungslosigkeit:** 10 Jahre Substitution im Bremer Strafvollzug. – Anja Schultze. – Oldenburg 2001. – 270 S. – ISBN 3-8142-0779-3 – € 10.20

**Band 8: Drug and HIV AIDS services in European prisons /** Heino Stöver. – Oldenburg 2002. – 248 S., Literaturverz. – ISBN 3-8142-0818-8 – € 10.00

**Band 9: Entwicklung gesundheitsfördernder Angebote im Justizvollzug:** eine Untersuchung zur gesundheitlichen Lage von Inhaftierten der Justizvollzugsanstalt Oldenburg. – Knut Tielking, Susanne Becker, Heino Stöver. – Oldenburg 2003. – 244 S. – ISBN 3-8142-0885-4 – € 8.80

**Band 10: Gesundheitsförderung in totalen Institutionen am Beispiel einer geschlossenen Justizvollzugsanstalt.** – Heiner Bögemann. – Oldenburg 2004. – 350 S. – ISBN 3-8142-0917-6 – € 18.00

**Band 11: Substitution Treatment in European Prisons. A study of policies and practices of substitution treatment in prisons in 18 European countries.** – Heino Stöver, Laetitia Hennebel, Joris Casselman. – 515 S. – ISBN 3-8142-0925-7 – € 25.00 (vergriffen)

**Band 12: Female drug users in European prisons. Approaches to a scarcely –noticed prison population.** – Heike Zurhold, Christian Haasen, Heino Stöver. – Oldenburg 2005. – 260 S. – ISBN 3-8142-0990-7 – € 12.00

**Band 13: Tätowierungen im Strafvollzug:** Hafterfahrungen, die unter die Haut gehen. – Kai Bammann, Heino Stöver. – Oldenburg 2006. – 192 S. – ISBN 3-8142-2025-0 – € 12.80

**Band 14: Provisions for amphetamine type stimulant users in European prisons.** Tom Decorte. – Oldenburg 2006. – 216 S. – ISBN 978-3-8142-2051-2 € 25.00

**Band 15: Juveniles in secure settings:** services for problematic drug and alcohol users. – Morag MacDonald, Susie Atherton, Heino Stöver. – Oldenburg 2006. – 221 S. – ISBN 978-3-8142-2061-1 – € 25.00

**Band 16: Harm reduction in European prisons:** a compilation of models of best practice. – Heino Stöver, Morag MacDonald, Susie Atherton. – Oldenburg 2007. – 183 S. – ISBN 978-3-8142-2090-1 – € 25.00

**Band 17: Opioid substitution treatment in custodial settings:** a practical guide. – Andrej Kastelic, Jörg Pont, Heino Stöver. – Oldenburg 2008. – 91 S. Spiralheftung. – ISBN 978-3-8142-2117-5 – € 10.00

**Band 18: Bildung & Qualifizierung im Gefängnis:** Lösungsbeispiele aus der Praxis. – Kai Bammann. – Oldenburg 2008. – 191 S. ISBN 978-3-8142-2118-2 – € 15.80. Vergriffen

**Band 19: Stress und Belastungen im geschlossenen Justizvollzug.** Kathleen Schwarz, Heino Stöver. – Oldenburg 2010. – 190 S. ISBN 978-3-8142-2213-4 – € 15.80

**Band 20: Towards a Continuum of Care in the EU Criminal Justice System. A survey of prisoners' needs in four countries (Estonia, Hungary, Lithuania, Poland).** Heino Stöver, Katja Thane – Oldenburg 2011. – 313 S. – ISBN 978-3-8142-2233-2 – € 19,80

**Band 21: Glücksspielbezogene Probleme unter den Gefangenen im Hamburger Justizvollzug.** – Heike Zurhold, Jens Kalke, Uwe Verthein – Oldenburg 2011. – 144 S. – ISBN 978-3-8142-2248-6 – € 15,00

**Band 22: Beratung, Betreuung und Behandlung Drogenabhängiger im Justizvollzug.** – Simone Eder. – Oldenburg 2012. – 329 S. – ISBN 978-3-8142-2268-4 – € 19,80

**Band 23: Tabakgebrauch und Kontrolle in Gefängnissen – ein Literatur Review. Tobacco Use and Control in Detention Facilities – a Literature Review.** – Catherine Ritter. – Oldenburg 2012. – 179 S. – ISBN 978-3-8142-2266-0 – € 14,80

**Band 24: Safer Prescribing of Medications in Adult Detention.** – Michael Levy, Heino Stöver. – Oldenburg 2013. – 168 S. – ISBN 978-3-8142-2292-9 – € 15,80

**Band 25: Tabakprävention in Gefängnissen.** – H. Stöver, C. Ritter, S. Buth. – ISBN 978-3-8142-2293-6 – In Vorbereitung

**Band 26: Soziale Arbeit in Haft.** Eine Analyse aus sozialarbeiterischer Sicht. – Jeanette Pohl. – Oldenburg 2013.– 201 S. – ISBN 978-3-8142-2294-3 – € 16,80

**Band 27: Access to treatment for drug users within the criminal justice system in European countries** – systematic literature review, existing harm reduction initiatives in prisons, and models of good practice (ACCESS) . – Heino Stöver, HeikeZurhold. – Oldenburg 2014. – 200 S. – ISBN 978-3-8142-2295-0 – € 18,80